



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## 33 Reunión del Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía de la AEDV (GEDOC) Sevilla, 4-6 de noviembre de 2021

### Comunicaciones orales

#### Cirugía

##### 1. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS ONCOLÓGICOS EN EL CUERO CABELLUDO MEDIANTE MATRIZ DÉRMICA BICAPA: NUESTRA EXPERIENCIA

C. López-Llunell<sup>a</sup>, M. Yébenes Marçal<sup>a</sup>, E. Agut-Busquet<sup>b</sup>, A. Mogedas-Vegara<sup>c</sup>, J. Luelmo<sup>a</sup> y Ó. Escuder<sup>c</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Parc Taulí. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La reconstrucción de defectos quirúrgicos grandes en el cuero cabelludo supone un reto, especialmente en pacientes de edad avanzada con comorbilidad asociada. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de nuestro centro en la reconstrucción oncológica del cuero cabelludo mediante el uso de una matriz dérmica bicapa (Integra).

**Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes sometidos a la reconstrucción del cuero cabelludo tras cirugía oncológica mediante matriz dérmica bicapa (Integra) e injerto cutáneo de espesor parcial. El objetivo principal fue evaluar la tasa de éxito del procedimiento y el objetivo secundario la tasa de complicaciones. Se recogieron los datos demográficos, las características del tumor resecado, el área del defecto quirúrgico, el tiempo transcurrido entre etapas y las tasas de éxito y de complicaciones. Se emplearon técnicas estadísticas univariantes y multivariantes.

**Resultados.** Se incluyeron 70 pacientes (75,7% varones; 24,3% mujeres) con una edad media de 83,3 años. El 92,9% tenía comorbilidad asociada. El área media del defecto quirúrgico fue de 23 cm<sup>2</sup> y el tiempo medio entre la colocación de la matriz dérmica y el injerto fue de 30,6 días. En el 91,4% de los casos, se realizó cirugía sin ingreso. Las tasas de éxito del integra y el injerto cutáneo de espe-

sor parcial fueron de 87,1% y 100% respectivamente. La tasa de complicaciones fue de 18,6%. El tiempo medio de seguimiento fue de 18 meses. El análisis univariado y multivariado no mostró asociaciones entre las variables estudiadas y las variables principales.

**Conclusiones.** La reconstrucción de defectos quirúrgicos del cuero cabelludo mediante el uso de matriz dérmica bicapa puede ser realizada bajo sedación y anestesia local y debería ser considerada como tratamiento de primera línea en pacientes de edad avanzada con comorbilidad asociada, dada la baja tasa de complicaciones postoperatorias y su elevada tasa de éxito.

##### 2. COLGAJO NASOLABIAL PLEGADO PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL EN EL ALA NASAL. UNA SERIE DE CASOS

I. Castaño Uhagón, P. Navarro Guillamón, E. Herrera Acosta, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Ceballos

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

**Antecedentes y objetivos.** La nariz es la ubicación más común de los tumores de piel. La gestión de esta ubicación es crucial debido a la desfiguración facial que puede causar la cirugía. El ala nasal es una zona especialmente compleja debido a la funcionalidad para respirar, el tipo de piel y la composición en tres capas de mucosa, cartilago y piel. Para el mantenimiento de la vía aérea, se han propuesto varias opciones. Utilizado, por ejemplo, cartilago autólogo u otros materiales como polietileno y titanio, que evitaría altas tasas de necrosis, aunque pueden tener una mayor tasa de reacción a cuerpo extraño o infección. Colgajos locales como el colgajo nasal nasolabial o el bilobulado también se han utilizado con resultados adecuados. Este tipo de colgajo plegado se propone como una opción en un solo tiempo quirúrgico y con buenos resultados para la reconstrucción de defectos quirúrgicos de todo el espesor del ala nasal.

**Materiales.** Se realiza extirpación de carcinomas basocelulares que dejan un defecto de todo el espesor del ala nasal tras cirugía de Mohs. Se realiza cirugía de reconstrucción mediante colgajo naso-

labial plegado. Se realiza evaluación en postoperatorio temprano y a los tres meses de la cirugía.

**Resultados.** Después de la cirugía de Mohs de carcinoma de células basales que ocupa todo el grosor de la nariz ala resulta un defecto de 1,5 x 1,5cm que hay que reconstruir. El colgajo se disecciona con la base en posición superior al defecto. El espesor del colgajo tiene dos milímetros de profundidad. Teniendo en cuenta la longitud del doble del defecto. La parte terminal se disecciona hasta la dermis y se dobla sobre sí misma suturándose con un hilo absorbible. Posteriormente el colgajo se gira noventa grados. La sutura cutánea comienza en el borde de la fosa nasal y avanza superiormente. Para terminar se sutura el defecto del surco nasolabial.

**Conclusión.** El colgajo nasolabial plegado es una opción quirúrgica adecuada para la reconstrucción de defectos completos del ala nasal. Incluyendo un procedimiento de una sola vez y sin riesgo de necrosis o infección. Esta técnica quirúrgica reduce la morbilidad con un buen resultado estético y funcional.

### 3. INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL CON DERMABLADE® FIJADOS MEDIANTE CIANOACRILATO: UNA OPCIÓN PRÁCTICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS SITUADOS EN LA CONCHA AURICULAR

R. Cabana Navia, J. Martínez Mariscal, A. Martínez Fernández, J.M. Camino Salvador, C. Sánchez Herreros, P. González Muñoz, A. Martín Fuentes y M.E. de Eusebio Murillo

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

**Introducción.** La reconstrucción quirúrgica de defectos auriculares supone, en la mayoría de los casos, un auténtico reto, fundamentalmente debido a la escasa movilidad y elasticidad que presenta la piel de dicha localización. Concretamente, la piel de la concha auricular, por su íntima adhesión al pericondrio, no suele permitir un cierre directo ni mediante colgajo. El cierre por segunda intención es una opción válida para defectos pequeños que consigue resultados estéticos excelentes. Sin embargo, en defectos de mayor tamaño, la cicatrización puede resultar más compleja, siendo preferible el cierre mediante injertos.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 83 años intervenido, mediante cirugía micrográfica de Mohs, de un carcinoma basocelular de patrón infiltrativo, de 15 mm a nivel de la concha auricular, resultando un defecto cutáneo extenso que afectaba el conducto auditivo externo, el área intertrágica, el pericondrio y cartilago subyacentes. Para su reconstrucción se emplearon injertos de piel continuos de espesor parcial, obtenidos mediante cuchilla flexible desechable (Dermablade®). Los injertos se tomaron de piel pilosa temporal ipsilateral y fueron fijados mediante adhesivo tisular de cianoacrilato, sin puntos de sutura. Se realizaron perforaciones en el lecho cartilaginoso, previa colocación del injerto, con el objetivo de mejorar su vascularización. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones inmediatas y el resultado estético fue muy satisfactorio.

**Conclusiones.** La reconstrucción de defectos quirúrgicos en la concha auricular con la técnica descrita ofrece múltiples ventajas: por un lado, gracias a la cuchilla flexible, se obtienen injertos de piel superficial de forma rápida, sencilla, y sin necesidad de un campo quirúrgico adicional. Por otro lado, el bajo grosor de los injertos asegura un mejor prendimiento y adaptación al área de tratamiento, disminuyendo así el riesgo de necrosis y estenosis del conducto auditivo, y facilitando la detección de posibles recidivas. Además, la cicatrización del área donante es más sencilla, y al no dañarse las raíces foliculares, queda oculta tras el crecimiento del pelo. Por último, la fijación mediante cianoacrilato constituye una buena opción para aquellas áreas que, por su anatomía, resultan incómodas y complejas de suturar, sin renunciar a unos resultados funcionales y estéticos excelentes.

### 4. INJERTOS LAMINARES ULTRAFINOS OBTENIDOS DEL CUERO CABELLUDO, PARA LA COBERTURA DE DEFECTOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES

J. Antoñanzas Pérez, A. Tomás Velázquez, R. Salido Vallejo y P. Redondo Bellón

*Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España.*

La reparación de los defectos de las extremidades inferiores es en ocasiones un verdadero desafío debido a la falta de tejido adecuado, lo que dificulta el cierre directo y la realización de colgajos locales. El injerto de piel es una técnica común y eficaz para la reparación de las úlceras crónicas que no cicatrizan, ya que además de conseguir una cobertura de las mismas, es capaz de reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Presentamos una serie de pacientes con defectos de distinta etiología en las piernas, reconstruidos mediante injertos laminares ultrafinos extraídos del cuero cabelludo. Presentamos 11 pacientes con defectos en las piernas debidos: a úlceras venosas (3), carcinomas epidermoides (5), un carcinoma basocelular (1), una úlcera por nefrocalcinosis (1) y una úlcera reumática (1), que cubrían un área de 4-98 cm<sup>2</sup> (mediana: 22,66 cm<sup>2</sup>). Se obtuvieron tiras estrechas de piel fina (< 0,2 mm de grosor) utilizando una cuchilla flexible desechable (DermaBlade®) de las zonas pilosas temporal y occipital previamente rasuradas como áreas donantes. Las tiras se sumergieron en antibiótico diluido y se extendieron cuidadosamente sobre el área receptora cubriendo al menos el 80% de la superficie del defecto. Los injertos se afianzaron en más del 75% de los pacientes sin complicaciones postoperatorias. No se observaron transferencias de cabello en los injertos receptores ni cicatrices alopecicas en las áreas donantes. La reconstrucción de defectos quirúrgicos y úlceras crónicas mediante injertos laminares ultrafinos obtenidos del cuero cabelludo, es una técnica sencilla, rápida y fácilmente reproducible sin limitaciones de movilidad, que requiere solo de un mínimo material quirúrgico y permite una rápida cicatrización del sitio donante y del defecto, con un bajo riesgo de complicaciones y excelentes resultados estéticos.

Por todo ello consideramos que puede ser un procedimiento muy útil en la reparación de defectos de las extremidades inferiores donde el tejido local adyacente es limitado.

### 5. RECONSTRUCCIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA MEDIANTE COLGAJO DE ROTACIÓN PREAURICULAR CON COLGAJO DE CARTÍLAGO DE LA CONCHA AURICULAR COMO SOPORTE TRAS CIRUGÍA DE EXÉRESIS DE CARCINOMA BASOCELULAR

A. Romo Melgar, M. Roncero Riesco, M. Yuste Chaves, J. Cañueto Álvarez, V. Velasco Tirado y C. Román Curto

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

**Antecedentes y objetivos.** El lóbulo de la oreja no es un lugar frecuente de asiento de tumores cutáneos en comparación con otras localizaciones. Además, sus técnicas de reconstrucción resultan contraintuitivas, ya que, a pesar de que no contiene cartilago de manera natural, sí se desea que el lóbulo reconstruido mantenga su forma una vez concluido el proceso cicatricial, es imprescindible colocar un soporte rígido para evitar que se retraiga, yendo en contra de la máxima de reconstruir usando tejidos similares (“like with like”). Por ello, realizar una reconstrucción del lóbulo de la oreja que conserve la estructura del mismo es un reto para el cirujano dermatológico.

**Métodos.** Se presenta el caso de una paciente de 85 años que presentaba un carcinoma basocelular en el lóbulo de la oreja izquierda. La tumoración fue extirpada con márgenes libres. Para la reconstrucción se optó por un colgajo de rotación de piel de región

preauricular, proporcionando un soporte cartilaginoso mediante un colgajo de cartílago de la concha unilateral. La cirugía se desarrolló bajo anestesia local y sin incidencias, siendo la duración de la misma de 45 minutos.

**Resultados.** La paciente cicatrizó de manera correcta sin ningún tipo de complicación postoperatoria. Las suturas se retiraron a los 8 días. Durante el seguimiento la evolución ha seguido siendo satisfactoria, sin producirse retracciones de la zona reconstruida.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de reconstrucción del lóbulo de la oreja por medio de una técnica sencilla, rápida y que produce un resultado estético satisfactorio sin necesidad de obtener tejido de otras localizaciones ni usar material heterólogo. Con esta comunicación queremos poner de manifiesto la necesidad de aportar tejido de soporte en una zona que habitualmente no lo tiene, para optimizar el resultado de la cirugía

## 6. CIRUGÍA CONSERVADORA EN PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO III CON BAJA CARGA TUMORAL METASTÁSICA GANGLIONAR

F.M. Almazán Fernández<sup>a</sup>, J.J. Vega Castillo<sup>a</sup>, R. Nieto Serrano<sup>b</sup>, A.M. Martín García<sup>b</sup> y R. Ruíz Villaverde<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC de Dermatología. <sup>b</sup>UGC de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Granada. España.

**Antecedentes y objetivos.** Las últimas evidencias en estudios como el MSLT-II, pueden conducirnos hacia una cirugía más conservadora en los casos de enfermedad metastásica ganglionar por melanoma, con baja carga tumoral. Esto nos lleva a un nuevo reto quirúrgico, que es definir las técnicas para la extirpación conservadora de las metástasis ganglionares. El objetivo es describir una nueva técnica quirúrgica eco y radioguiada para la extirpación de la enfermedad metastásica ganglionar por melanoma con baja carga tumoral.

**Métodos.** Previo al acto quirúrgico, infiltración intraganglionar ecoguiada de macroagregados de albúmina marcados con tecnecio 99, en los ganglios con características ecográficas metastásicas. Bajo anestesia general. Estudio ecográfico prequirúrgico en quirófano. Localización y marcaje sobre piel de los ganglios con sonda de radiación gamma. Incisión en piel y apertura por planos hasta alcanzar los ganglios afectos. Disección, hemostasia y extracción. Palpación intraquirúrgica buscando otras posibles adenopatías sospechosas no detectadas con los estudios de imagen prequirúrgicos. Cierre por planos del defecto.

**Resultados.** Ausencia de complicaciones en los casos realizados. No fue necesaria la utilización de drenajes posquirúrgicos. La recuperación postoperatoria fue rápida, similar a la técnica de la biopsia selectiva de ganglio centinela. Ningún paciente presentó clínica de daño vascular, linfedema o daño neurológico.

**Conclusiones.** Nos enfrentamos a un nuevo reto quirúrgico en la cirugía de los pacientes con metástasis ganglionares de melanoma. La combinación de la ecografía ganglionar, radiofármacos y una técnica quirúrgica similar a la de la biopsia selectiva del ganglio centinela, permiten conseguir los objetivos de esta cirugía con éxito.

## 7. EL COLGAJO READING MAN COMO OPCIÓN DE RECONSTRUCCIÓN EN ZONAS DE FLEXO-EXTENSIÓN: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Aróstegui Aguilar, Í. Martínez de Espronceda, I. Hiltun Cabredo, S. Oscoz Jaime, M. Azcona Rodríguez y M.E. Iglesias Zamora

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

**Introducción.** La reconstrucción de defectos cutáneos en regiones periarticulares constituye un reto para los cirujanos dermatológicos

debido a las elevadas fuerzas de tensión y a los movimientos de flexo-extensión que se producen en estas áreas corporales.

**Métodos.** Presentamos diferentes casos de pacientes intervenidos en nuestro servicio con defectos circulares en zonas periarticulares, que fueron reconstruidos de forma satisfactoria usando el colgajo reading man.

**Resultados.** El colgajo reading man permitió cubrir de forma completa los defectos de los pacientes intervenidos. Todos ellos presentaron una evolución favorable, con la única complicación de una necrosis superficial de la zona distal del colgajo en uno de ellos, que resolvió de forma espontánea. El resultado funcional y estético fue satisfactorio.

**Discusión.** El colgajo reading man se describió inicialmente para la reconstrucción de defectos circulares en la zona facial, específicamente la zona órbito-malar, pero con el paso de los años se ha descrito su utilidad en distintas regiones corporales. Aunque existe poca información sobre su uso en regiones periarticulares, la evidencia publicada al respecto describe resultados muy satisfactorios, con una tensión reducida y menor pérdida de piel sana respecto a otros colgajos utilizados en estas zonas. Las complicaciones son escasas y en general suelen deberse a un mal diseño del colgajo.

**Conclusión.** El colgajo reading man constituye una opción válida y segura para la reconstrucción de defectos en regiones de flexo-extensión.

## 8. COLGAJO DE AVANCE POSTAURICULAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON BUEN RESULTADO COSMÉTICO

C. Tubau, V. Amat-Samaranch y V. Ruiz-Salas

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

**Antecedentes y objetivos.** La oreja es una estructura cartilaginosa anatómicamente compleja, cubierta por una piel muy delgada y adherida. Tiene importancia estética y funcional. Debido a su prominencia y la consiguiente exposición a la radiación ultravioletada, es una localización donde frecuentemente se desarrollan neoplasias cutáneas. Los principales objetivos de la cirugía de reconstrucción auricular son preservar su funcionalidad y forma. Para la reconstrucción de defectos parciales/totales y extensos afectando el borde libre del tercio medio del hélix hay varias opciones, incluyendo el cierre directo, la extirpación en cuña o en estrella con cierre directo, el colgajo condrocútaneo de avance del hélix uni- o bidireccional y su variante de Antia y Buch, el colgajo en tubo bipediculado postauricular en tres etapas, y el colgajo de avance postauricular en dos etapas.

**Métodos.** Presentamos dos pacientes que después de la extirpación de un lentigo maligno melanoma y un carcinoma espinocelular, respectivamente, presentaban defectos de gran tamaño en el tercio medio del hélix. En los dos casos se utilizó el colgajo de avance postauricular en dos etapas para su reconstrucción. En el segundo caso se incorporó un injerto de cartílago obtenido de la zona retroauricular ipsilateral. Primeramente, diseñamos el colgajo postauricular con el pedículo localizado a la parte más posterior, levantamos el colgajo, suturamos el borde libre con la parte anterior del defecto, e interpusimos un apósito de interfase antibiótico para evitar la granulación del espacio libre bajo el colgajo. A las tres semanas autonomizamos el colgajo, seccionando el pedículo, y lo suturamos a la parte posterior del defecto. La zona donante la cubrimos con un injerto de piel preauricular en ambos casos.

**Resultados.** El resultado estético fue bueno en ambos casos y ninguno de los dos presentó complicaciones posquirúrgicas. Los pacientes siguen sin signos de recidiva actualmente.

**Conclusiones.** El colgajo de avance postauricular es útil para defectos parciales o completos en el tercio medio del hélix aunque sean de gran tamaño. Tiene las ventajas de que evita la miniaturización de la oreja, la cicatriz de la zona donante queda escondida

detrás de la oreja, y el color y textura de la piel son adecuados. Como desventaja, se trata de una cirugía en dos etapas.

### 9. SERIE DE CASOS DE COLGAJOS FRONTALES TUNELIZADOS DURANTE LA PANDEMIA. SELECCIÓN DEL PACIENTE PARA LA “NUEVA NORMALIDAD”

A. Suárez Valle, L. Ríos Buceta, B. Díaz Guimaraens, M. Domínguez Santás, Ó. Muñoz Moreno-Arrones y S. Bèa Ardédol

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

La reconstrucción de los defectos cutáneos nasales tras una resección oncológica es un reto para el dermatólogo. Los colgajos frontales son una excelente opción para la reconstrucción de defectos cutáneos nasales extensos de punta y ala nasal, alcanzando un buen resultado funcional y estético, pero se trata de un procedimiento relativamente complejo que requiere varios tiempos quirúrgicos. Es por ello que el candidato ideal no debe tener comorbilidades que hagan que no vaya a tolerar las sucesivas intervenciones quirúrgicas y el paciente debe comprometerse a realizar unos cuidados postoperatorios entre intervenciones para el cuidado del pedículo. Además, deben ser consideradas las expectativas estéticas del paciente, ya que algunos prefieren intervenciones menores de un solo tiempo pese a que proporcionan peores resultados estéticos. La pandemia de COVID-19 conllevó una disminución de los números de quirófanos disponibles, lo que a su vez aumentó la lista de espera. Además, existía un aumento de la susceptibilidad de contagio en los ambientes hospitalarios, especialmente preocupante para los pacientes de edad avanzada. Para amoldarnos a esta situación y suplir estos inconvenientes, los colgajos frontales tunelizados en un solo tiempo se presentaron como una buena alternativa al colgajo clásico. Presentamos una serie de seis casos de colgajos frontales tunelizados llevados a cabo entre los meses de enero y octubre del 2020. Se trata de un colgajo frontal en isla con el pedículo desepidermizado enterrado a través de un túnel creado con el dorso nasal. Los principales inconvenientes derivan de la posibilidad de compresión del pedículo (necrosis del colgajo y congestión venosa) y debe tenerse en cuenta que el resultado estético es peor que con el colgajo clásico. Como ventajas, además de un solo tiempo quirúrgico sin curas intermedias, asocia un menor riesgo teórico de sangrado e infecciones. Con la progresiva recuperación de la normalidad en quirófano, hemos analizado ventajas e inconvenientes respecto a la técnica clásica y consideramos que el colgajo frontal tunelizado tiene cabida en nuestra práctica clínica habitual para pacientes ancianos pluripatológicos en tratamiento anticoagulante o antiagregante en los que el resultado estético no sea una prioridad

### 10. EXTIRPACIÓN DEL APARATO UNGUEAL Y COBERTURA CON INJERTOS ULTRAFINOS EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA

Á. Estenaga Pérez de Albéniz<sup>a</sup>, J. Antoñanzas Pérez<sup>a</sup>, A. Morelló-Vicente<sup>a</sup> y P. Redondo Bellón<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. España.*

**Introducción.** Aunque inicialmente la amputación a nivel de la articulación interfalángica distal se consideraba necesaria para el tratamiento de melanomas del aparato ungueal, hoy en día se acepta que la extirpación del aparato completo es suficiente y que la amputación no aporta beneficios en cuanto a control local ni supervivencia, excepto en melanomas gruesos con afectación ósea. Clásicamente los defectos resultantes se han cubierto mediante injertos de piel de espesor total o cierre por segunda intención, en función del tamaño.

**Métodos.** Presentamos una serie de 6 pacientes (4 varones, 2 mujeres) con una edad media de 45 años (rango 31-72 años) diagnosticados con tumores cutáneos que afectaban al aparato ungueal en nuestro centro: melanoma in situ (N = 3), melanoma de 0,23 mm (N = 1) y enfermedad de Bowen (N = 2). Los pacientes fueron tratados mediante extirpación completa (N = 5) o parcial (N = 1) del aparato ungueal y cobertura del defecto mediante injertos ultrafinos de piel del cuero cabelludo. Estos se obtuvieron con la cuchilla Dermablade en un área pequeña de cuero cabelludo previamente rasurado. **Discusión y conclusiones.** Al igual que en otras series, las manos se afectaron con mayor frecuencia que los pies. En todos ellos los dedos implicados fueron el 1º, 2º o 4º de las manos. Ningún paciente presentó complicaciones como sangrado local, infección de la zona o dolor intenso en el postoperatorio, y en todos se apreció una epitelización completa a las dos semanas, tanto de la zona dadora como receptora. En ningún caso hubo cicatriz en la zona dadora o alopecia cicatricial. Al tratarse de injertos finos de espesor parcial, prenden más rápido sobre la zona receptora y no aportan folículos. Las complicaciones son menores que las que ocurren con injertos de piel de espesor total, evitando una segunda cicatriz, y la epitelización de la zona dadora es muy rápida, debido a la presencia de abundante epitelio folicular.

### 11. ESTRATEGIA INTEGRAL SISTEMATIZADA DE ANESTESIA Y ANALGESIA PERIOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON TUMORES EN LA PIRÁMIDE NASAL

L.A. Ortega-Berbel<sup>a</sup>, A. Fernández-Orland<sup>a</sup>, T. Benítez Fernández<sup>a</sup>, J.M. López-Millán<sup>b</sup> y D. Moreno-Ramírez<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. <sup>b</sup>Unidad de Dolor. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** La pirámide nasal es una localización habitual en cirugía del cáncer de piel y en la que se requiere con frecuencia la reconstrucción mediante plastias que pueden dar lugar a intervenciones prolongadas.

**Objetivo.** Describir y analizar los resultados de efectividad y seguridad de una estrategia integral de anestesia-analgésica para reducir el dolor perioperatorio y mejorar el confort del paciente sometido a cirugía de la pirámide nasal bajo anestesia local.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo comparativo de 3 estrategias de intervención (estrategia no sistematizada (ENS) vs. estrategia integral sistematizada 1 (EIS-1) y 2 (EIS-2). Durante un período de 5 meses el estudio incluyó de forma aleatorizada a pacientes con carcinoma de células basales o escamosas de pirámide nasal candidatos a cirugía bajo anestesia local y reconstrucción mediante plastia o injerto. La EIS-1 consistió en la administración preoperatoria de Celecoxib 200 mg una hora antes de la intervención, bloqueo regional y anestesia local siguiendo un procedimiento sistematizado. La EIS-2 añade a la EIS-1 la premedicación ansiolítica con lorazepam 1 mg una hora antes de la cirugía. En el grupo ENS se aplicaron procedimientos de práctica habitual. Durante las visitas de postoperatorio inmediato, a las 72 horas y a los 10 días de la intervención los pacientes cumplimentaron los cuestionarios EVN de dolor. Las medidas de resultado principal fueron las siguientes: puntuación total de las EVN de dolor intraoperatoria, postoperatoria inmediata y postoperatoria tardía. Como medidas secundarias se midieron los tiempos quirúrgicos de cada uno de los procedimientos y los acontecimientos adversos observados.

**Resultados y conclusiones.** Durante el período de estudio se incluyeron un total de 29 pacientes (10 del grupo ENS, 10 en grupo EIS-1 y 9 en grupo EIS-2). La puntuación EVN de dolor fue inferior en el grupo de EIS (41 vs. 49). El tiempo de intervención fue superior en el grupo de EIS (43,9 min vs. 34,4 min). No se registraron acontecimientos adversos relacionados con la medicación perioperatoria.

**Conclusiones.** La aplicación de una estrategia integral sistematizada para el control del dolor perioperatorio durante la cirugía nasal puede permitir una mejor tolerancia a este tipo de intervenciones garantizando la seguridad y el confort del paciente.

## Oncología I

### 12. FACTORES ASOCIADOS CON EL ESTADO DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES ANCIANOS: COHORTE EN PRÁCTICA REAL

P. Rodríguez-Jiménez<sup>a</sup>, A. Reymundo<sup>a</sup>, Y. Delgado-Jiménez<sup>a</sup>, E. Gallo<sup>a</sup>, R. Navarro<sup>a</sup>, E. Muñoz<sup>a</sup>, A. Reolid<sup>a</sup>, E. Torres<sup>b</sup>, V. Castillo<sup>c</sup> y A. Tejera-Vaquero

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Cirugía General y <sup>c</sup>Medicina Nuclear. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>a</sup>Instituto Dermatológico Globalderm. Córdoba. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Los melanomas en los ancianos representan el 40% de los melanomas diagnosticados y son responsables del 60,2% de las muertes. La biopsia del ganglio linfático centinela (BGC) se recomienda actualmente como método de estadificación para el melanoma de espesor intermedio (espesor de Breslow > 1 mm). Diferentes guías establecen que la BGC puede ser recomendada en todas las edades. El objetivo primario de nuestro estudio fue determinar si existe una diferencia en los predictores del estado de la BGC en dos grupos de edad diferentes, menores y mayores de 75 años. Los objetivos secundarios fueron encontrar predictores del estado del resto del territorio nodal, y describir la diferencia en las complicaciones en ambos grupos.

**Métodos.** Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, monocéntrico, longitudinal y observacional con todos los pacientes que se han sometido a una BGC desde enero de 2008 hasta diciembre de 2020. Se seleccionaron características demográficas, clínicas e histológicas como variables independientes para comparar en los dos grupos de edad.

**Resultados.** La muestra incluye un total de 150 pacientes sometidos a BNL. El SN se identificó en 146 pacientes (97,3%). La BGC fue positiva en el 29,3% de los pacientes en el grupo de ≥ 75 años frente al 18,3% en el grupo de < 75 años. El análisis multivariante de regresión logística mostró que para el grupo de ≥ 75 años, el riesgo de positividad de la BGC aumenta cuando hay ulceración, con una OR de 13,376 (IC 95%: 2,752-65,013). Además, el riesgo crece cuando aumenta la edad, concretamente las probabilidades se incrementan en un 19% por cada año que supera los 82 años. Como objetivos secundarios, en el grupo de ≥ 75 años, el riesgo de positividad en el resto del territorio nodal tras la DGLC aumenta proporcionalmente a medida que aumenta el Breslow, es decir, las probabilidades aumentan en un 100% por cada milímetro por encima de 1,8mm. En cuanto a las complicaciones, el 86% de los pacientes no experimentaron ninguna complicación.

**Conclusiones.** El presente estudio se centra en pacientes ancianos de 75 años o más. El estudio confirma que la BGC podría recomendarse en los ancianos de forma segura y con gran precisión, especialmente en los mayores de 82 años con melanomas ulcerados.

### 13. CARCINOMA DE MERKEL: SERIE DE 22 CASOS

A. Arrieta<sup>a</sup>, M. Blanco de Tord<sup>a</sup>, A. Jaka<sup>a</sup>, M.J. Fuente<sup>a</sup>, P. Rodríguez<sup>b</sup>, A. Boada<sup>a</sup> y J.M. Carrascosa<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** El carcinoma de Merkel (CdM) es un tumor cutáneo poco frecuente, cuyo comportamiento agresivo hace crucial una

detección precoz y tratamiento adecuado. El objetivo de este trabajo es estudiar las características de los CdM de nuestro hospital entre 2011 y 2021.

**Métodos.** Estudio retrospectivo donde se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y de tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 22 pacientes, 11 mujeres y 11 hombres, con edad media de 72 años. Un 96% de los pacientes eran caucásicos, siendo los fototipos predominantes los II-III. La mayoría de los casos se trataba de tumoraciones de rápido crecimiento, con un tamaño medio de 29 mm y un grosor medio de 21 mm. La localización más frecuente fue la cabeza 11/22. El estudio anatomopatológico de las lesiones objetivó un patrón de crecimiento infiltrativo en 15/16 tumores y nodular en 1/16. En 7/22 casos el tumor infiltraba más allá del tejido subcutáneo. La inmunohistoquímica se realizó en 16 tumores, siendo en todos ellos positiva para CK20. Se hizo tinción de poliomavirus en 5/22 tumores y en 1 caso fue positivo. El tratamiento consistió en todos los casos en la exéresis de la lesión con márgenes (1-2 cm). En 6/22 pacientes se detectó afectación clínica ganglionar, procediéndose al vaciamiento ganglionar el mismo día de la exéresis del tumor primario, mientras que en 13 se realizó una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) siendo el 38% de los casos positiva. En los casos en los que la BSGC fue positiva se realizó una linfadectomía posterior; 17/22 pacientes recibieron radioterapia adyuvante del lecho quirúrgico y zona de drenaje ganglionar. Durante el seguimiento, 3/22 presentaron progresión de la enfermedad en forma de recidiva local y 7/22 metastásica. Por progresión o debut con metástasis, 5 pacientes se sometieron a tratamientos sistémicos (4 quimioterapia convencional, 3 inmunoterapia). Por último, 5 pacientes fallecieron a causa del CdM.

**Conclusiones.** Esta serie comparte con otras previas características clínicas, como la edad avanzada, los fototipos claros, la presentación como tumoraciones de rápido crecimiento o la evolución agresiva (23% fallecieron por progresión del CdM). Este comportamiento agresivo hace que sea importante instaurar protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento, y resalta la necesidad de debatir estos pacientes en comités multidisciplinares.

### 14. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

A. Orbea Sopeña<sup>a</sup>, A. Aramburu González<sup>a</sup>, M. Pascual Ares<sup>a</sup>, A. Fernández de Larrinoa Santamaría<sup>b</sup>, E. Acebo Mariñas<sup>a</sup> y J.A. Ratón Nieto<sup>a</sup>,

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un infrecuente y agresivo tumor de origen neuroendocrino. Fue descrito por primera vez en 1972 como carcinoma trabecular y seis años más tarde se reconoció su origen neuroendocrino y se cambió el nombre a CCM. Avances recientes en este campo han provocado un interés renovado en CCM. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de CCM en nuestro hospital.

**Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo observacional y retrospectivo de los 24 pacientes con diagnóstico de CCM entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2020 en el Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico histológico de CCM y se recogen las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, fecha de diagnóstico, características clínicas y localización del tumor, características inmunohistoquímicas, tratamiento recibido, presencia de recidivas durante el seguimiento y evolución posterior.

**Resultados.** Presentamos un total de 24 pacientes, 13 mujeres y 11 hombres con diagnóstico en este periodo de tiempo. La presentación más frecuente es una lesión eritematoviolácea en cabeza y

cuello. En todos se realizó el diagnóstico anatomopatológico a través de marcadores inmunohistoquímicos. El tratamiento más utilizado fue la tumorectomía. Un 48% de pacientes recidivó siendo el tratamiento más indicado la cirugía local y radioterapia. Destacamos 4 pacientes que reciben tratamiento con Avelumab, fármaco aprobado para casos metastásicos con esperanzas prometedoras. **Conclusión.** En la muestra obtenida en nuestro hospital en estos últimos 10 años, obtenemos unos datos similares a los reflejados en la literatura y en otras series publicadas por grupos españoles.

## 15. CONTROL LOCORREGIONAL DE ANGIOSARCOMA AVANZADO CON TERAPIA COMBINADA

I. Villegas-Romero<sup>a</sup>, D. Jiménez-Gallo<sup>a</sup>, M.T. Fernández-Morano<sup>a</sup>, L. Gutiérrez-Bayard<sup>b</sup>, I. Navarro Navarro<sup>a</sup> y M. Linares-Barrios<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC Dermatología MQ y V y <sup>b</sup>UGC Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Introducción.** El angiosarcoma cutáneo (AC) es un tumor del endotelio vascular, infrecuente y de muy mal pronóstico. Existen tres variedades: idiopáticos de cara y cuero cabelludo en ancianos (Wilson Jones), sobre linfedema postlinfadenectomía (Stewart-Treves) y posradioterapia. El único tratamiento potencialmente curativo es la cirugía +/- radioterapia.

**Caso.** Mujer de 88 años que consultó por mancha contusiforme de bordes mal delimitados de 26 x 12 cm frontoparietal derecha con nódulo violáceo de 2,5 cm de rápido crecimiento. La biopsia cutánea fue compatible con angiosarcoma de grado intermedio con Ki67 30%, HHV8 y PD-L1 negativos. El estudio de extensión basal de PET-TC no reveló metástasis a distancia. Inició tratamiento con pembrolizumab 2 mg/kg/3 semanas y propranolol 40mg/12h pero presentó una rápida progresión con múltiples nódulos violáceos locorregionales sangrantes de gran tamaño tras 3 ciclos de inmunoterapia. Entonces inició radioterapia concomitante con dosis total de 55 Gy y respuesta clínica completa durante 2 meses. Posteriormente recibió dos ciclos más de radioterapia con 42 Gy por progresión con pequeños nódulos violáceos en distintas zonas limítrofes a las irradiadas previamente. Finalmente ha presentado pequeñas recaídas en nuevas zonas limítrofes con autorresolución. El estudio de extensión a los 7 meses del basal permaneció libre de metástasis a distancia.

**Discusión.** El AC de cara y cuero cabelludo es una de las neoplasias cutáneas con peor pronóstico. Por su apariencia inicial contusiforme puede confundirse con equimosis y retrasar su diagnóstico, pudiendo hacer necesaria la combinación de varias estrategias terapéuticas. Presentamos un caso de AC idiopático irsecable en el que decidimos combinar pembrolizumab, por la posible relación de este tumor con la firma del UV y por tanto una posible carga mutacional elevada (mayor probabilidad de respuesta a inmunoterapia), con propranolol, por sus capacidades antiangiogénicas y finalmente con radioterapia. Hemos observado una ralentización de la progresión locorregional sin progresión a distancia durante más de 10 meses de seguimiento. Damos a conocer el primer caso para nuestro conocimiento de uso de pembrolizumab en AC localmente avanzado y su posible sinergia con la combinación de radioterapia y propranolol consiguiendo un control locorregional aceptable sin progresión a distancia.

## 16. TRATAMIENTO INTRALESIONAL DE QUERATOACANTOMAS CON METOTREXATO: SERIE DE 7 CASOS

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

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

**Antecedentes y objetivos.** El queratoacantoma (QA) solitario es un tumor queratinocítico de comportamiento controvertido con una presentación y evolución clínica características. Aunque la extirpación quirúrgica es su tratamiento habitual, la infiltración intralesional de metotrexato es una alternativa terapéutica con similares tasas de resolución.

**Métodos.** Se seleccionaron 7 pacientes con lesiones tumorales clínicas y dermatoscópicamente compatibles con QA. Tras confirmar analíticamente una función renal normal, se realizó una primera infiltración intralesional de metotrexato (20 mg/0,8 ml) hasta el blanqueamiento de la lesión. En una segunda visita, a las 2 semanas, se realizó una segunda infiltración siguiendo la misma técnica. En la semana 4, se reevaluó clínicamente al paciente, considerándose respondedor si la lesión disminuyó del tamaño. En tal caso, se realizaron sucesivas infiltraciones de metotrexato cada 2 semanas hasta la resolución del tumor. En los pacientes no respondedores, se planteó extirpación quirúrgica de la lesión. En todos los casos se valoró la tolerabilidad y los efectos adversos del procedimiento.

**Resultados.** Tabla 1. Se presentan 7 pacientes con QA solitarios con resolución completa de la lesión tras 2,7 infiltraciones intralesionales de metotrexato de media por paciente, sin efectos adversos y con buena tolerancia al procedimiento.

**Conclusiones.** El tratamiento médico intralesional de los QA solitarios es una opción eficaz como terapia única o como terapia neoadyuvante previa a la cirugía, especialmente en pacientes frágiles, con grandes tumores de rápido crecimiento localizados en áreas de compromiso estético y/o funcional. El metotrexato impide la síntesis de ácidos nucleicos y provoca un efecto antiproliferativo, especialmente en las células con alto índice mitótico. Aunque generalmente requiere más sesiones, la infiltración intralesional de metotrexato es mejor tolerada que la de 5-fluorouracilo, considerándose un tratamiento seguro, sin efectos adversos locales ni sistémicos de gravedad y con buenos resultados cosméticos.

## 17. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA CON AGUJA GUIADA POR IMAGEN EN EL ESTADIAJE INICIAL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MELANOMA

L. Serra García, J.E. Radonich, I. Martí Martí, R. Vilana, E. Ripoll, C. Carrera, J. Malvehy, S. Puig y S. Podlipnik

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivo.** El desarrollo de metástasis locorregionales o a distancia empeora el pronóstico de los pacientes con melanoma, siendo la supervivencia a los 5 años del 59% y del 25%, respectivamente. Su detección precoz es clave para iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible. El presente estudio pretende estimar la precisión diagnóstica de la biopsia con aguja guiada por imagen para detectar metástasis de melanoma en el estadiaje inicial o seguimiento de estos pacientes.

**Métodos.** Estudio de corte transversal retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes en seguimiento en la Unidad de Melanoma de un hospital de tercer nivel desde enero 2005 hasta julio 2021, sometidos a biopsia con aguja guiada por imagen durante el estadiaje inicial o seguimiento. Se recogieron datos demográficos, características histológicas del tumor primario y metástasis, estadiaje según la 8ª edición de la AJCC, técnica de biopsia, localización anatómica y gold standard (confirmación histológica o seguimiento). Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). El estudio se realizó siguiendo los estándares para el reporte de precisión diagnóstica (STARD) de 2015.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 606 biopsias realizadas en 465 pacientes, 59% varones, con una edad media de 57 años, diagnosticados de melanoma: 51% de extensión superficial y 30% nodu-

lar. El estadiaje más frecuente fue IIIC (30%), seguido de IIB y IIA. Las biopsias se practicaron mayormente durante el seguimiento, mediante punción aspirativa con aguja fina guiada por ecografía, sobre adenopatías patológicas. Un 92% de las muestras fueron suficientes para diagnóstico, resultando melanoma en 68% de los casos. El análisis estadístico reveló una sensibilidad y especificidad del 92% y 95% respectivamente, con un VPP del 98% y VPB del 81%.

**Conclusiones.** La biopsia con aguja guiada por imagen en lesiones sugestivas de metástasis de melanoma presenta una alta sensibilidad y especificidad, pudiendo considerarse una herramienta útil para la detección de metástasis de melanoma, lo que permite instaurar precozmente un tratamiento que alargue la supervivencia de estos pacientes. El VPB obtenido nos obliga a dudar de un resultado negativo de la biopsia y realizar un seguimiento estrecho o repetir la biopsia para evitar falsos negativos.

### 18. PRONÓSTICO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO CON ENFERMEDAD RESIDUAL MICROSCÓPICA TRAS LA CIRUGÍA Y UTILIDAD DE LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA

L. Revelles-Peñas<sup>a</sup>, L. Puebla-Tornero<sup>a</sup>, S. Becerril-André<sup>a</sup>, A. Conde-Ferreirós<sup>a</sup>, C. Román-Curto<sup>a,b</sup> y J. Cañueto-Álvarez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). <sup>c</sup>Instituto Universitario de Biología Celular y Molecular del Cáncer (IBMCC-CIC). Salamanca. España.

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor más frecuente en el ser humano y en las últimas décadas ha presentado una incidencia creciente. La extirpación quirúrgica con márgenes libres de tumor constituye el tratamiento de elección, aunque no siempre se consigue. El objetivo de este estudio consistió en evaluar y comparar el pronóstico y la evolución de los CEC con enfermedad residual microscópica tras la cirugía con intención curativa y la evolución en función de la intervención realizada (reextirpación, radioterapia postoperatoria u observación); así como determinar la utilidad de la radioterapia (RT) postoperatoria sobre el lecho quirúrgico en pacientes con enfermedad residual microscópica.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de una cohorte obtenida a partir de información de los pacientes diagnosticados de CEC entre 2010 y 2019 en el Hospital Universitario de Salamanca. Los casos con enfermedad residual microscópica tras la extirpación (n = 244) fueron seleccionados. Los factores de estudio principales fueron la recidiva local, las metástasis ganglionares y la muerte debida a CEC.

**Resultados.** El estudio incluyó 244 pacientes (145 hombres [59,43%] y 69 inmunodeprimidos [28,28%]), con una mediana de edad 88 años (IQR:10,5). La mediana de diámetro y grosor tumoral fue 19 mm y 6,4 mm (IQR 11 y 5,5) respectivamente. Veintitrés casos fueron tratados mediante reextirpación, 46 mediante RT postoperatoria y 175 mediante observación. Los tratados con reextirpación son los que tuvieron mejor comportamiento, con un 4,3% de recaídas frente al 11,30% y 29,71% de recaídas en los tratados con RT y observación. Comprobamos que la RT es más eficaz que la observación en estadios avanzados de la enfermedad, sobre todo de cara a reducir el riesgo de recidiva local.

**Conclusiones.** Los hallazgos de nuestro estudio nos permiten afirmar que la enfermedad residual microscópica tras la cirugía de un CEC determina un pronóstico desfavorable, por lo que es importante alcanzar márgenes libres de tumor. En caso de no ser posible, la actitud ideal es la reextirpación, que además es la que logra un mejor pronóstico a largo plazo. Si esta no pudiera llevarse a cabo, la RT sería el tratamiento de elección para el control local de la enfermedad.

### 19. SÍNDROME DE SÉZARY: UN RETO DERMATOLÓGICO. SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA DESDE 2015 A 2020

D. Revilla Nebreda<sup>a</sup>, N. Segurado Tostón<sup>a</sup>, M. Medina Migueláñez<sup>a</sup>, D. Rodríguez Baeza<sup>a</sup>, E. Cardeñoso Álvarez<sup>a</sup>, Á. Santos-Briz Terrón<sup>b,c</sup>, J. Cañueto Álvarez<sup>a,c,d</sup> y C. Román Curto<sup>a,c</sup>

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

**Antecedentes y objetivos.** El síndrome de Sézary (SS) es una forma leucémica agresiva de linfoma cutáneo de células T infrecuente definido por eritrodermia pruriginosa, linfadenopatía generalizada y células de Sézary (CS) en sangre periférica (superior al 20%). Es fundamental para la supervivencia de los pacientes realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

**Métodos.** Se realizó un análisis de los pacientes con SS del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) desde el año 2015 a 2020, recogiendo diferentes variables. Se efectuó una revisión de las historias clínicas, de los estudios dermatopatológicos y de los tratamientos utilizados.

**Resultados.** Se diagnosticaron 6 pacientes con SS (estadio IV); dos hombres y cuatro mujeres con edades entre 41 y 80 años. Todos presentaban eritrodermia generalizada, prurito intenso, descamación y afectación ganglionar, y tres, intensa queratodermia palmo-plantar. Dos presentaban afectación visceral (pulmón y bazo) y dos desarrollaron posteriormente lesiones tumorales cutáneas. Todas las biopsias cutáneas mostraban infiltrado de CS monoclonales con epidermotropismo. Cuatro pacientes fueron previamente diagnosticados de micosis fungoide lo que supuso un retraso para recibir los tratamientos indicados en la actualidad en primera línea para el SS. La mayoría recibió múltiples líneas de tratamiento, incluidos ensayos clínicos y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Tres de los pacientes fallecieron. Dos de los pacientes vivos recibieron fotoféresis extracorpórea (FEC) y bexaroteno (BXT) de forma temprana. Uno de ellos, casi en remisión completa, recibe actualmente BXT de mantenimiento. El otro, tras progresión, ha recibido tratamiento con atezolizumab en ensayo clínico. La otra paciente que permanece viva obtuvo respuesta completa tras tratamiento inicialmente con brentuximab-vedotin y posteriormente con tinstamustina.

**Conclusiones.** En etapas iniciales puede confundirse el SS con otros procesos cutáneos. Es importante conocer sus manifestaciones clínicas para diagnosticarlo precozmente. Tras el diagnóstico las guías actuales recomiendan iniciar tratamiento con FEC, asociada o no, a otros tratamientos sistémicos y/o fototerapia. Los nuevos fármacos son opciones esperanzadoras pero deben seguir investigándose marcadores que permitan establecer un diagnóstico precoz y evaluar el pronóstico de la enfermedad.

### 20. MELANOMA CUTÁNEO Y COROIDEO: LA INUSUAL ASOCIACIÓN DE DOS TUMORES PRIMARIOS DIAGNOSTICADOS EN UN MISMO PACIENTE

M. Pascual Ares<sup>a</sup>, R. Feijoo Lera<sup>b</sup>, J. Gardezabal García<sup>a</sup>, A. Orbea Sopeña<sup>a</sup> y A. Aramburu González<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España.

**Antecedentes.** El melanoma es una neoplasia maligna derivada de los melanocitos. Principalmente, son de origen cutáneo; sin embargo, estos tumores también pueden afectar a mucosas como la oral o conjuntiva, al tracto uveal o a las meninges. Los melanomas oculares representan aproximadamente el 5% de todos los melanomas. Dentro

de los melanomas que afectan al ojo, el 95% afectan a la úvea, siendo el melanoma conjuntival y orbitario primarios poco frecuentes. De esta forma, el melanoma uveal es el tumor maligno intraocular primario más común en pacientes adultos. Su localización más frecuente es la coroides que representa hasta un 80% del total, seguida del cuerpo ciliar e iris. Estos melanomas oculares, en comparación con los melanomas cutáneos, son diferentes en cuanto a sus factores de riesgo, su tratamiento, su forma de metastatizar, sus cambios moleculares y la respuesta del tumor a las terapias sistémicas.

**Métodos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 70 años con antecedentes de melanoma cutáneo con índice de Breslow 1,3 en la espalda, intervenido en enero de 2014 mediante técnica de ampliación de márgenes de 2 cm y biopsia selectiva de ganglio centinela sin ganglios afectados. Posteriormente, siguió controles periódicos en la Unidad de Lesiones Pigmentadas de nuestro hospital hasta 2018 sin ninguna complicación. Acude en mayo de 2021 a urgencias de oftalmología por dolor y visión borrosa de ojo izquierdo. Se solicita ecodoppler ocular con diagnóstico sugestivo de melanoma corioideo primario y se decide tratamiento con braquiterapia episcleral.

**Conclusiones.** El melanoma cutáneo y el melanoma uveal son dos tumores que se generan en los melanocitos, pero que difieren tanto en etiopatogenia como en manejo y pronóstico. El melanoma uveal es una patología poco frecuente con una incidencia en Europa de entre 5 y 7 casos por millón de personas. El riesgo a lo largo de la vida de padecer un melanoma cutáneo primario adicional es de 2,9%, algo superior al 1% de riesgo de la población general. La presentación de dos melanomas primarios, siendo uno cutáneo y, posteriormente, otro de origen uveal en el mismo paciente es algo poco frecuente al ser dos tumores con diferentes etiopatogenias.

## 21. ONCODERMAPP: ASISTENTE MÓVIL PARA EL ESTADIAJE DE MELANOMA CUTÁNEO

G. Gallo Pineda, I. Navarro Navarro, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón y M. Linares Barrios

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

**Introducción.** El melanoma cutáneo constituye una de las principales causas de muerte por cáncer, con una incidencia creciente a nivel mundial. Dentro de su manejo, un conocimiento y comprensión de la estadificación es fundamental para la evaluación inicial del paciente, planificación del tratamiento y seguimiento. Presentamos un asistente móvil para el estadiaje de melanoma cutáneo.

**Métodos.** Se desarrolló una aplicación para los ecosistemas Android y iOS basada en la octava guía para melanoma cutáneo de la American Joint Committee on Cancer (AJCC). En todo momento se priorizó la usabilidad y accesibilidad. Para ello, la aplicación se programó tanto en español como inglés. Además, se implementaron árboles de decisiones y automatismos en las distintas categorías. Finalmente, se publicó de forma gratuita en las respectivas tiendas de aplicaciones.

**Resultados.** La aplicación se divide en tres pantallas. En la pantalla de presentación (fig. 1a) encontramos el icono de selección de idioma arriba a la derecha, un desplegable con información de autoría y contacto en la parte inferior, y el botón de “Empezar” centrado en la pantalla. Al hacer clic en el botón “Empezar” se pasa a la siguiente pantalla (fig. 1b) donde se introducen los datos del melanoma a estadiar. Según se rellena el formulario van apareciendo las subclasificaciones de las categorías TNM en un recuadro a la derecha. En la parte inferior de esta pantalla hay dos botones: “Reiniciar”, que restablece el formulario; y “Estadiar”, que arroja el estadiaje calculado con los datos introducidos previamente. En la última pantalla (fig. 1c) se resumen los datos introducidos en el formulario, el estadiaje calculado y la fecha. De nuevo en la parte inferior encontramos dos botones: “Cerrar”, que nos devuelve a la pantalla anterior; y “Compartir”, que nos permite enviar el resultado obtenido a través de distintas aplicaciones.

**Discusión y conclusiones.** Durante la consulta, la escasez de tiempo suele ser la norma. OncoDermApp pretende ser una ayuda en la práctica clínica diaria de los dermatólogos. Creemos que, tras una pequeña curva de aprendizaje, puede suponer un ahorro de tiempo y reducción de los potenciales fallos humanos durante el proceso de estadiaje de pacientes con melanoma cutáneo. Presentamos un asistente gratuito y de libre acceso para el proceso de estadiaje de melanoma cutáneo.

## 22. DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA COMO ESTRATEGIA DE MANTENIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS

D. Falkenhain López, M. Puerta Peña, J.F. Barbarin, A. Sánchez Velázquez y P.L. Ortiz Romero

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

En este trabajo presentamos nuestra experiencia clínica en el tratamiento de linfomas primarios cutáneos mediante doxorubicina liposomal pegilada, con el objetivo de detallar la respuesta clínica de los pacientes, tolerancia, efectos adversos y evolución. Como novedad resaltamos el uso de este tratamiento como terapia de mantenimiento. Se describe una serie de 18 pacientes de nuestro centro (17 con micosis fungoide avanzada, 1 con síndrome de Sézary) que han recibido doxorubicina de forma prolongada tras la respuesta inicial al tratamiento. Todos ellos recibieron entre 15 y 37 infusiones de doxorubicina 20 mg/m<sup>2</sup>, alcanzando duraciones de tratamiento de hasta 3 años en uno de los casos. Las tasas de respuesta en este subgrupo en piel, sangre periférica y ganglios fueron 77% (14/18), 66% (3/5) y 50% (2/4) respectivamente. Tres pacientes han permanecido en tratamiento durante más de un año, con buenas tasas de respuesta, uno de ellos habiéndose mantenido incluso más de 3 años con tratamiento activo. La tolerancia de los pacientes fue satisfactoria en la práctica totalidad de los casos, sin efectos secundarios de relevancia exceptuando un paciente en el que el tratamiento tuvo que ser interrumpido debido a linfopenia severa. Las complicaciones más frecuentes fueron las citopenias. A las dosis utilizadas no se reportó cardiotoxicidad (clásicamente atribuida al empleo de antraciclinas) ni clínicamente ni en los controles ecocardiográficos realizados antes y después del tratamiento. Por tanto, en nuestra experiencia clínica la doxorubicina liposomal pegilada es una buena alternativa en el tratamiento de linfomas cutáneos primarios en estadios avanzados, con tasas de respuesta muy aceptables en piel y globalmente bien tolerada. Además de su uso clásico como terapia de inducción, este fármaco podría constituir una alternativa de interés en el escaso arsenal de estrategias de mantenimiento en el manejo de estos pacientes.

## Oncología II

### 23. MELANOMA PRIMARIO MÚLTIPLE: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. D. Palacios-Díaz<sup>a</sup>, J. Sánchez-Arráez<sup>a</sup>, C. Abril-Pérez<sup>a</sup>, M. Pozuelo-Ruiz<sup>a</sup>, I. Torres-Navarro<sup>a</sup>, M.Á. Navarro-Mira<sup>a</sup>, B. de Unamuno-Bustos<sup>a</sup> y R. Botella-Estrada<sup>a,b</sup>

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universitat de València. Valencia. España.*

La incidencia de melanoma cutáneo ha aumentado durante los últimos años. El desarrollo de un primer melanoma se considera un



factor riesgo para presentar melanomas primarios adicionales. La frecuencia reportada de melanoma primario múltiple (MPM) es de 0,2 a 8,6%. Estudios previos indican que los melanomas primarios subsecuentes muestran un menor índice de Breslow y se presentan en diferente localización al melanoma primario índice. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-patológicas de los pacientes con melanomas primarios múltiples. Estudio descriptivo de carácter retrospectivo efectuado en pacientes con diagnóstico de melanoma registrados en la base de datos de un hospital de tercer nivel. Se incluyen los pacientes que han desarrollado durante el seguimiento dos o más melanomas primarios. Se realiza una revisión de la historia clínica de dichos pacientes y se recogen las características clínicas, demográficas y anatomopatológicas del melanoma inicial y de los posteriores melanomas primarios. La posibilidad de desarrollo de melanomas primarios subsecuentes pone de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento periódico a los pacientes con diagnóstico de un primer melanoma. Se requiere estudios adicionales para determinar el intervalo de tiempo ideal de revisión.

#### **24. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA. EXPERIENCIA TERAPÉUTICA EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ**

I. Alcaraz León, L. Haya Martínez, C. Moya Martínez, M. Recio Monescillo, B. Ruffin Vicente, D. Mendoza Cembranos y L. Requena Caballero

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

La enfermedad de Paget extramamaria es una neoplasia intraepitelial relativamente poco frecuente derivada de las glándulas apocrinas localizadas en genitales femeninos, y, con menor frecuencia, en región perianal, genitales masculinos y axilas. El porcentaje de asociación a neoplasias internas subyacentes es bajo en comparación a la enfermedad de Paget mamaria, oscilando entre el 7 y el 40% según las series. El pronóstico de la enfermedad es generalmente bueno, con una supervivencia a los cinco años en torno al 75-95%. Sin embargo, es una enfermedad de curso crónico que puede afectar de manera significativa a la calidad de vida de los pacientes. A pesar de que el abanico terapéutico es amplio, el tratamiento de esta patología sigue representando un reto para el dermatólogo. Existe literatura publicada en relación los tratamientos tópicos, terapia fotodinámica, radioterapia, tratamiento quirúrgico y quimioterapia sistémica. Sin embargo, toda la evidencia procede de estudios retrospectivos o series de casos, no existiendo a nuestro conocimiento ensayos clínicos randomizados ni guías o protocolos terapéuticos oficiales. Consecuentemente, cada centro e incluso cada dermatólogo plantea el abordaje de la enfermedad de una manera particular. Si a esto le añadimos el alto número de recidivas, con el subsiguiente intento de segundas, terceras o incluso más líneas de tratamiento, nos encontramos con un catálogo de tratamiento nada homogéneo. En esta comunicación queremos presentar nuestra serie de pacientes con enfermedad de Paget extramamaria con seguimiento en los últimos cinco años en la Fundación Jiménez Díaz. Analizamos los diferentes tratamientos que han realizado, los resultados que hemos obtenido con ellos y las alternativas terapéuticas ante persistencia o recidiva de la enfermedad, comparando todo ello con lo descrito previamente en la literatura al respecto. Por último, ponemos la atención en la utilidad que supondría disponer de tratamientos estandarizados y sugerimos la creación de un documento de consenso, si no por organismos internacionales, al menos por la AEDV. Creemos que redundaría en un mejor trato y seguimiento de los pacientes con enfermedad de Paget extramamaria.

#### **25. EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON LOS INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA**

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

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

El carcinoma basocelular avanzado incluye a tumores localmente avanzados no subsidiarios de tratamiento quirúrgico curativo por la invasión de estructuras vitales o por una morbilidad quirúrgica no asumible (mutilación mayor con un defecto funcional y/o cosmético no tolerable), tumores de gran tamaño y largo tiempo de evolución, carcinomas basocelulares con limitadas opciones terapéuticas debido a las características propias del paciente o del tumor, además del carcinoma basocelular metastásico. Actualmente, los inhibidores sistémicos de la vía Sonic hedgehog aportan alternativas terapéuticas para estos pacientes. Vismodegib tiene la aprobación para carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCla) y metastásico sintomático, mientras que sonidegib está indicado para el manejo del CBCla. La utilización de estos fármacos en vida real se asocia a respuestas completas en un tercio de los pacientes y respuesta parcial en otro tercio de los pacientes. Este importante porcentaje de respuesta global permite pensar en un posible papel como tratamientos neoadyuvantes en pacientes con carcinoma basocelular donde inicialmente el tratamiento quirúrgico no es viable. De hecho, estudios recientes apuntan a esta nueva indicación, y han demostrado una reducción del área quirúrgica previa a la resección quirúrgica. Presentamos nuestra experiencia con vismodegib y sonidegib y su posible implicación como tratamiento neoadyuvante en práctica clínica en el Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología (IVO). El objetivo principal es valorar la disminución del tamaño tumoral tras el uso de inhibidores directos de la vía hedgehog, y comprobar si esta reducción permite el rescate quirúrgico de los pacientes con CBCla.

#### **26. INTEGRACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA DERMATOLÓGICA EN UNIDAD DE MELANOMA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA**

P.J. Navarro Guillamón, R. Castillo Muñoz, E. Martínez García y E. Herrera Acosta

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

**Introducción.** La ecografía cutánea dermatológica (ECD) se trata de un procedimiento ya instaurado en el día a día de muchos servicios de Dermatología. La versatilidad e inocuidad de su uso, así como la útil información que aporta al dermatólogo ha favorecido a su implantación.

**Material y método.** Presentamos nuestra experiencia en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga en relación a la integración de la ECD en la unidad de melanoma.

**Resultados.** Ante toda lesión subcutánea en un paciente con antecedente de melanoma realizamos ECD en consulta como estudio complementario. Uno de los principales usos que hacemos son para la detección de adenopatías locorreregionales, identificando criterios de malignidad como la pérdida de diferenciación corticomédular, morfología redondeada, abundante Doppler intralesional, entre otros. Por otro lado, realizamos búsqueda de metástasis en tránsito subclínicas en áreas pericicatriciales y hacia zonas de drenaje loco-

rregional. Aprovechamos el acto para caracterización y marcaje con toma dirigida de muestras o bien para delimitación y planificación quirúrgica. Típicamente son lesiones dermohipodérmicas, de morfología abollonada o espiculada con abundante flujo Doppler intralesional. Durante el período postoperatorio precoz y tardío de biopsias selectivas de ganglio centinela realizamos ECD para cribado precoz de complicaciones tales como seromas, observando bajo la cicatriz colecciones anecoicas bien delimitadas con abundante refuerzo acústico posterior. Tras la confirmación ecográfica se puede realizar un drenaje ecoguiado del mismo. En ocasiones en las que la sospecha clínica de melanoma es alta, realizamos estimación ecográfica del espesor tumoral (índice de Breslow) para correlación eco-patológica. Afortunadamente en muchas ocasiones realizamos diagnósticos de lesiones benignas como quistes infundibulares, lipomas, entre otros.

**Conclusión.** La ecografía cutánea es una técnica complementaria que en manos de personal entrenado supone una herramienta versátil que aporta información útil, pudiendo ayudar en el manejo integral del paciente por parte del dermatólogo.

## 27. INCIDENCIA ACUMULADA Y FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO DE METÁSTASIS POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: ESTUDIO DE METÁSTASIS SCOPE-ITSCC

C. Ferrándiz-Pulido<sup>a</sup>, R. Genders<sup>b</sup>, E. de Jong<sup>b</sup>, C. Harwood<sup>c</sup>, A.C. Green<sup>d</sup>, E.I. Plasmeijer<sup>e</sup>, C. Proby<sup>f</sup>, J. Nico Bouwes Bavinck<sup>b</sup>, en representación de los grupos SCOPE-ITSCC (Skin Care in Solid Organ Transplant Patients, Europe/International Transplant Skin Cancer Collaborative)

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>b</sup>Dermatology Department. Leiden University Medical Centre (LUMC). Leiden. The Netherlands. <sup>c</sup>Barts and The London School of Medicine and Dentistry. Queen Mary University of London. UK. <sup>d</sup>QIMR Berghofer. Brisbane. Australia. <sup>e</sup>Dept of Dermatology. Netherlands Cancer Institute. Amsterdam. The Netherlands. <sup>f</sup>Molecular and Clinical Medicine. School of Medicine. University of Dundee. Dundee. UK.

**Introducción.** Los pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido (RTOS) tienen un supuesto mayor riesgo de desarrollar metástasis por un carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), pero faltan datos fiables sobre la incidencia precisa y los factores asociados. Los objetivos de este trabajo son conocer la frecuencia real de metástasis por CEC en RTOS, así como identificar los factores de riesgo y la relación con los diferentes regímenes inmunosupresores.

**Métodos.** En un estudio prospectivo multicéntrico internacional se recogieron las características de los pacientes y los tumores mediante cuestionarios estandarizados cuando un RTOS presentó un nuevo CEC primario. La incidencia acumulada de metástasis se calculó mediante el estimador de Nelson-Aalen. Los factores de riesgo de desarrollar metástasis se calcularon mediante un análisis multivariante de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados.** De 514 RTOS que presentaron 623 CEC primarios, 37 desarrollaron metástasis con una incidencia acumulada a 2 años del 6,2%. Confirmamos los factores de riesgo de metástasis conocidos, como localización en la zona de cabeza y cuello, recidiva local, el grado de diferenciación, el tamaño > 2 cm, la invasión perineural y la invasión de estructuras profundas. Además, los regímenes farmacológicos con tacrólimus aislado se asociaron con un incremento del riesgo de metástasis del 4,5 (IC del 95%: 1,7; 11,6), los que llevaban inhibidores de mTOR solos con un incremento del 4,5 (IC del 95%: 1,2; 16,9) y la combinación de tacrólimus e inhibidores de mTOR con un 8,5 (IC del 95%: 2,8; 26,2) respecto a los que no llevaban ninguno de estos fármacos.

**Conclusiones.** Globalmente, el riesgo de metástasis en los RTOS es superior a los pacientes inmunocompetentes (6,2% vs. 2-4%). Las características de los CEC que se definen como factores de riesgo de desarrollar metástasis en el paciente inmunocompetente son similares en los RTOS. El uso de tacrólimus y/o inhibidores de mTOR se asoció con un mayor riesgo de metástasis por CEC. A pesar de que los inhibidores de mTOR parece que reducen el riesgo de desarrollar sucesivos CEC, pueden no ser beneficiosos para prevenir las metástasis del CEC.

## 28. ASOCIACIÓN DE LA MUTACIÓN EN EL PROMOTOR DE TERT CON LAS MUTACIONES EN BRAF/NRAS Y SU UTILIDAD COMO MARCADOR MOLECULAR DE MAL PRONÓSTICO EN EL MELANOMA CUTÁNEO

Esperanza Manrique-Silva<sup>a,b</sup>, Sivaramakrishna Rachakonda<sup>c</sup>, David Millán-Esteban<sup>d</sup>, Zaida García-Casado<sup>d</sup>, Celia Requena<sup>b</sup>, Victor Traves<sup>e</sup>, Rajiv Kumar<sup>c</sup>, Eduardo Nagore<sup>a,f</sup>

<sup>a</sup>Escuela de Doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España, <sup>b</sup>Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), <sup>c</sup>Division of Molecular Genetic Epidemiology, Division of Functional Genome Analysis, German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany, <sup>d</sup>Servicio de Biología Molecular, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), <sup>e</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), <sup>f</sup>Escuela de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

**Antecedentes.** La heterogeneidad clínica, histopatológica y pronóstica observada en el melanoma cutáneo estará definida por las diversas mutaciones somáticas. Las mutaciones en el promotor de TERT y en BRAF/NRAS son las alteraciones moleculares somáticas observadas con mayor frecuencia el melanoma cutáneo. Los objetivos del presente estudio fueron caracterizar clínica e histológicamente a los melanomas cutáneos según su perfil molecular, así como cuál es el efecto pronóstico de la mutación del promotor de TERT en los melanomas con mutaciones en BRAF/NRAS.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en 563 pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo. Las variables se recogieron de manera prospectiva entre el 1º de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2019. Se determinaron 6 subgrupos de pacientes de acuerdo con su perfil mutacional: TWT, BRAF, NRAS, TERT, BRAF + TERT y NRAS + TERT. La asociación se estableció utilizando la prueba del chi cuadrado y posteriormente mediante un análisis de regresión logística multivariado. Finalmente, la tasa de supervivencia se determinó con las curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados.** La combinación de la mutación en el promotor de TERT con las mutaciones en BRAF y NRAS se observaron en el 26,3% y 6,9% de los melanomas, respectivamente. La combinación de las mutaciones en el promotor de TERT y BRAF se asoció de forma independiente con la localización de melanomas en áreas expuestas al sol, ausencia de daño solar crónico histológico, ausencia de lentigos solares y aumento de la tasa mitótica del tumor. La combinación de mutaciones en TERT y NRAS se asoció de forma independiente a un aumento de la tasa mitótica tumoral. La presencia del promotor TERT junto con mutaciones en BRAF o NRAS se asoció con peores tasas de supervivencia.

**Conclusiones.** El tener la capacidad de identificar melanomas con perfiles moleculares que estarán asociados a tasas de peor pronóstico nos permitirá desarrollar estrategias terapéuticas y de seguimiento más específicas, y de esta manera poder prevenir la progresión tumoral. Así mismo, la determinación del efecto sinérgico de la combinación entre la mutación en el promotor de TERT y las mutaciones en BRAF/NRAS podría tener una importante implicación en aquellos pacientes tratados con inhibidores de MAP-kinasas.

## 29. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: ESTUDIO BICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE 31 CASOS

E. Ríos Viñuela<sup>a</sup>, M. Pons Benavent<sup>b</sup>, E. Nagore Enguidanos<sup>a</sup>, C. Monteagudo Castro<sup>c</sup>, C. Serra-Guillén<sup>a</sup>, V. Traves Zapata<sup>d</sup>, B. Llombart Cussac<sup>a</sup>, I. Pinazo Canales<sup>b</sup>, C. Requena Caballero<sup>a</sup>, Á. Revert Fernández<sup>b</sup> y O. Sanmartín Jiménez<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Fundación Instituto Valenciano de Oncología. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es un tumor poco frecuente, de clasificación históricamente confusa, cuyo verdadero potencial agresivo es desconocido, y del cual se desconocen su tratamiento y manejos óptimos. Realizamos el presente estudio con el objetivo de identificar potenciales factores pronósticos, que puedan facilitar el manejo de estos pacientes.

**Método.** Se realizó un estudio bicéntrico retrospectivo de todos los casos de SPD diagnosticados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia y en el Instituto Valenciano de Oncología. Se realizó un estudio descriptivo de las características clínicas e histológicas y un análisis de supervivencia mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y regresiones de Cox univariadas y multivariadas.

**Resultados.** Se incluyeron 31 pacientes, 3 de ellos mujeres, con una mediana de edad de 82 años; 22 (71%) de los tumores se localizaron en cuero cabelludo. La mediana del diámetro mayor del tumor fue de 23 mm. Cinco pacientes (16%) presentaron una recidiva, y 9 (29%) lo hicieron en dos o más ocasiones. Ocho (25%) tumores fueron localmente avanzados, y 4 casos (13%) presentaron metástasis. El espesor tumoral tenía 7,2 mm de mediana. El número de mitosis por 10 campos de gran aumento fue de 18 de mediana. Diecinueve (60%) tumores presentaron ulceración histológica, y 22 (73%) presentaron un patrón de crecimiento infiltrativo. Diez casos (33%) presentaron necrosis, 12 (39%) invasión linfovascular, y 10 (33%) infiltración perineural. La mediana de seguimiento fue de 20 meses. En el análisis de supervivencia, los factores asociados a una menor supervivencia libre de recaída fueron un número de mitosis igual o superior a 18 y la presencia de infiltración linfovascular.

**Conclusión.** El SPD es un tumor agresivo en el que la presencia de infiltración linfovascular y un número de mitosis elevado se asocia con una peor supervivencia libre de enfermedad.

## 30. INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO III. RESULTADOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

F. Silva Claveria, M.Á. Duarte Farrera, L. Ferrándiz Pulido, A. Fernández Orland y D. Moreno Ramírez

*Unidad de Melanoma. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Antecedentes.** Desde julio de 2018 se dispone de la autorización por parte de la EMA para el tratamiento con inmunoterapia anti-PD1, en régimen de adyuvancia, para pacientes con melanoma estadio III. Tanto pembrolizumab como nivolumab han demostrado un incremento en el periodo libre de recidiva frente a placebo.

**Objetivo.** Describir los resultados de dos años de experiencia de una Unidad de Melanoma en el tratamiento adyuvante de pacientes con estadio III.

**Resultados.** Durante un periodo de 2 años un total de 11 pacientes con melanoma estadio IIIB-IIID han iniciado tratamiento adyuvante y completado al menos un año de seguimiento. El 54,5% de los pacientes (n = 6) completaron la pauta completa de 52 semanas

de tratamiento, mientras que el 27,7% (n = 3) desarrollaron progresión a distancia y el 18,8% (n = 2) progresión locorregional. En cuanto a la toxicidad, 3 pacientes presentaron toxicidad leve y un paciente desarrolló toxicidad grave que requirió ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** La terapia adyuvante del melanoma estadio III ha mostrado mejorar la supervivencia libre de recaída. No obstante, la frecuencia de recaída tanto local como a distancia, considerando las limitaciones de este estudio, pueden ser elevadas.

## Pósteres

### Póster cirugía

#### P1. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE SUSTITUTOS DÉRMICOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

L. Turrión Merino, C. Martínez Mera, R. Cabeza Martínez, I. Salguero Fernández, M. Grau Pérez, F. Alfageme Roldán, E. López Negrete, Á.M. Rosell Díaz, L. Quintana Castanedo y G. Roustán Gullón

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

**Introducción.** Desde la década de los 90, han aparecido en el mercado una gran variedad de matrices dérmicas diseñadas para favorecer la curación de heridas de espesor total. Los sustitutos dérmicos aportan ciertas ventajas como protección de estructuras profundas (tendones, cartílago, hueso o nervios), estimulación de una nueva dermis funcional con menor cicatrización y reducción del tiempo de cierre de la herida. Inicialmente su uso estaba limitado al tratamiento de grandes quemados, pero en los últimos años su utilización se ha extendido en la cirugía dermatológica y en el manejo de úlceras crónicas, y más recientemente a otras subespecialidades. Sin embargo, su excesivo precio es una de las principales desventajas que hace difícil incluir este tipo de material en hospitales del sistema nacional de salud.

**Métodos.** En el año 2020 en nuestro centro se aprobó la utilización de sustitutos de matriz dérmica por el servicio de dermatología. Desde entonces se ha utilizado en 9 pacientes con resultado satisfactorio en todos ellos. Para reducir los costes programamos varios pacientes candidatos al uso de SD en el mismo día de quirófano para aprovechar toda la superficie del producto.

**Resultados.** Presentamos los resultados de nuestra serie de pacientes. Las principales localizaciones donde se usaron las matrices dérmicas fueron: el pabellón auricular, el cuero cabelludo y el aparato ungueal. Las principales indicaciones de su uso fueron la cobertura de defectos sin un lecho adecuado para la colocación de injertos de piel.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de casos tratados en nuestro servicio con sustitutos dérmicos. La utilización de las matrices dérmicas presenta una gran opción terapéutica en heridas quirúrgicas difíciles de tratar, especialmente como hemos descrito en nuestra serie en defectos de gran tamaño, defectos con exposición de hueso sin periostio o cartílago sin pericondrio (incluyendo dehiscencias de herida quirúrgica), en la cirugía conservadora del aparato ungueal y para diferir el cierre de defectos hasta obtener márgenes libres. Todos nuestros casos presentaron una evolución satisfactoria sin complicaciones relevantes. Como principales inconvenientes destacan el precio elevado de estos materiales y la necesidad de una segunda cirugía en la mayoría de los casos.

## P2. COMBINACIÓN DE USTEKINUMAB Y CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE

C. Ciudad Blanco<sup>a</sup>, O. Baniandrés Rodríguez<sup>a</sup>, I. Capdevila<sup>b</sup>, G. Ibarra Paniagua<sup>b</sup> y R. Suárez Fernández<sup>a</sup>

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

**Introducción.** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica caracterizada por la aparición de brotes de nódulos inflamatorios, abscesos y fístulas en zonas de predominio de glándulas apocrinas. El tratamiento es muy variable y dependiente del estado inflamatorio de la enfermedad, de los síntomas y de la experiencia del profesional responsable.

**Métodos.** Cuatro pacientes con HS grave y tratados con ustekinumab tuvieron seguimiento tras al menos 2 años tras una cirugía amplia en áreas afectadas por HS. Los datos demográficos, el tipo de cirugía, las tasas de cicatrización y potenciales factores que podrían contribuir a la cicatrización fueron revisados.

**Resultados.** Todos los pacientes realizaban tratamiento con ustekinumab 90 mg subcutáneo cada 8 semanas. La cirugía fue planeada 6 semanas tras la última dosis de ustekinumab y la siguiente dosis fue administrada 2 semanas tras la cirugía. En un paciente la reconstrucción fue mediante cierre directo y en 3 con colgajos. Todos los pacientes presentaron alguna complicación, incluyendo seroma y dehiscencia de sutura. Ningún paciente presentó infección de la herida quirúrgica.

**Conclusiones.** Hay poca experiencia sobre el uso de biológicos en combinación con cirugías complejas. No está claro cuál es el momento óptimo o si el biológico debe ser suspendido antes de la cirugía. Un estudio sugiere suspenderlo al menos 2 semanas antes por haber encontrado más complicaciones en los casos en los que no se suspendió. La vida media de ustekinumab es de 3 semanas, por lo que parece recomendable practicar la cirugía 6 semanas después de que la última dosis haya sido administrada para evitar interferencia con la cicatrización.

## P3. HACIENDO DE LA NECESIDAD VIRTUD; CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN EN CIRUGÍA DE PÁRPADO INFERIOR

D. Ruiz Sánchez, J. Valtueña Santamaría, C. Delgado Mucientes, V. Volo Bautista, L. Barrutia Extevarría, A.M. Carballido Vázquez, A.M. Antón Márquez, T. Vega López y P. Manchado López

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

**Antecedentes.** En el manejo quirúrgico de tumores que implican el espesor total del párpado inferior, la escisión de una parte del párpado suele ser necesaria. Después de tales escisiones se ha asumido que la reconstrucción quirúrgica inmediata es algo obligatorio. Si el defecto es inferior a un tercio del tramo horizontal del párpado, es habitual repararlo con sutura directa multicapa. Para defectos más grandes existen multitud de técnicas pero, a veces, puede haber pacientes en los que, o bien no es posible, o no es deseable realizar de inmediato una cirugía reconstructiva. Es en estos casos de necesidad, en los que la curación por segunda intención ha demostrado ser una alternativa simple, barata, efectiva y con resultados estéticos aceptables.

**Resultados.** Presentamos el caso de una mujer de 76 años, sin antecedentes médicos de interés, que presentaba en el borde libre del párpado inferior izquierdo una lesión de 2 años de evolución. Se trataba de una pápula pigmentada con presencia en la dermatoscopia de nidos de pigmento y telangiectasias en superficie, compatible con un carcinoma basocelular. Se realizó extirpación de la lesión en cuña y cierre directo por planos, bajo bloqueo anestésico del nervio infraorbitario. A los 7 días de la cirugía se

citó a la paciente para proceder a la retirada de los puntos de sutura cutáneos, dejando los del borde libre. Ante un error de comunicación entre el personal de enfermería y médico se retiraron todos los puntos de sutura. A los pocos días se cita de nuevo a la paciente que presentaba una dehiscencia de la herida quirúrgica. En ese momento, se decide esperar a una cicatrización por segunda intención. Al mes se había producido el cierre de la dehiscencia con una cicatrización natural y un muy buen resultado tanto estético como funcional.

**Conclusiones.** La reconstrucción de los defectos quirúrgicos del párpado inferior de forma inmediata tras la extirpación no ha de ser siempre mandatorio, apareciendo la curación por segunda intención como una opción simple, efectiva y funcional. En la bibliografía se señala que, en pacientes jóvenes, con defectos que incluyen la mitad medial del párpado inferior, es donde mejores resultados se han obtenido.

Presentamos el caso de una paciente en la que el infortunio llevó a una curación por segunda intención con un muy buen resultado estético y funcional final.

## P4. COLGAJO HORMIGA, UNA SOLUCIÓN PARA DEFECTOS CIRCULARES

M. Gamissans<sup>a</sup>, J. Romani<sup>a</sup>, F. Russo<sup>b</sup> y M. Yébenes<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. <sup>b</sup>Práctica Privada. Algeciras. España.

**Antecedentes y objetivos.** Existen numerosos colgajos locales diseñados para cerrar defectos circulares o elípticos en el área facial. La mayoría de estos utilizan movimientos de rotación como el colgajo en hacha y/o de transposición como el colgajo bilobulado. El objetivo de esta comunicación es presentar un nuevo colgajo de rotación/transposición como alternativa para defectos circulares con el nombre de colgajo en hormiga.

**Métodos.** Se realizaron dos colgajos en hormiga, el primero de ellos para la reconstrucción del defecto que dejó la exéresis de un rabdomioma en el filtrum nasal, y el segundo para la reconstrucción de un defecto en la punta nasal. Este colgajo mediante la rotación/transposición consigue cerrar defectos circulares, pero para aliviar la tensión provocada por el cierre de la herida deben diseñarse dos triángulos de descarga en ambos laterales del colgajo (serían las "orejas" de la hormiga).

**Resultados.** El resultado estético y funcional de ambos casos fue excelente. El mejor cierre del defecto se consigue cuando se hace coincidir el punto distal de las "antenas" de la hormiga con la línea que forma 45 grados con la línea de diámetro horizontal de los dos círculos imaginarios colocados en el centro del defecto.

**Conclusiones.** Esta técnica puede ser una alternativa a los colgajos lobulados o semicirculares conocidos. Como ventaja, se puede utilizar cuando existe poca piel libre en la zona superior del defecto. Animamos a practicar este sencillo colgajo para comprobar su efectividad y funcionalidad en otras localizaciones anatómicas.

## P5. COLGAJO EN ROMPECABEZAS PARA ALA NASAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 CASOS

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

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

**Introducción.** El ala nasal es una localización frecuente donde asientan los carcinomas basocelulares. La reconstrucción tras la extirpación de los mismos supone siempre un reto para el cirujano dermatológico. Presentamos nuestra experiencia en 5 casos de colgajo en "rompecabezas".

**Casos clínicos.** Nuestros carcinomas basocelulares asentaban en ala nasal llegando al límite con la mejilla. Solo uno quedaba a 1 mm. Tras su extirpación resultaron defectos de entre 12 mm y 15 mm de diámetro mayor, sin afectar espesor total. El cierre se realizó mediante colgajo en “rompecabezas”. Ninguno de ellos presentó complicaciones, no se registraron infecciones, ni necrosis, ni hemorragias. El resultado estético fue bueno, aunque en todos ellos se borra el surco en la zona del defecto. En una paciente se observó abultamiento del colgajo, que se resolvió en las siguientes semanas.

**Discusión.** El colgajo en “rompecabezas” fue descrito por primera vez por Goldberg y colaboradores en 2005 en 5 pacientes. Lo desarrollaron para cerrar defectos en ala nasal próximos a la mejilla. Usando una plantilla del defecto se dibuja un colgajo de avance de mejilla, con dos triángulos de descarga, inferiormente a lo largo del surco meilolabial y superiormente a lo largo del surco nasogeniano, dejando el colgajo unido lateralmente. Los defectos secundarios superior e inferior creados se suturan, avanzando la piel de la mejilla, al periostio del hueso maxilar. El colgajo unido a la mejilla avanza medialmente para cubrir el defecto primario. Esta piel es similar a la piel del ala nasal en color, textura y grosor. El pedículo debe ser manejado con cuidado y debe ser lo más ancho posible para evitar necrosis, si bien ni en su experiencia ni en la nuestra se registró ningún caso. Sí describen abultamiento en 2 pacientes, que se resolvió a los pocos meses. Como conclusión presentamos este colgajo de fácil ejecución, sin complicaciones y con buen resultado estético para tumores localizados en ala nasal cercanos al surco nasogeniano.

## P6. SOLUCIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA DE MOHS EN ÁREA NASAL EN NUESTRA SERIE

A. Jiménez Antón, I. Navarro Navarro, G. Gallo Pineda, M. Viedma Martínez y M. Linares Barrios

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

**Introducción.** La cirugía micrográfica de Mohs es la alternativa terapéutica de los tumores cutáneos que debido al control histológico de los márgenes quirúrgicos presenta las mayores tasas de curación, permitiendo además el máximo ahorro de tejido sano y mejores posibilidades de reconstrucción posquirúrgicas. La nariz es la localización más frecuente de tumores cutáneos y también es una de las áreas más difíciles de tratar.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluye todos los casos de tumores cutáneos localizados en la nariz tratados en nuestro hospital con cirugía de Mohs desde febrero de 2016 hasta agosto de 2021.

**Resultados.** Nuestra serie se compone de un total de 174 casos, de los cuales 79 estaban en la nariz. La mayoría de los tumores cutáneos se localizaron en el dorso (43,03%). La reconstrucción posterior a la cirugía se realizó con colgajo en el 70,89% de los casos, mediante injerto en el 16,46%, con cierre directo en el 10,13% y el 2,53% precisó colocación de biobrane y reconstrucción diferida. Dentro de los colgajos, los más empleados fueron los de avance (41,07%), aunque la elección varía según el área nasal a tratar; siendo los colgajos de transposición bilobulados uno de los más utilizados en el ala nasal o en punta, los de avance en raíz, filtrum, columela o ladera nasal y los de transposición bilobulados, Limberg o de avance en dorso.

**Conclusión.** La ubicación y la extensión de las neoplasias cutáneas de la nariz dicta el abordaje quirúrgico para la exéresis y la posterior reparación del defecto resultante. Para la reconstrucción de la pared lateral los colgajos más frecuentemente utilizados son el de Limberg o el de avance lateral. Con respecto a la reparación de defectos localizados en el ala nasal pueden utilizarse los colgajos de transposición nasolabial o de avance de la mejilla adyacente. Para la reconstrucción del tercio proximal del dorso nasal se em-

plean colgajos bilobulados de la región glabellar y para los defectos de los dos tercios distales el colgajo de rotación pannasal o el colgajo Limberg son unos de los más elegidos. Los defectos de la punta nasal pueden repararse con un colgajo bilobulado o, si el defecto es mayor, con un colgajo de rotación pannasal. Para la reconstrucción de la columela suelen emplearse colgajos nasolabiales.

## P7. TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR CON TOXINA BOTULÍNICA MEDIANTE BLOQUEO GUIADO POR ECOGRAFÍA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS A NIVEL DE LA MUÑECA: SERIE DE 6 CASOS

E. Vargas Laguna, N. Silvestre Torner, M. Dorado Fernández y J. Román Sainz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Severo Ochoa.*

**Introducción.** El tratamiento de la hiperhidrosis palmar (HP) con inyección de toxina botulínica (TB) es un procedimiento terapéutico que produce un grado de dolor moderado. El bloqueo regional ecoguiado de los nervios periféricos a nivel distal es una técnica anestésica eficaz y segura para el control analgésico en este tipo de intervención.

**Caso clínico.** Presentamos una serie de 6 pacientes con HP tratados con infiltración intradérmica de TB tras anestesia regional ecoguiada de los nervios mediano y cubital a nivel distal (tabla 1). Se localizaron ecográficamente los nervios mediano y cubital en ambos miembros superiores a nivel de la muñeca. El bloqueo se realizó con 2-3 ml de mepivacaína al 2% evitando la infiltración intravascular con control ecográfico. Tras 15 minutos, se evaluó la sensibilidad algésica con una aguja de calibre 24G. Se valoró el éxito de cada bloqueo periférico, el grado de dolor de la técnica anestésica mediante la escala EVA, así como posibles complicaciones inmediatas de la técnica. Confirmada la eficacia del bloqueo anestésico, se administraron, en cada palma, 100 UI de TB diluidas en 5 ml de suero salino fisiológico, con un total de 40-50 infiltraciones de 0,1 ml (2UI). A las 24 horas, se entrevistó a los pacientes sobre la duración del bloqueo y el grado de satisfacción de la técnica anestésica. Se valoraron posibles complicaciones tardías en el seguimiento a los 3 meses.

**Discusión.** El tratamiento de la HP con TB es un procedimiento doloroso que requiere una técnica anestésica eficaz. La anestesia regional de los nervios periféricos permite un buen control de dolor durante este tipo de tratamiento. Entre sus principales complicaciones se encuentran la lesión directa del nervio, la infiltración intravascular del anestésico, el sangrado y/o las infecciones. El control ecográfico permite la visualización dinámica de las diferentes estructuras anatómicas, disminuyendo el riesgo teórico de dichas complicaciones. En comparación con la anestesia general, el bloqueo nervioso periférico requiere menos recursos económicos y evita los riesgos inherentes a la misma. Además, con una formación adecuada, puede ser realizado por dermatólogos sin necesidad de la participación de anesestesiólogos. Entre sus principales inconvenientes, destaca la duración cercana a las 3-4 horas del bloqueo impidiendo durante este tiempo la actividad manual habitual.

## P8. SUTURA AUTORREMOVIBLE

J. Cruañes Monferrer, J.P. Serrano Serra, J. Orts Paco, J. Navarro Pascual, M.I. Úbeda Clemente y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Durante los últimos meses, la pandemia mundial de COVID-19 prácticamente ha provocado la saturación de muchos sistemas de salud. Por ello, creemos que resulta fundamental la disminución número de visitas de pacientes a centros médicos y hospitalarios. Habitualmente, tras los procedimientos de cirugía dermatológica menor, los pa-

cientes deben regresar a la consulta para la posterior retirada de la sutura. Proponemos una técnica de sutura que permite al paciente quitarse los puntos él mismo en casa con una mano, utilizando guantes médicos. Se recomienda para biopsias por sacabocados o escisiones cutáneas pequeñas. El nudo corredizo en bucle es una técnica que evita el uso de instrumentos afilados en la extracción de suturas después de la cirugía. La resistencia y seguridad de este tipo de nudo ha sido probada previamente, sin diferencia significativa con el nudo quirúrgico simple interrumpido. Después de la escisión de la muestra de piel, al atar el nudo, en lugar de agarrar el extremo distal suelto con el portaobjetos, se agarra el hilo a 1 cm aproximadamente de la herida (fig. 1A). Por lo tanto, después de atarlo con un doble tiro, se forma un lazo (fig. 1B-C). Para evitar que el nudo se deshaga accidentalmente durante el cuidado de la herida, los extremos de todas las suturas se fijan a la piel adyacente con tiras de cierre de la herida (fig. 2). Después de varios días, el paciente tirará de estas tiras de cierre de la herida para quitar los puntos en casa. Esta técnica se puede realizar en cualquier región de la superficie cutánea. Educar a los pacientes o acompañantes sobre cómo manejar la herida y retirar los puntos con una técnica limpia en casa es fundamental.

### P9. CIRUGÍA EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA, ¿AFECTA AL CURSO DE LA ENFERMEDAD?

B. Butrón Bris, A. Fernández Bernáldez, M.<sup>a</sup>L. Martos Cabrera, I. Lladó Fernández, E. Gallo, R. Navarro, E. Daudén Tello, Y. Delgado-Jiménez y P. Rodríguez Jiménez

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

**Introducción.** A pesar de que todas las guías de hidradenitis supurativa contemplan la cirugía como parte fundamental del esquema terapéutico, la carencia de estudios que propongan indicaciones claras y procesos quirúrgicos de elección es evidente.

**Objetivo.** La finalidad de nuestro estudio fue conocer la evolución de los pacientes con hidradenitis supurativa intervenidos quirúrgicamente por medio de resección local amplia.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de hidradenitis supurativa intervenidos por medio de resección local en bloque en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de La Princesa entre 2018 y 2021. Se obtuvieron variables demográficas y de la enfermedad. Se tuvo en cuenta el tipo de reconstrucción, las complicaciones inmediatas, los brotes, localización y el tratamiento realizado para su resolución. El índice de actividad utilizado fue el Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IH54).

**Resultados.** Se incluyeron 18 pacientes y 20 intervenciones. La mayoría fumadores (83,3%) y obesos (66,7%), con estadio moderado o grave (Hurley II: 44,4% y III: 55,6%). Las áreas intervenidas fueron: axilas (10), región inguinal (5), genital (3), glúteo (1) y región perianal (1). Todos los pacientes recibieron tratamiento con varios ciclos antibióticos antes de la cirugía y 4 con adalimumab. A los 6 meses solo 2 de los casos presentaron recidiva local y la mayoría se mantuvo sin brotes (8/18 [44,45%]) o presentaron un único brote (6/18 [33,3%]). Más de la mitad de los pacientes (6/11 [54,55%]) con seguimiento a 12 meses se mantuvieron sin brotes o con mínima actividad.

**Discusión.** Los trayectos fistulosos se consideran signo de gravedad en la hidradenitis supurativa, con potencial de evolucionar a lesiones cicatriciales. En la literatura no hemos encontrado trabajos que demuestren que la resección de los trayectos fistulosos mejora la evolución y disminuye los brotes. Con nuestra serie hemos observado que la resección en bloque de lesiones complejas supone una mejora global en la actividad inflamatoria y una reducción en el número de brotes y tratamientos antibióticos.

**Conclusiones.** La cirugía de resección en bloque de las fistulas complejas parece producir un efecto global en la actividad inflamatoria de la hidradenitis supurativa.

### P10. COLGAJO DE KEYSTONE COMBINADO CON UN COLGAJO DOBLE DE ISLA PARA LA ASISTENCIA AL CIERRE DE DEFECTOS DE MODERADO-GRAN TAMAÑO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

K. Díez Madueño, C. Silvente San Nicasio, D. Velázquez Tarjuelo, C. García Martín, A. Simón Gozalbo, M.<sup>a</sup> Gamo Guerrero y P. de la Cueva Dobao

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

**Antecedentes y objetivos.** Reportamos el caso de una paciente en la octava década de vida, con hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento con enalapril y acenocumarol, que acudió a nuestro servicio de dermatología para estudio de una lesión localizada en el muslo izquierdo. Consistía en una placa de 40 mm inducida con nódulos y tumoraciones brillantes asociadas. El estudio anatomopatológico resultó en un carcinoma de células de Merkel. Cuando un defecto es de moderado o gran tamaño, un colgajo locorregional es frecuentemente una opción estética y funcional adecuada. En este caso, se realizó la extirpación del tumor con márgenes de 20 mm. Dado el gran defecto tisular secundario, se realizó el cierre mediante un colgajo combinado compuesto por un colgajo de Keystone (CK) y un colgajo doble de isla.

**Métodos.** Reporte de un caso clínico.

**Discusión y resultados.** Un defecto importante en un miembro inferior representa un reto quirúrgico pues el deterioro de la vascularización periférica y la baja laxitud de la piel en dicha zona son evidentes. En estos casos, un colgajo locorregional es una solución factible. Uno de los colgajos empleados en defectos de mediano y gran tamaño es el CK. El CK fue primeramente descrito por Behan y colaboradores (2003). Se trata de un colgajo en isla, fasciocutáneo de vascularización al azar, dependiente de las arteriolas perforantes que atraviesan la fascia muscular. Se clasifica en 4 subtipos, de los cuales han ido reportándose variaciones. Su ventaja principal, es el aumento de supervivencia del colgajo así como una rápida cicatrización. Entre las claves para lograr el éxito del colgajo, destacan la disección sin comprometer fascia profunda así como diseñar un ancho del colgajo similar a la del defecto. Un limitante en el CK es que no suele recomendarse en defectos > 3 cm. En esos casos la combinación de colgajos es posible. En nuestro caso, dado el tamaño del defecto y la anatomía locorregional, se propuso combinar el CK clásico con un colgajo doble de isla, logrando así un cierre directo en un tiempo. No tuvieron lugar hemorragia, infección local ni necrosis del colgajo, lográndose una epitelización completa.

**Conclusiones.** Reportamos una alternativa quirúrgica al CK clásico que se postula como una solución eficaz en la reconstrucción de defectos > 3 cm.

### P11. DOBLE COLGAJO DE AVANCE FRONTOPANGENIANO, UN CIERRE EFECTIVO PARA DEFECTOS DEL CANTO INTERNO TRAS CIRUGÍA DE MOHS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CONSECUTIVOS

F.J. Melgosa Ramos, T. Díaz Corpas, A. Fuertes Prosper, H. Gegúndez Hernández, Á. Aguado Vázquez, C. Alonso Díez, R. García Ruíz, P. Pérez García y A. Mateu Puchades

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Antecedentes y métodos.** La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica empleada en cirugía oncológica que en los últimos años se ha convertido en la técnica de elección para la gran mayoría de neoplasias cutáneas, pues permite controlar microscópicamente los márgenes del tumor; sin embargo, en ocasiones, queda un defecto extenso que, o bien por tamaño, o bien por la localización, no permiten un cierre con un único colgajo, o bien obliga a recurrir a un injerto libre.

**Resultados y conclusiones.** Con motivo de ello presentamos los casos de 2 pacientes de nuestro servicio intervenidos de forma reciente mediante cirugía de Mohs convencional por carcinoma basocelular localizado entre canto interno y parte superior de surco nasogeniano, en los que tras la misma, se procedió al cierre del defecto con un doble colgajo de avance que denominamos “frontopangeniario”, sin incidencias durante el acto quirúrgico ni complicaciones posteriores, obteniendo además un excelente resultado estético teniendo en cuenta la localización anatómica y el tamaño del tumor. Resaltamos los casos por la eficacia y seguridad de este colgajo, en una localización anatómica complicada, y en un prototipo de paciente añoso pluripatológico en los que la vasculatura puede verse comprometida comprometiendo la viabilidad de otras opciones reconstructivas.

## P12. COLGAJO COMBINADO LOBULADO Y EN HACHA, UNA ALTERNATIVA ANATÓMICA PARA DEFECTOS DE ALA NASAL

N. Segurado Tostón, M. Medina Migueláñez, L. Puebla Tornero, L. Bejarano Antonio, D. Revilla Nebreda, C. Román Curto y A. Romo Melgar

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

**Antecedentes y objetivos.** Los defectos en ala nasal se encuentran en una localización anatómica de alto impacto estético y muy frecuentemente, al no ser posible el cierre directo, es necesaria la realización de colgajos para la reconstrucción de la zona buscando el mejor resultado estético posible. Dependiendo de su tamaño, los más frecuentes consisten en los colgajos de trasposición del surco nasogeniano, los colgajos en espiral o los colgajos unilobulados o bilobulados entre otros. El objetivo de este trabajo es encontrar una alternativa sólida a estos colgajos clásicos para esta localización que respeten las distintas subunidades estéticas nasales y proporcionen el mejor resultado funcional y estético posible.

**Métodos.** Presentamos una serie de siete casos en los que se realizó un colgajo combinado lobulado de lateral nasal para cerrar el defecto primario en el ala nasal, y un colgajo de rotación y avance en hacha para el cierre del defecto secundario generado en el lateral, realizando las incisiones en los límites de las subunidades anatómicas entre el ala y el lateral nasal y entre el lateral nasal y la parte interna de la mejilla respectivamente. Mediante este método se consigue ocultar las cicatrices de incisión, obteniendo tejido de las mismas características que el ala nasal y evitando efectos trampilla e incisiones en zonas visibles del dorso nasal.

**Resultados.** Se muestran imágenes de una serie de siete casos de la planificación prequirúrgica, postoperatorio inmediato y durante el seguimiento, con buen resultado estético y funcional; sin complicaciones en ninguno de los pacientes tratados hasta el momento.

**Conclusiones.** El colgajo combinado unilobulado y en hacha es una buena alternativa a los colgajos clásicamente utilizados para el ala nasal con buen resultado estético al realizar las incisiones respetando las subunidades anatómicas de la nariz y movilizándolo la menor cantidad de tejido posible de las zonas circundantes para el cierre del defecto, evitando complicaciones para estos pacientes.

## P13. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN NUESTRO CENTRO

M. Viedma Martínez, I. Navarro Navarro, G. Gallo Pineda, A. Jiménez Antón y M. Linares Barrios

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

**Antecedentes y objetivos.** La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) es una técnica quirúrgica especializada que permite delimitar de

forma segura la extensión de lesiones cutáneas malignas a través del análisis secuencial microscópico de sus márgenes. Además, permite conservar la mayor cantidad posible de tejido sano. Se describe la experiencia de CMM en nuestro centro.

**Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en nuestro centro de referencia. Para ello se revisaron todos los pacientes operados con CMM entre 2016 y 2021 con una recogida de datos sociodemográficos y clinicopatológicos.

**Resultados.** Se estudiaron 174 casos, 90 hombres y 84 mujeres, cuya mediana de edad fue de 68 años. El carcinoma basocelular (CBC) fue la indicación de CMM más frecuente, hasta en un 90,22% de los casos, seguido del carcinoma espinocelular en un 4,59% de los mismos. Otras indicaciones de CMM fueron de lentigo maligno, dermatofibrosarcoma protuberans, angiosarcoma y sarcoma dérmico pleomórfico. La localización más frecuente fue la nariz en un 45,15% de los casos, seguido de la localización frontal en un 9,77% y canto interno del ojo en un 7,47%. La mediana de estadios requeridos en la CMM fue de 2 estadios. Solo uno de ellos se llegó a considerar no operable tras la persistencia tumoral tras el séptimo pase. La recidiva tumoral tras la CMM fue de un 6,32%. Once de las intervenciones de CMM consistieron en una CMM diferida, utilizándose en un caso la técnica “spaguetti” de CMM diferida para control de margen lateral de recidiva de un lentigo maligno en mejilla derecha.

**Conclusiones.** La CMM es una técnica quirúrgica que permite el estudio intraoperatorio del 100% del margen mediante cortes histológicos horizontales del tejido. El estudio histológico permite identificar la persistencia de tumor en un gráfico equivalente al defecto quirúrgico y favorece un ahorro de piel sana. La CMM es la técnica quirúrgica más efectiva para el control de márgenes en varios tipos de cáncer de piel, con tasas de recurrencia a 5 años del 1% en CBC, respecto al 10% de la cirugía convencional. Los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre la indicación, localización y tasa de recidivas han sido similares a los observados en otras series. Este estudio describe la experiencia y resultados obtenidos mediante la técnica CMM en el tratamiento de cáncer cutáneo.

## P14. RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE COLUMELA Y SEPTO MEDIANTE COLGAJO NASOGENIANO BILATERAL CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO CONDROAURICULAR

N. Blázquez Sánchez<sup>a</sup>, I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, M. Ortiz Rueda<sup>b</sup>, C. de la Plata Sánchez<sup>b</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.*

**Introducción.** La columela es una subunidad anatómica nasal de gran valor estético, que influye directamente en la proyección de la punta de la nariz. Su reconstrucción quirúrgica puede resultar compleja, debido a su dimensión horizontal estrecha, con escasa vascularización y a la limitada disponibilidad de tejido adyacente.

**Caso clínico.** Paciente de 57 años con antecedente de exéresis previa de carcinoma espinocelular infiltrante, bien diferenciado, con ausencia de invasión vascular y perineural en vestíbulo, suelo y mucosa septal de fosa nasal derecha. La lesión fue extirpada en el año 2017 mediante cirugía convencional, obteniéndose márgenes libres. Como complicación posquirúrgica de dicha cirugía el paciente sufrió una necrosis y pérdida total de la columela y del septo del vestíbulo nasal. Tras 3 años de seguimiento sin recurrencias, se decide reparación del defecto cosmético originado, en colaboración entre los servicios de otorrinolaringología y dermatología del hospital. La reconstrucción del defecto quirúrgico se realizó bajo anestesia general, en un solo tiempo. La reparación se llevó a cabo mediante dos colgajos nasogenianos simétricos bilaterales de pedículo inferior, con interposición de cartílago auricular. No se presentaron complicaciones posquirúrgicas, siendo los resultados estéticos y funcionales satisfactorios a corto y largo plazo.

**Conclusiones.** Se presenta el colgajo nasogeniano doble de pedículo inferior con interposición de injerto de cartílago auricular como una técnica segura a considerar para la reconstrucción de defectos complejos de columela y septo. Como ventajas de esta técnica se destaca su realización en un solo tiempo quirúrgico y su buena viabilidad debido al doble aporte vascular.

### P15. COLGAJO DEL LECTOR COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA DE UNA ÚLCERA DE DECÚBITO EN UN PACIENTE TETRAPLÉJICO

T. Montero-Vilchez, C. Cuenca-Barrales, M. Sánchez-Díaz, J.Á. Rodríguez-Pozo, S. Arias-Santiago y J. Tercedor-Sánchez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El colgajo del lector o colgajo «reading man» se denomina así porque la morfología del defecto y de la plastia recuerdan a la silueta de una persona leyendo. Fue descrito por primera vez por Mutaf et al. en 2008 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos circulares a nivel facial y en extremidades. Se trata de una técnica basada en el desarrollo de una z-plastia asimétrica. Una de sus principales ventajas es la baja tensión generada en el cierre, por lo que podría ser una opción muy útil para la cobertura de grandes defectos en zonas sometidas a presión continua.

**Métodos.** Presentación de un caso clínico.

**Resultados.** Un varón tetrapléjico de 46 años acudió a las consultas de dermatología por una úlcera de decúbito en la región sacra de tres años de evolución por la que había requerido ingresos por infección en sucesivas ocasiones. A pesar de cambios posturales frecuentes y varios tratamientos médicos, la úlcera persistía. Asimismo, seis meses previos a la consulta se había intentado el cierre con un injerto cutáneo con resultado insatisfactorio debido a la infección del mismo. En la exploración física, el defecto presentaba un diámetro de 9 cm. Se decidió programar al paciente para cerrar el defecto con un colgajo del lector. Toda la intervención se realizó sin anestesia dada la ausencia de sensibilidad en la zona. Se llevó a cabo desbridamiento quirúrgico de los bordes y se diseñó el colgajo del lector. Se dibujó una línea central con una longitud un 50% superior al diámetro del defecto, tangencial al defecto y perpendicular a la línea de baja tensión cutánea. En el extremo distal al defecto se pintó una línea con un ángulo de 60° de longitud igual al diámetro del defecto y en el extremo proximal, otra línea de igual longitud formando un ángulo de 45°. Posteriormente, realizamos una doble transposición y cubrimos la úlcera completa, cerrando la herida con sutura reabsorbible. Tras 8 meses de seguimiento el defecto permanece cerrado y la úlcera no ha reaparecido.

**Conclusión.** El colgajo del lector es una plastia segura que permite realizar cierre de defectos a baja tensión, por lo que es una técnica quirúrgica útil para el tratamiento de úlceras por presión refractarias, presentando bajo riesgo de necrosis, dehiscencia y mala cicatrización.

### P16. DOBLE COLGAJO EN ISLA DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN REGIÓN MENTONIANA

A. Morelló Vicente<sup>a</sup>, Á. Estenaga Pérez de Albéniz<sup>a</sup>, J. Antoñanzas Pérez<sup>a</sup>, P. Gómez-Arias<sup>b</sup> y R. Salido Vallejo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>b</sup>UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

**Introducción.** El colgajo en isla de pedículo subcutáneo es una técnica reconstructiva polivalente que permite reparar defectos cutá-

neos en diferentes áreas topográficas faciales como las regiones ciliares, nasolabiales o la pirámide nasal.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 71 años derivada a nuestro servicio por la recidiva de un carcinoma basocelular infiltrante en el área mentoniana tras dos extirpaciones. Tras realizar la extirpación quirúrgica de la lesión mediante cirugía micrográfica de Mohs, se obtuvo un defecto quirúrgico de 4,5 × 3,5 cm incluyendo todo el espesor de la piel y el plano muscular en el centro de la pieza, dejando expuesto el hueso mandibular. La reconstrucción se llevó a cabo mediante un doble colgajo de isla de pedículo subcutáneo. Para ello, se diseñaron dos colgajos triangulares a cada uno de los laterales del defecto. El lado superior de los colgajos se hizo coincidir con la línea de unión bermellón-piel y el inferior con el surco mentoniano. Tras el labrado de los colgajos, se realiza la aposición medial de los mismos con un avance en V-Y.

**Discusión.** La región mentoniana es un área anatómica que requiere una cuidadosa reconstrucción tanto por las estructuras convexas y cóncavas que presenta como por la vecindad de una estructura funcional crítica como son los labios. Dentro de las opciones reconstructivas disponibles, el doble colgajo de pedículo subcutáneo es una técnica sencilla que puede aportar múltiples ventajas. La buena vascularización de los colgajos permite una excelente viabilidad, mientras que con el uso de subunidades anatómicas circundantes obtenemos una gran concordancia con la piel extirpada. La disposición horizontal de las líneas de incisión permite disimularlas en la transición bermellón-piel y en el surco mentoniano, quedando una línea central vertical que no rompe la simetría facial. Además, la depresión que suele ocasionarse en la zona de unión central de los dobles colgajos de avance nos ayuda a recrear el surco mentoniano, lo que junto con la leve tracción del labio inferior que produce un efecto de aumento del volumen, mejora significativamente el aspecto de la paciente. Por estas razones, consideramos que el colgajo bipediculado en isla puede ser una excelente opción reconstructiva para defectos mentonianos que puede llevar a conseguir resultados óptimos tanto funcionales como cosméticos.

### P17. COLGAJO DE KEYSTONE EN LOCALIZACIONES MENOS HABITUALES

A. Sánchez Giló, M. Gutiérrez Pascual, A. Alegre Bailo y F.J. Vicente Martín

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). España.*

**Introducción.** El colgajo de Keystone (CK) es un colgajo fasciocutáneo cuya vascularización proviene de las arteriolas perforantes musculares. Es usado de forma frecuente en cirugía dermatológica para cubrir defectos de piel de mediano tamaño en miembros inferiores, especialmente en piernas.

**Casos clínicos.** Presentamos 3 casos de pacientes intervenidos de diferente patología, cuyo defecto quirúrgico se reconstruyó con CK. El primero fue un varón de 78 años intervenido de un carcinoma neuroendocrino de célula pequeña (carcinoma de células de Merkel) pT2Nx en muslo derecho, cuyo defecto quirúrgico tras la exéresis fue de 5 × 13,5 cm. El segundo paciente fue un varón de 78 años, intervenido de ampliación de márgenes tras exéresis de melanoma pT4b en espalda que mostró un defecto quirúrgico de 4 × 12 cm. El último paciente fue un varón de 89 años, intervenido de un epiteloma basocelular en región escapular izquierda, con una defecto quirúrgico de 9 × 14 cm. En todos ellos se realizó reconstrucción del defecto quirúrgico mediante CK, sin grandes complicaciones posquirúrgicas; solo uno de nuestros pacientes tuvo una mínima dehiscencia de herida quirúrgica que granuló por segunda intención. En todos ellos se obtuvieron buenos resultados estéticos y funcionales.

**Discusión.** El CK es una buena alternativa quirúrgica a otros colgajos e injertos para la reconstrucción de defectos quirúrgicos de gran tamaño en zonas de piel poco distensible. Aunque ha sido ampliamente usado



para cubrir defectos en miembros inferiores, también se han reconstruido defectos en otras localizaciones con buenos resultados, sin presentar apenas complicaciones (cabeza y cuello, tronco y región perineal). Existen 4 subtipos principales de CK. El tipo I es el clásico y los 3 tipos restantes son modificaciones que permiten su uso en colgajos de mayor tamaño con una menor incidencia de complicaciones.

**Conclusión.** El CK debe considerarse una buena opción quirúrgica para la reconstrucción de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en zonas de piel poco distensible. Este tipo de colgajos ofrece buenos resultados tanto en miembros inferiores como en otras localizaciones.

### P18. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE: RESECCIÓN CON CIRUGÍA DE MOHS Y RECONSTRUCCIÓN MUCOSA

V. Onecha Vallejo<sup>a</sup>, P. Sánchez Sambucety<sup>a</sup>, A. Sanz Ruiz<sup>b</sup>, R. Linares Navarro<sup>a</sup>, H. Perandones González<sup>a</sup> y M.Á. Rodríguez Prieto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Urología. Hospital de León. España.

Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de circuncisión por carcinoma epidermoide in situ en febrero de 2020. El paciente acudió a consulta de dermatología derivado desde urología para valoración de una placa eritematosa de dos meses de evolución que ocupa la hemicircunferencia derecha del glande con afectación del meato urinario. Realizamos una biopsia con resultado de enfermedad de Bowen. Ante la consideración de recidiva se eligió la realización de cirugía de Mohs. La operación requirió dos pases de cirugía de Mohs con extirpación parcial del meato urinario para la determinación de bordes libres de tumor. Para la reconstrucción se decidió la realización de un injerto de mucosa extraída de la mucosa yugal derecha. El paciente no sufrió complicaciones en el postoperatorio inmediato y durante los controles posteriores no se ha objetivado recidiva, alteraciones en la micción o erección ni complicaciones a nivel del sitio dador, que cicatrizó a los 15 días de la operación. Los injertos de mucosa presentan la ventaja de aportar tejido alopecico, sin estrato córneo y presencia de epitelio secretor similar al de la uretra, por lo tanto es de elección en las uretroplastias. Las complicaciones más frecuentes son en la zona dadora: cicatrización anómala, alteraciones del gusto o maloclusión mandibular, pero siempre que sean grandes injertos. Menos recomendable sería la colocación de un injerto de piel lampiña.

### P19. PROYECTO QUIRÚRGICO ALBINOS DERMALAWI: 2 PACIENTES RETO CON TUMORES EN PÁRPADO INFERIOR

A. Tomás Velázquez<sup>a</sup>, E. Moreno Artero<sup>a</sup>, I. Medina Vaquerizo<sup>b</sup>, J. Romero Gómez<sup>c</sup>, C. Arean Cuns<sup>d</sup>, C. Galvan<sup>e</sup>, J. Ortiz<sup>f</sup> y P. Redondo Bellón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. <sup>b</sup>Clínica Universidad de Navarra. Madrid. <sup>c</sup>Clínica Dermatológica Romero y Medina. Málaga. <sup>d</sup>Hospital Quirón Málaga. <sup>e</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. <sup>f</sup>Departamento de Dermatología. <sup>g</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>h</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Antecedentes y objetivos.** En julio de 2021 realizamos el segundo viaje del Proyecto Quirúrgico DerMalawi centrado en la población albina, con los objetivos de: 1. Registrar pacientes albinos para seguimiento y educación 2. Tratar cáncer cutáneo. Presentamos 2 casos representativos.

**Métodos.** Mediante Tele Dermatología con colaboradores locales organizamos las consultas y cirugías. Cinco dermatólogos trabajamos durante 7 días, formando a 3 locales. Los pacientes complejos se realizaron en el Hospital Kamuzu (Lilongwe), con la colaboración de anestesiólogos. Las biopsias se analizaron en España. El seguimiento

se realiza mediante Tele Dermatología y en diferentes viajes del proyecto. Los misioneros de San Pablo Apóstol y colaboradores locales de instituciones sanitarias son fundamentales. Financiación: Cantabria Labs ha construido el consultorio y quirófano que empleamos en el Hospital Alinafe (Nkhokotakota) y Beca Dermatólogos desde el Corazón (la Roche Posay).

**Resultados.** *Caso 1.* Varón albino con persistencia tumoral de un carcinoma basocelular en párpado inferior izquierdo. Médicos malawís desestiman realizar más tratamientos. Bajo anestesia general, se extirpa la lesión, ocasionando un defecto total del espesor del párpado. Reconstrucción: colgajo de transposición digitiforme de piel adyacente a los surcos nasofacial y nasogeniano, labrado en un plano profundo y adaptado a la morfología del defecto. Biopsia: carcinoma basocelular nodular que contacta focalmente con un margen de resección lateral. *Caso 2.* Mujer albina con carcinoma basocelular en párpado inferior derecho afectando al tercio interno en todo su espesor; se extirpa bajo anestesia general. Reconstrucción: combinación de un colgajo de transposición del párpado superior y un colgajo de rotación de la piel inferior al defecto. Biopsia: carcinoma basocelular infiltrante extirpado en su totalidad.

**Conclusiones.** Presentamos 2 casos de pacientes albinos malawís con carcinomas basocelulares en párpado inferior que no iban a recibir tratamiento y fueron intervenidos con resultados satisfactorios. Los abordajes difieren del tratamiento idóneo en nuestro medio (cirugía de Mohs, tratamiento neoadyuvante...) y están adaptados a las condiciones y posibilidades. La educación y el dificultoso seguimiento estrecho de estos pacientes de alto riesgo son fundamentales y constituyen nuestro verdadero reto.

### P20. ALTERNATIVA DE CIERRE DE GRAN DEFECTO EN ANTEHÉLIX TRAS EXTIRPACIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR

F. Alarcón Soldevilla, C. Campoy Carreño, J. Pardo Sánchez, F. Allegue Gallego, J. Ruffin Villaoslava, T.A. Hernández Gómez y Á. López Avila

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora del Rosell. Cartagena (Murcia). España.

Presentaremos una alternativa al cierre de defecto tras extirpación de tumor en antehélix de oreja izquierda mediante un colgajo de transposición retroauricular tunelizado para la reconstrucción de defectos de la cara anterior del pabellón auricular. Donde habitualmente se procede a sutura directa, los injertos, el cierre por segunda intención y los colgajos de pedículo retroauricular tipo "en puerta giratoria" o tunelizaciones de colgajos preauriculares, decidimos realizar un colgajo de transposición retroauricular y lo situamos en el defecto a través de una incisión en la cara posterior del antehélix desepitelizando la superficie que queda interpuesta en el área auricular suturando con seda la plastia y la región retroauricular recortando el pedículo que alimentaba el colgajo a las 3 semanas con un muy buen resultado estético posterior.

### P21. RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL DEL LABIO INFERIOR CON UNA MODIFICACIÓN EN LA TÉCNICA DEL COLGAJO EN ABANICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M.<sup>a</sup> Dorado Fernández, E. Vargas Laguna, N. Silvestre Torner, J. Román Sainz, F. Gruber Velasco, B. Romero Jiménez, A. Imbernón Moya, S. Tabbara Carrascosa y M. Martínez Pérez

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

**Introducción.** La mayor parte de los defectos del labio inferior se deben a la resección de un carcinoma epidermoide en el mismo. El factor más importante para determinar el método de reconstruc-

ción es el tamaño del defecto del labio inferior, ya que para defectos pequeños pueden emplearse cierres primarios o colgajos sencillos. Sin embargo, la reconstrucción de defectos grandes que incluyen la totalidad o casi la totalidad de este es muy desafiante. Presentamos dos casos en los que empleamos una modificación del colgajo en abanico (fan flap o colgajo de Gillies) para una reconstrucción casi total del labio inferior.

**Métodos.** Después de la resección del tumor, se determina el tamaño exacto del defecto. Al tratarse de defectos de más del 80% del labio inferior, se planea la reconstrucción con un colgajo en abanico extendido. El colgajo se marca comenzando desde el labio superior hacia el lateral de la base alar. Los márgenes laterales del colgajo discurren a lo largo del pliegue nasolabial y el borde mandibular. El ancho y la longitud del colgajo se diseñaron de acuerdo con el tamaño del defecto. Luego, se eleva todo el colgajo, incluido el grosor total del labio y la mejilla. La disección del borde inferior del colgajo debe realizarse con cuidado para identificar la arteria facial. Una vez elevado el colgajo, se suturan la mucosa, los músculos y la piel. Para redefinir la unión mucocutánea del labio inferior y reparar el defecto de la mucosa, se utilizó en el caso número 1 una matriz bicapa de colágeno y silicona, y en el caso número 2 un injerto de mucosa yugal contralateral. El colgajo en abanico extendido unilateral que se diseñó en nuestras pacientes fue suficiente para salvar el defecto quirúrgico, y con ello conseguimos conservar una de las comisuras. En ambas pacientes se objetivó una microstomía leve resultante de la cirugía, aunque la abertura de la boca fue suficiente para comer y usar la dentadura postiza, y no se identificaron complicaciones a corto o largo plazo.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el colgajo en abanico extendido modificado es una opción con buenos resultados estéticos y funcionales para defectos del labio inferior totales y casi totales.

## P22. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO AMPLIO DE ESPESOR TOTAL EN ALA NASAL MEDIANTE COLGAJO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO DE SURCO NASOGENIANO Y COLGAJO EN HACHA GLABELAR

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

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

**Introducción.** Presentamos un caso de reconstrucción compleja de defecto de espesor total (piel, cartílago, mucosa) en mitad anterior de ala nasal tras extirpación de carcinoma basocelular expansivo. Se realizó reconstrucción compleja mediante colgajo de pedículo subcutáneo de surco nasogeniano y colgajo en hacha glabelar.

**Caso clínico.** Paciente de 73 años con antecedentes personales de HTA, DL, DM y cardiopatía isquémica revascularizada, y en tratamiento con insulina, ADIRO, amlodipino, atorvastatina, bisoprolol y metformina/vildagliptina, que acude a consulta por crecimiento progresivo de placa perlada en ala nasal derecha en los últimos 9 meses, así como pápula similar en zona supralabial derecha. Se realiza extirpación mediante cirugía micrográfica de Mohs, con defecto que se puede observar tras el segundo pase, y resultando libre de tumor al tercer pase. Se decide reconstrucción mediante colgajo en hacha glabelar para cobertura de la zona medial del defecto y colgajo de pedículo subcutáneo de surco nasogeniano derecho para cobertura de parte lateral de defecto, con resultado inmediato.

**Evolución.** - La primera y segunda cura realizadas a los 7 y 12 días, respectivamente, mostraron necrosis parcial en el borde distal del colgajo.

- A los 18 días tras la cirugía se procedió a la sección del pedículo, y desbridamiento de la zona necrótica.
- Tras realizar sutura de la zona de escotadura secundaria a necrosis, los resultados a los 9 meses tras la cirugía inicial son muy satisfactorios.

**Conclusiones.** Consideramos de elección la reconstrucción de defectos amplios de espesor total en ala nasal mediante colgajo de pedículo subcutáneo de surco nasogeniano, siendo más conservador respecto a las unidades anatómicas y mejor tolerado por el paciente en comparación con el colgajo medio frontal.

## P23. IMPACTO DEL COVID19 EN LA CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 695 PACIENTES

M. González Cañete, A. Rodríguez-Villa Lario, D. Vega Díez, E.L. Pinto Pulido, S. Medina Montalvo, E. Sánchez Gómez-Aparici, I. Polo Rodríguez y L. Trasobares Marugán

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

**Introducción.** En el último año, debido a la pandemia SARS-Cov-2, la actividad quirúrgica en la inmensa mayoría de los servicios de dermatología de España se ha visto modificada, y como consecuencia ha sido necesaria la implementación de protocolos de manejo perioperatorio para garantizar la seguridad de los pacientes y profesionales sanitarios.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo sobre el impacto del COVID19 en la actividad quirúrgica que incluye a 695 pacientes programados para cirugía dermatológica entre mayo y noviembre de 2020. Los criterios de inclusión fueron: cirugía programada en nuestro centro, consentimiento verbal y la mayoría de edad. Entre los datos recogidos destaca: las características demográficas y patología quirúrgica de los pacientes, la realización y resultados de pruebas para la detección de COVID19 y la necesidad de reprogramación de los quirófanos. Además, se ha realizado un cuestionario telefónico para evaluar si la pandemia ha supuesto una preocupación añadida a la intervención.

**Resultados.** La muestra está conformada por un 50,2% de hombres y un 49,8% de mujeres con una edad media de 61,34 años. El 37,7% tenía un diagnóstico clínico prequirúrgico de carcinoma basocelular, el 22,8% de nevus displásico, el 12,6% de carcinoma epidermoide, el 12,3% de otros tumores epidérmicos, el 9,5% de "otros", el 3% de tumores mesenquimales y el 2,2% melanoma. Se realizó PCR-RT a todos los pacientes, de los cuales 6 fueron positivos y serología a 172 (debido a cambio de protocolo prequirúrgico en julio) de los cuales 19 obtuvieron un resultado positivo para IgM y 29 para IgG. Se tuvieron que reprogramar 16 inclusiones a quirófano (2,7% del total de las intervenciones), 13 por pruebas positivas y 3 por sintomatología compatible con COVID19. El tiempo medio de retraso fue de 26,9 días. Por otro lado, en cuanto al impacto psicológico, hasta un 38% de los pacientes sintieron una preocupación sobreañadida por la pandemia en el contexto de su cirugía.

**Conclusiones.** Hoy en día la pandemia COVID19 sigue alterando la actividad quirúrgica programada, retrasando considerablemente, en algunos casos, el tratamiento quirúrgico de patología oncológica. Además, sigue teniendo un impacto psicológico negativo en un número no desdeñable de nuestros pacientes, aumentando su preocupación con respecto a la cirugía dermatológica.

## P24. EXPERIENCIA REAL EN EL USO DE SUERO SALINO FISIOLÓGICO COMO DILUYENTE DEL FENOL: SERIE DE 37 CASOS

J. Espiñeira Sicre, L. García Fernández, L. Beas Porcel y J.D. Miralles Botella

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante (Alicante). España.*

**Antecedentes y objetivo.** La onicocriptosis es una enfermedad producida por el crecimiento de la placa ungueal en la piel periun-

gual, causando inflamación e infección y a largo plazo formación de tejido de granulación y deformidades en la uña. Las posibilidades terapéuticas engloban medidas generales, tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico. La matricectomía química con fenol es la técnica quirúrgica que ha demostrado un mejor resultado global en cuanto a recidivas y postoperatorio quirúrgico. Hasta la fecha, se recomendaba el uso de alcohol como diluyente entre cada fenolización. Sin embargo, la evidencia reciente ha concluido mediante estudios *in vitro* que el suero salino fisiológico tiene mejor capacidad para diluir el fenol y resulta más inocuo que el alcohol. El objetivo del estudio es demostrar la experiencia *in vivo* del uso de suero salino fisiológico como diluyente del fenol y su influencia en el postoperatorio.

**Métodos.** Se recogieron un total de 37 pacientes con onicocriptosis e indicación quirúrgica intervenidos entre agosto del 2020 y septiembre 2021 en los que se realizó lavado con suero salino fisiológico entre fenolizaciones y se recogió la incidencia de infección y sangrado, así como la evolución del dolor postoperatorio, medido mediante la EVA, en los días 3, 7, 30 y 180. También se recogió la necesidad de uso de antibioterapia postoperatoria y la aparición de recidivas los días 30 y 180.

**Resultados.** De los 37 pacientes incluidos, el 5,4% tenía onicocriptosis en estadio I y el 48,6% y el 45,9% en estadios II y III, respectivamente. El 10,8% presentaba infección basal en el momento de la intervención y, a lo largo del seguimiento, ningún paciente presentó infección a los 3 días, y 6 (16,7%) y 5 (14,7%) pacientes la presentaron en los días 7 y 30. No se produjo sangrado en ningún paciente y la evolución del dolor postoperatorio fue de una EVA basal media de 7 a una EVA media de 2, 1 y 0 en los días 3, 7 y 30. El 26,5% precisaron el uso de antibioterapia en el postoperatorio. Respecto a las recidivas, existieron un total de 4 (12,5%; n = 32) y una (10%; n = 10) los días 30 y 180, respectivamente.

**Conclusión.** El uso de suero salino fisiológico como diluyente del fenol tiene buenos resultados tanto en el postoperatorio como en la aparición de recidivas. Debe comprobarse con más estudios si los resultados son superiores al alcohol o inferiores.

## P25. COLGAJO GLÚTEO BILATERAL: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TRAS EXTIRPACIÓN DE CARCINOMA VERRUCOSO LUMBOSACRO

S. Becerril Andrés, L. Revelles Peñas, M. Martins Lopes, C. Román Curto, V. Velasco Tirado y A. Romo Melgar

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma verrucoso es una variante poco común del carcinoma de células escamosas de bajo grado y bien diferenciado. Es un tumor exofítico de crecimiento lento, localmente agresivo pero con potencial metastásico muy bajo y displasia mínima. Se observa con mayor frecuencia en mucosas, aunque cualquier zona de la piel puede verse afectada, especialmente sobre úlceras crónicas o piel dañada. El tratamiento de elección es la cirugía radical, aunque algunos autores han propuesto la radioterapia para lesiones pequeñas.

**Métodos.** Paciente de 57 años intervenido por espina bífida que presenta una úlcera de presión de 7 × 5 cm de 20 años de evolución en región lumbosacra. En los últimos meses ha desarrollado una masa exofítica y maloliente sobre dicha úlcera, por lo que se deriva a Dermatología. Se toma una biopsia que muestra una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, necrosis epidérmica y áreas focales altamente sugestivas de carcinoma epidermoide verrucoso. Con este diagnóstico se incluye en lista de espera quirúrgica y se realiza TC abdominopélvica, SPECT-TC y gammagrafía con Ga<sup>67</sup>, que descartan afectación profunda o metástasis. Se decide extirpación de la lesión y cierre del defecto de forma directa. A los pocos días se produce una dehiscencia de la herida quirúrgica. En un segundo tiempo

quirúrgico se realiza refrescamiento de la herida quirúrgica y reconstrucción del defecto mediante doble colgajo de rotación de pedículo superior y se colocan dos drenajes tipo Redon.

**Resultados.** La biopsia del área extirpada confirmó la resección completa con márgenes libres de tumor. El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio y permanece libre de enfermedad.

**Conclusiones.** La cirugía radical se considera el tratamiento de elección del carcinoma verrucoso. Algunos autores han propuesto la radioterapia para lesiones pequeñas, sin embargo existe un potencial riesgo de transformación anaplásica. En nuestro paciente, la dimensión de la masa tumoral restringió las opciones a la cirugía y los colgajos miocutáneos de glúteos fueron la opción más adecuada. Creemos que en pacientes con afectación de glúteos, independientemente de la extensión del tumor, debe considerarse la cirugía como tratamiento de primera elección, ya que la reconstrucción de la zona extirpada es segura, eficaz y no supone una comorbilidad excesiva para el paciente.

## P26. UTILIDAD DEL COLGAJO EN TIBURÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL ALA NASAL

N. Naranjo Guerrero, P. Díaz Morales, Á. García Miñarro, G. Suárez Mahugo, A. Felipe Robaina, E. Castro González, P. Hernández Fernández, S. Herrera Rodríguez y G. Carretero Hernández

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

**Introducción y objetivo.** El colgajo en tiburón o “shark” fue descrito en 2006 por Cvancara y Wentzell como alternativa para la reconstrucción de defectos secundarios a neoplasias cutáneas que afecten a la región alar y perialar. Se trata de una variante del clásico colgajo en isla que asocia, además del movimiento de avance, uno de rotación en su porción distal que permite recrear la forma cóncava del surco alar. Presentamos una serie de siete pacientes intervenidos por nuestro servicio de lesiones tumorales en región perialar con el objetivo de recordar esta técnica quirúrgica.

**Resultados y descripción de la técnica.** En todos los casos el defecto se localizaba en el ala nasal, con un tamaño aproximado de 0,5-1,5 cm, adyacente al surco perialar, sin afectar al borde libre. El óptimo resultado funcional y estético final radica en un buen diseño previo. La porción distal será la encargada de sustituir el defecto primario mediante un movimiento de rotación de 90°. Por ello, la longitud de esta parte del colgajo (“hocico de tiburón”) debe coincidir con la medida que existe desde la localización original del surco alar hasta la pared medial del defecto primario. La unión de esta porción distal con el resto de cuerpo del colgajo reproducirá la morfología del surco alar. En ningún paciente se produjo necrosis del colgajo, dehiscencia de las suturas ni infección. En todos ellos el resultado funcional fue excelente sin colapso de las narinas. El resultado estético en general fue bueno, produciéndose en dos casos una asimetría orificial leve, en uno una mínima disminución del tamaño y en otro un aumento de este por retracción del ala.

**Discusión y conclusión.** El colgajo “en tiburón” fue descrito inicialmente como un colgajo pedículo-miocutáneo. Sin embargo, tal y como se describe en artículos posteriores y, en nuestra experiencia, la realización de este con pedículo subcutáneo resulta más sencilla y con resultados similares. Como limitación, su uso para defectos secundarios de gran tamaño podría condicionar una retracción del ala nasal. En nuestra experiencia el colgajo en tiburón es una buena alternativa de reconstrucción para lesiones que comprometan el surco alar, permitiendo reproducir su morfología con un excelente resultado funcional y un buen resultado estético.

## P27. LA RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO SUPERIOR, UN RETO TERAPÉUTICO

C. Couselo-Rodríguez, B. González-Sixto, J.C. Feal-Cortizas, M.T. Abalde-Pintos, M. Oro-Ayude, A. Ramírez-Santos, D. Soto-García, S. Martínez-Fernández, R. Gutiérrez-Mere y Á. Flórez

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

**Introducción.** Los párpados son estructuras anatómicas complejas, se dividen en lamela anterior (piel y músculo orbicular) y posterior (tarso y conjuntiva palpebral). La reconstrucción va a estar determinada por el tamaño del defecto tras la exéresis con márgenes adecuados al tipo de tumor y las estructuras anatómicas afectadas. Presentamos tres casos en los que el defecto quirúrgico final afectaba únicamente a lamela anterior.

**Caso 1.** Mujer de 73 años con lentigo maligno de 15 × 5 mm en párpado superior izquierdo. Se realizó exéresis completa con márgenes de 5 mm y cierre mediante colgajo de transposición de párpado inferior (colgajo de Tripiet inverso).

**Caso 2.** Varón de 71 años con carcinoma basocelular infiltrativo persistente en región interna de párpado superior derecho. Se realizó cirugía de Mohs, obteniéndose aclaramiento tumoral tras tres pases y un defecto resultante de 40 × 35 mm. Se reconstruyó mediante colgajo de transposición glabellar.

**Caso 3.** Varón de 75 años con recidiva de carcinoma basocelular infiltrativo en párpado superior derecho. Se realizó exéresis mediante cirugía de Mohs con márgenes libres tras cuatro pases, obteniendo un defecto final de 40 × 25 mm. Se realizó cierre con injerto de espesor total de región claviclar.

**Discusión.** La cirugía oncológica del párpado superior supone un reto terapéutico. Cuando el defecto quirúrgico es menor del 25% del párpado, la reconstrucción puede realizarse mediante cierre directo. Si el defecto es mayor e incluye solo lamela anterior nos encontramos con diferentes opciones disponibles, entre las cuales se encuentran las descritas, el colgajo de avance bilateral (colgajo en H) o el injerto cutáneo de párpado contralateral. En cambio, si el defecto es mayor del 25% del párpado e incluye lamela posterior, deberíamos recurrir a reconstrucciones más complejas: colgajo miocutáneo si no precisa soporte estructural o colgajo tarso-conjuntival si lo precisa. Para finalizar, remarcar que si bien el principal objetivo de la cirugía oncológica es obtener una exéresis completa del tumor, por las características funcionales de los párpados, y porque la simetría con el párpado contralateral tiene relevancia estética, la cirugía en esta área anatómica supone uno de los principales retos para los dermatólogos.

## P28. HEMORRAGIA AGUDA POSQUIRÚRGICA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON IBRUTINIB

A. Llull Ramos<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, N. Izquierdo Herce<sup>a</sup>, J. Garcias Ladaria<sup>a</sup>, V. Camino Cinto<sup>b</sup> y L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El ibrutinib es un inhibidor de primera generación de la tirosina kinasa de Bruton utilizado en trastornos hematológicos como la leucemia linfática crónica (LLC), que favorece la aparición de hemorragias. Presentamos el caso de un paciente con sangrado posquirúrgico agudo por la toma de ibrutinib.

**Caso.** Paciente de 79 años, hipertenso, diabético, dislipidémico y con LLC. Se realizó la exéresis de un carcinoma basocelular en la mejilla izquierda con cirugía de Mohs y bajo anestesia local, reconstruyéndose el defecto mediante un colgajo de avance rotación de Mustardé. A la mañana siguiente, acudió a urgencias por un sangrado activo de la zona del colgajo, asociado a un hematoma facial y de parte del cuello. Se reintervino al paciente, descartándose la

presencia de un vaso sangrante y observándose un sangrado en sábana que se intentó coagular sin éxito, por lo que se colocó un drenaje. Al recolocar el colgajo, quedó un defecto que se cubrió con un injerto de piel parcial. Se advirtió que el paciente realizaba ciclos de ibrutinib desde 2016 para el tratamiento de su LLC, que no constaba en la receta electrónica. El fármaco se suspendió de inmediato y se transfundieron concentrados de plaquetas a diario, disminuyéndose el sangrado a lo largo de los días y cesando completamente a la semana. El resultado estético fue aceptable, aunque persistió un ectropión y una parálisis facial izquierda.

**Discusión.** La mayoría de las hemorragias por ibrutinib son de bajo grado y espontáneas. Poco se recoge en la literatura en cuanto a sangrados posquirúrgicos por este fármaco. El ibrutinib altera la agregación plaquetaria, inhibiendo el colágeno y el factor de Von Willebrand. El efecto se revierte totalmente en un máximo de 7 días. Ante un sangrado en un paciente con este tratamiento se debe valorar la suspensión del fármaco y la transfusión de plaquetas (asocie o no trombopenia). Deben revisarse también fármacos que puedan causar interacciones y realizar las medidas de soporte necesarias. En una intervención quirúrgica de un paciente con ibrutinib se recomienda suspender el fármaco entre 3 y 7 días antes y después de la cirugía, valorando el potencial riesgo de sangrado. Además, es conveniente demorar la cirugía tras los 3 meses del inicio de la toma de ibrutinib, por ser más frecuentes los eventos hemorrágicos entre los 3 y 12 meses del inicio del fármaco.

## P29. COLGAJO TUNELIZADO EN PUERTA GIRATORIA PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN PABELLÓN AURICULAR

M. Pozuelo Ruiz<sup>a</sup>, J. Sánchez Arraez<sup>a</sup>, C. Abril Pérez<sup>a</sup>, R.D. Palacios Díaz<sup>a</sup>, M. Mansilla Polo<sup>a</sup>, D. Martín Torregrosa<sup>a</sup>, B. Escutia Muñoz<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari i Politecnic la Fe. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El pabellón auricular es un lugar habitual de aparición de lesiones tumorales por daño actínico, requiriendo en muchas ocasiones exéresis complejas y opciones de cierre condicionados por la anatomía de la zona. El colgajo en puerta giratoria es una de las mejores alternativas de reconstrucción, especialmente tras cirugía de Mohs, con excelentes resultados estéticos y mínimo riesgo de complicaciones.

**Métodos.** Se realiza un estudio descriptivo mediante revisión retrospectiva de historias clínicas, iconografía e informes quirúrgicos y de evolución posquirúrgica de pacientes de nuestro servicio, intervenidos con esta técnica tras exéresis de carcinomas basocelulares y espinocelulares.

**Resultados.** Excelentes resultados estéticos y funcionales en todos los pacientes intervenidos y sin complicaciones posquirúrgicas.

**Conclusiones.** El colgajo en puerta giratoria es un método de cierre de elección en defectos en pabellón auricular, especialmente en la concha.

## P30. COLGAJO DE AVANCE MUCOMIOTÁNEO EN CIRUGÍA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LABIO INFERIOR

J.Á. Rodríguez Pozo, M. Sánchez Díaz, P. Díaz Calvillo, T. Montero Vílchez, A. Martínez López y S. Arias Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

El labio es una unidad anatómica de especial relevancia dada su función como entrada a los sistemas respiratorio y digestivo tanto como por sus implicaciones cosméticas y sociales. Además, suele

ser asiento de una variedad de neoplasias entre las que hay que destacar por su frecuencia e importancia el carcinoma espinocelular. La exéresis quirúrgica con márgenes constituye el tratamiento gold-standard del carcinoma espinocelular de labio. Dada la complejidad anatómica de esta estructura y la necesidad de asegurar un buen resultado final tanto funcional como estético, existen varias técnicas de reconstrucción del defecto ocasionado tras la extirpación tumoral. Una de las más utilizadas es el colgado de avance mucomiocutáneo. En esta comunicación presentamos el caso de 2 pacientes de 85 años sin antecedentes personales de cáncer de piel que consultaron por presencia de un tumor hiperqueratósico de crecimiento rápido de 1 y 3 meses de evolución. Con la sospecha clínica de carcinoma epidermoide se extirparon las lesiones con 1 cm de margen y se realizó reconstrucción con un colgajo de avance mucomiocutáneo. En ambos casos, el resultado funcional y estético fue óptimo, confirmándose histológicamente el tumor a posteriori y lográndose márgenes quirúrgicos libres de neoplasia. Se realizó seguimiento durante un año, durante el cual no se objetivaron complicaciones significativas ni recidiva tumoral. Estos casos apoyan la hipótesis de que el colgado de avance mucomiocutáneo puede representar una opción terapéutica aceptable en el tratamiento de carcinoma epidermoide de labio inferior.

### P31. EMPLEO DE MATRIZ DÉRMICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO POSTERIOR A LA RESECCIÓN DE UN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN REGIÓN RETROAURICULAR

Á. Sánchez Leiro, J.P. Tirado Pérez, B. Ruz Portero, T. Benítez Fernández, R. Barros-Tornay, T. Ojeda Vila y D. Moreno-Ramírez

*Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia cutánea fibrohistiocitaria poco frecuente con gran capacidad de infiltración local y elevada tendencia a la recidiva. El tratamiento estándar del DFSP consiste en la resección quirúrgica con control microscópico de los márgenes de resección. Debido a este crecimiento indolente es frecuente que la cirugía completa del DFSP se acompañe de defectos quirúrgicos amplios de difícil reconstrucción.

**Objetivo.** Describir la técnica quirúrgica de reconstrucción de un defecto secundario a la exéresis de un DFSP retroauricular mediante el empleo de una matriz dérmica e injerto de piel total.

**Material y método.** Hombre de 70 años sin antecedentes clínicos relevantes que consulta por una lesión nodular retroauricular derecha de más de 10 años de evolución. Con el diagnóstico anatomopatológico de DFSP mediante una biopsia incisional se procede a la extirpación completa con control microscópico de los márgenes de resección mediante procesamiento en parafina y reconstrucción diferida del defecto. Durante la resección del tumor se requiere fresado de la superficie del hueso mastoide lo que conlleva la pérdida de periostio e imposibilidad de reconstrucción mediante injerto directo. Después de confirmar la resección completa del tumor, se procedió a la cobertura del defecto con una matriz dérmica (Integra) e injerto laminar.

**Resultado.** La reconstrucción del defecto quirúrgico con exposición de hueso desperiostizado mediante una matriz dérmica e injerto laminar ha proporcionado un resultado funcional adecuado, sin recidiva local después de un año de seguimiento.

**Conclusión.** El uso de matriz dérmica es una opción a considerar para la reconstrucción de defectos quirúrgicos secundarios a la exéresis de tumores con alta capacidad de infiltración local ya que permite la identificación precoz de posibles recidivas locales al mismo tiempo que proporciona una cobertura funcionalmente adecuada.

### P32. HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA TOTAL O SUBTOTAL DE LA UNIDAD ANATÓMICA

T. Ojeda Vila, A. Fernández-Orland, L. Ferrándiz-Pulido, T. Benítez Fernández y D. Moreno-Ramírez

*Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica cuyo abordaje terapéutico requiere una estrategia médico-quirúrgica. La gravedad de la afectación, el número de localizaciones afectadas y el impacto sobre la calidad de vida son factores habituales para la toma de decisiones en el paciente con HS grave. A pesar de contar con tratamientos médicos convencionales y biológicos, la HS continúa representando una enfermedad con alto impacto sobre la función y calidad del paciente.

**Objetivo.** Evaluar el resultado clínico y la calidad de vida de los pacientes con HS grave localizada a una o dos regiones anatómicas tratados mediante cirugía total o subtotal de la unidad anatómica. Como conclusiones del estudio se revisarán la técnica quirúrgica y el posicionamiento actual de la cirugía radical en el algoritmo terapéutico de la HS.

**Metodología.** Cohorte de pacientes con HS Hurley III limitada a una o dos regiones anatómicas (axila, ingle, perineo-glútea) tratados mediante cirugía de la unidad anatómica total o subtotal. Las variables de resultados fueron la frecuencia de recaída locorregional y medida de calidad de vida posterior al tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** Durante el período de estudio se incluyeron un total de diez pacientes con HS Hurley III con afectación total o subtotal de la axila (50%), ingles (40%) e inguinoescrotal (10%). El 70% de los pacientes fueron tratados mediante exéresis completa de la unidad anatómica (axilas) y el 30% mediante exéresis subtotales de la unidad anatómica (escrotal, glútea, inguinal). Durante el período de seguimiento ningún paciente ha presentado recaída locorregional de la HS y en todos los casos la intervención se acompañó de una calidad de vida percibida por el paciente óptima.

**Conclusiones.** La cirugía radical de la unidad anatómica total o subtotal es una opción terapéutica que proporciona control local de la enfermedad así como mejoría de la calidad de vida del paciente con HS grave. Esta opción quirúrgica puede considerarse una opción adecuada en pacientes con HS grave localizada en una o dos regiones anatómicas susceptibles de tratamiento quirúrgico, principalmente las axilas o la ingle.

### P33. CIRUGÍA CONSERVADORA RADIOGUIADA DEL PACIENTE CON METÁSTASIS GANGLIONAR DE MELANOMA. PRUEBA DE CONCEPTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATORIO DE LA COHORTE MELCONSURG

M.Á. Duarte Ferreras<sup>a</sup>, A. Fernández-Orland<sup>a</sup>, T. Ojeda Vila<sup>a</sup>, P. de la Riva<sup>b</sup>, T. Cambil<sup>b</sup>, L. Ferrándiz Pulido<sup>a</sup>, R. Botella Estrada<sup>c</sup>, D. Moreno-Ramírez<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. <sup>b</sup>Unidad de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.*

**Introducción.** En el escenario terapéutico actual del paciente con metástasis ganglionares de melanoma la resección quirúrgica de las metástasis continúa considerándose el tratamiento de primera línea en tumores reseccables. No obstante, debido a que la extensión de la disección no ha demostrado mejorar la supervivencia y que existen regímenes de adyuvancia más eficaces, la cirugía conservadora podría representar una opción terapéutica para estos pacientes. La cohorte MelConSurg es un estudio prospectivo multicéntrico

que pretende evaluar el resultado oncológico y la seguridad de la cirugía conservadora del paciente con metástasis ganglionar de baja carga.

**Objetivo.** Describir el procedimiento y analizar los resultados oncológicos y seguridad de pacientes con metástasis ganglionar de melanoma tratados mediante cirugía conservadora siguiendo el procedimiento de la cohorte MelConSurg.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes con melanoma estadio III de baja carga intervenidos en el Hospital Universitario Virgen Macarena mediante cirugía conservadora siguiendo el protocolo MelConSurg. En los pacientes incluidos se procedió al marcaje de los ganglios patológicos mediante la inserción ecoguiada de semillas radiactivas. Durante la intervención se procedió al mapeo y radioguía mediante gammasonda hasta identificar los ganglios marcados y proceder a su disección para estudio patológico, preservando en la región ganglionar el resto de ganglios no patológicos. En los pacientes intervenidos se evaluó la factibilidad del procedimiento, complicaciones quirúrgicas, análisis patológico y por imagen de las regiones tratadas. Estos resultados sirvieron como prueba de concepto previa al inicio del reclutamiento de la cohorte MelConSurg.

**Resultados.** Durante el período de estudio piloto y prueba de concepto un total de 5 pacientes fueron intervenidos mediante el procedimiento de marcaje radiactivo y disección conservadora radioguiada de los ganglios patológicos. En el 100% de los pacientes se extrajeron los ganglios marcados mediante una incisión limitada, en régimen de cirugía mayor ambulatoria y sin complicaciones durante el período operatorio y postoperatorio inmediato. La totalidad de los pacientes iniciaron inmunoterapia adyuvante siguiendo las indicaciones actuales de las guías de práctica clínica aceptadas.

**Conclusiones.** La cirugía conservadora radioguiada de los pacientes con metástasis ganglionares de baja carga puede representar una opción terapéutica segura y que proporcione control regional de la enfermedad sin un impacto desfavorable sobre la supervivencia global. La cohorte MelConSurg permitirá conocer la seguridad y resultado oncológico de este procedimiento en base a un tamaño muestral amplio y un seguimiento prolongado.

### P34. VERSATILIDAD DE USO DE LOS COLGAJOS EN ISLA TUNELIZADOS

G. Romero Aguilera, M.<sup>a</sup> Rogel Vence, F. Moro, M. Carmona Rodríguez, A. López Valle, C. Mendoza Chaparro y P. Sánchez Caminero

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

**Introducción.** Los colgajos en isla tunelizados son una variante de los colgajos en isla convencionales. Permiten reparar grandes defectos faciales, donde confluyen diversas unidades anatómicas, en un tiempo. Requieren destreza resolviendo casos complejos con buenos resultados estéticos y funcionales. Revisamos casos en diferentes localizaciones.

**Métodos.** Revisamos casos operado en nuestro servicio. Procedimiento quirúrgico: 1. Diseño de isla cutánea de forma y tamaño similar al defecto a reparar y en área cercana no adyacente. 2. Incisión y labrado de la isla preservando subcutáneo, con un pedículo preferiblemente incluyendo músculo, con longitud que alcanza el defecto. Vascularización aleatorizada o con menos frecuencia pedículo arteriovenoso (ecoguiado). El tallado puede ser subdérmico o incluir piel que se desepiteliza. 3. Labrado del túnel subcutáneo en la piel interpuesta. 4. La isla de piel se desplaza bajo el túnel y se sutura.

**Resultados.** Doce pacientes, 6 hombres y 6 mujeres, entre 70 y 92 años (media 78). Los AP cardiovasculares fueron la norma, 10 de 12 con HTA, 7 antiagregados y 2 anticoagulados. Se intervinieron

con anestesia tumescente, en 4 con sedación añadida. Todos fueron CBC, 7 nasales (dorso, punta y ala), 2 periorbitarios (subciliar y cantal interno) y 3 auriculares (fosa triangular, trago y concha). Tres casos recurrentes intervenidos con Mohs. Estudio histológico mostró bordes libres de tumor en todos los pacientes. Diámetro mayor del defecto entre 16 y 37 mm, media 22,5, con área entre 2,5 y 8,1 cm<sup>2</sup> media 4,4 cm<sup>2</sup>. Las complicaciones fueron leves y temporales, destacan efecto trapping (5), hemorragia posquirúrgica (2), necrosis superficial (un caso) y protrusión del pedículo. El resultado final cosmético y funcional (escala de Likert) para médico y paciente fue bueno o muy bueno en todos. Con un seguimiento de entre 4 y 66 meses, media 17, sin detectar ninguna recurrencia.

**Conclusiones.** Los colgajos en isla tunelizados son una variante del colgajo clásico en isla, que permite buenos resultados para la reconstrucción de defectos en canto medial ocular, dorso, punta y ala nasal, así como concha y fosa triangular auriculares. Son una forma eficaz de reparar defectos profundos y mayores de 2 cm de diámetro en localizaciones anatómicas complejas, con buenos resultados cosméticos y funcionales a pesar del frecuente efecto trampilla.

## Póster oncología

### P35. LESIONES GRANULOMATOSAS CUTÁNEAS. ¿INFECCIOSO, INFLAMATORIO O TUMORAL?

P. Rosés Gibert, J. Gimeno Castillo, A. Menéndez Parrón, R.M.<sup>a</sup> Escribano de la Torre, M.<sup>al</sup> Martínez González y Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava (País Vasco). España.*

**Introducción.** En ocasiones la patología dermatológica es compleja, y requiere largos seguimientos y repetición de exploraciones complementarias hasta alcanzar un diagnóstico.

**Caso clínico.** Mujer de 87 años con antecedentes personales de poliartritis seronegativa de 38 años de evolución en tratamiento con metotrexato y deflazacort. Consultó en 2018 por unas lesiones con histología sugestiva de rosácea granulomatosa. Poco después consultó por lesiones nodulares eritematosas en brazo derecho de meses de evolución. Se realizó una biopsia cutánea, objetivándose un infiltrado inflamatorio mixto dermo-hipodérmico con granulomas no necrotizantes. Se solicitó un cultivo de bacterias, hongos profundos y una PCR para micobacterias atípicas que resultaron negativas. Además, se realizó un estudio analítico completo incluyendo IGRA, que resultó normal. A lo largo de la evolución, continuaron apareciendo lesiones a pesar del tratamiento esteroideo y antibacteriano tópico. Tras valorar el caso con Anatomía Patológica, se valoró la opción diagnóstica de una infección micótica profunda, comenzándose tratamiento con terbinafina oral durante 2 meses. Ante el fallo terapéutico, se tomaron nuevas biopsias y se discutió nuevamente el caso en comité interdisciplinar donde se orientó como posible dermatitis granulomatosa intersticial y se empezó tratamiento con prednisona 60 mg/d. A las pocas semanas, la paciente presentó mejoría, pero al intentar suspender el tratamiento las lesiones cutáneas recidivaron. Se decidió repetir una biopsia, que fue valorada en un centro externo de referencia, informándose como desorden linfoproliferativo B polimorfo VEB positivo por metotrexato. Tras suspender el tratamiento con metotrexato, las lesiones comenzaron a remitir hasta la total resolución en este momento.

**Conclusiones.** Los procesos linfoproliferativos asociados a metotrexato son un grupo heterogéneo de proliferaciones linfoides que se desarrollan en pacientes con enfermedades autoinmunes trata-

dos con metotrexato. Presentamos este caso por su singularidad clínica y su difícil diagnóstico.

### P36. ADENOCARCINOMA DIGITAL PAPILAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Muñoz de Lucas<sup>a</sup>, C. Sarró Fuente<sup>a</sup>, J. Martín Alcalde<sup>a</sup>, G. Dradi Giulia<sup>a</sup>, M. Vela Ganuza<sup>a</sup>, F. Pinedo Moraleda<sup>b</sup>, R. Miñano Medrano<sup>a</sup> y J.L. López Estebanz<sup>a</sup>

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

**Introducción.** El adenocarcinoma papilar digital agresivo (ADPA) es un adenocarcinoma poco común de las glándulas sudoríparas, que se presenta casi exclusivamente como una masa solitaria en los dedos de las manos y los pies, con mayor frecuencia en hombres caucásicos entre la quinta y séptima década de la vida. En la mayoría de los casos existe un antecedente prolongado de enfermedad, ya que el ADPA puede simular afecciones benignas como un quiste ganglionar, infección de tejidos blandos, granuloma piógeno, paroniquia, hemangioma o tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, entre otros.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de adenocarcinoma digital papilar en una mujer de 50 años localizado en el tercer dedo de mano derecha y tratado quirúrgicamente y en seguimiento mediante observación clínica estrecha.

**Discusión.** El ADPA es un tumor cutáneo poco común de las glándulas sudoríparas, que afecta predominantemente las extremidades distales, y a menudo se presenta como un nódulo firme e indoloro en la superficie volar del dedo. Este tumor a menudo simula afecciones benignas, lo que retrasa el diagnóstico, siendo la biopsia fundamental para establecer el mismo. Debido a la alta tendencia a la recurrencia local y la metástasis, las guías actuales recomiendan para el manejo de ADPA el control local de la enfermedad mediante la escisión local amplia del tumor o la amputación del dedo, con largo seguimiento a largo plazo por recidiva o diseminación metastásica.

### P37. CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS SECUNDARIOS A TERAPIA DIANA EN MELANOMA

I. Navarro Navarro<sup>a</sup>, D. Jiménez Gallo<sup>a</sup>, M. <sup>a</sup>T. Fernández Morano<sup>a</sup>, I. Villegas Romero<sup>a</sup>, M. <sup>a</sup>I. Catalina Fernández<sup>b</sup> y M. Linares Barrios<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gestión Clínica Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Gestión Clínica Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Introducción.** Presentamos 4 casos de pacientes tratados con dabrafenib-trametinib (DT) y posterior cirugía, en los que el estudio histológico mostró escasa viabilidad de las células tumorales.

**Métodos.** Se estudiaron histológicamente 4 piezas quirúrgicas de pacientes con metástasis de melanoma inicialmente irresecables tratados con DT, que tras buena respuesta clínica y radiológica fueron sometidos a cirugía. Se estudió la presencia de fibrosis y necrosis, y se realizó estudio inmunohistoquímico con SOX10 para estudio de melanocitos viables y con CD68 para melanófagos.

**Resultados.** *Caso 1.* Una mujer de 74 años fue diagnosticada de melanoma lumbar con afectación cervical, supraclavicular, axilar y retropectoral derecha (estadio IIIC). Se inició DT con respuesta clínica completa. Tras 3 meses se realizó linfadenectomía de los territorios ganglionares afectos, mostrándose metástasis en 5 de 12 ganglios a nivel axilar con fibrosis (40%), necrosis (40%) y agregados de macrófagos (45%) con escasos melanocitos viables (1%). *Caso 2.* Un varón de 50 años, diagnosticado de melanoma escapular izquierdo estadio IIIC, presentó progresión metastásica axilar pese a adyuvancia con pembrolizumab. Se cambió a DT, realizándose

linfadenectomía axilar izquierda 2 meses después. Histológicamente mostró afectación en 2 de 28 ganglios, con necrosis, fibrosis, 90% de melanófagos y < 10% de melanocitos viables. *Caso 3.* Un varón de 42 años diagnosticado de melanoma pectoral izquierdo con bloque adenopático axilar izquierdo (estadio IIID) fue sometido a linfadenectomía axilar tras un mes de tratamiento previo con DT. La histología mostró metástasis en 3 de 29 ganglios, siendo en 2 de ellos con células tumorales aisladas. *Caso 4.* Una mujer de 68 años con historia de melanoma en pierna derecha fue desarrollando múltiples lesiones satélites hasta la irresecabilidad (estadio IIIC), iniciándose tratamiento con DT. Durante el seguimiento se extirpó una de las lesiones, mostrándose presencia de melanófagos sin evidencia de tumor.

**Conclusiones.** El uso de terapia diana en pacientes con melanoma BRAF+ irresecable o en el límite de la resecabilidad permite la rápida disminución del tamaño del tumor que puede facilitar una cirugía definitiva posterior. Asimismo, nos brinda una ventana de oportunidad para evaluar la respuesta terapéutica con el estudio histológico de la pieza de resección definitiva.

### P38. CARCINOSARCOMA PRIMARIO DE LA PIEL, UN TUMOR CON DOS CARAS

J. Román Sainz, B. Romero Jiménez, F. Gruber Velasco, N. Silvestre Torner, M. <sup>a</sup>Dorado Fernández, A. Imbernón Moya, S. Tabbara Carrascosa y E. Vargas Laguna

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

**Caso.** Varón de 93 años con antecedente de carcinoma basocelular en región preauricular izquierda extirpado 4 años antes, con afectación del borde profundo, que rechazó reintervención. En consulta de control se observa una placa de 4 cm de diámetro sobre la cicatriz de la intervención previa, con ulceración y sangrado asociados. Se realizó extirpación completa con márgenes de 3 mm. La anatomía patológica reveló una neoplasia maligna con 2 patrones: uno compuesto por células atípicas con diferenciación basaloide, y el otro con células fusiformes con abundantes mitosis, compatibles con sarcoma de alto grado. Debido a esta doble naturaleza epitelioide-mesenquimal el tumor fue diagnosticado de carcinosarcoma. El tumor afectaba márgenes laterales y profundos, y en la RMN se objetivó posible infiltración de conducto auditivo externo y pabellón auricular izquierdo, por lo que se decidió iniciar tratamiento con vismodegib, siendo retirado tras 3 semanas por mala tolerancia. Actualmente en tratamiento con radioterapia.

**Discusión.** El carcinosarcoma es un tumor maligno poco frecuente compuesto por elementos epiteliales y mesenquimales, que suele originarse en vísceras. A nivel de la piel hay menos de 130 casos descritos en la literatura de carcinosarcomas primarios, a menudo con mejor pronóstico que las variantes internas. Se trata de un tumor con naturaleza bifásica, para cuyo diagnóstico es preciso realizar una biopsia profunda, ya que una biopsia superficial podría revelar únicamente el componente epitelial. Hay descritas diferentes variantes en función de la naturaleza del componente epitelial, y su comportamiento local es más agresivo que los carcinomas basocelulares y epidermoides. La tendencia a la metástasis depende más del componente epitelial que del sarcomatoide, siendo mayor en los de estirpe epidermoide y excepcional en los de predominio basaloide. Dada la tendencia a la infiltración y recurrencia local es necesaria una extirpación con márgenes amplios. En resumen, presentamos un caso de un subtipo de tumor maligno de la piel poco frecuente, que dada su tendencia al crecimiento rápido y la infiltración local hace que habitualmente se requiera de realización de colgajos o injertos para su extirpación completa. Es importante llevar a cabo un diagnóstico temprano de esta entidad y una extirpación con márgenes amplios para evitar recidivas de esta entidad.

### P39. EXPERIENCIA CLÍNICA CON SONIDEGIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Casanova Esquembre, J. Lorca Spröhnle, F. Partarrieu Mejías, M. García-Legaz, R. Peñuelas Leal, C. Labrandero Hoyos, J.L. Sánchez Carazo y G. Pérez Pastor

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

Sonidegib es un inhibidor del receptor transmembrana Smoothened, de la vía de señalización de Hedgehog, indicado para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCLa), no susceptible a cirugía curativa ni a radioterapia, la dosis recomendada es de 200 mg de sonidegib, una vez al día, vía oral. El fármaco fue aprobado por la Food and Drug Administration y por la Comisión Europea tras la evaluación de la European Medicine Agency, en julio y agosto de 2015, respectivamente. Apareció como alternativa al uso de vismodegib (otro inhibidor del receptor transmembrana Smoothened) ofreciendo menor tasa de efectos adversos y similares resultados en eficacia, aunque sin existir estudios controlados que comparen ambos fármacos. Hemos recogido los paciente tratados con sonidegib de nuestro centro desde el año 2019 al 2021, con el objetivo de valorar respuesta clínica y tolerabilidad del mismo. Un total de 8 pacientes han sido seleccionados, recogiendo variables demográficas de los mismos, respuesta al tratamiento y efectos adversos. Tres pacientes tienen diagnóstico de síndrome de Gorlin. Dos pacientes con múltiples carcinomas basocelulares sin diagnóstico sindrómico y el resto con un CBCLa. Cinco de los 8 pacientes recibieron previamente vismodegib; hemos comparado la respuesta clínica y los efectos adversos de vismodegib y sonodegib en ellos. Todos los pacientes han respondido al tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes han sido alopecia, astenia, disgeusia y alteración del ritmo intestinal. Los pacientes que han recibido ambos inhibidores del receptor transmembrana Smoothened han presentado mayor tolerabilidad con menos intensidad de efectos adversos al tratamiento con sonidegib que con vismodegib. Los resultados son congruentes con los obtenidos en el ensayo clínico pivotal del fármaco (estudio BOLT). Sonidegib es una buena opción con buena respuesta clínica y aceptable tolerabilidad para pacientes con cáncer basocelular localmente avanzado, síndrome de Gorlin y múltiples carcinomas basocelulares.

### P40. CARCINOMA BASOCELULAR PALPEBRAL CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON VISMODEGIB

L. Fernández Domper, M. Ballesteros Redondo, S. Porcar Saura, M. Pons Benavent, V. Smith Ferrer y Á. Revert Fernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma basocelular (CBC) palpebral se trata habitualmente mediante cirugía, pudiendo realizar una cirugía micrográfica de Mohs para controlar los márgenes. No obstante, en los casos inoperables debido al tamaño, localización o enfermedad a distancia, el tratamiento con vismodegib resulta beneficioso. Describimos el caso de un CBC palpebral inoperable con buena respuesta a vismodegib neoadyuvante.

**Caso clínico.** Varón de 47 años que consultó por lesión en párpado inferior izquierdo. A la exploración presentaba una placa infiltrada, de superficie brillante y mamelonada, que ocupaba todo el borde libre del párpado inferior izquierdo. Se realizó una biopsia incisional y el estudio histológico fue compatible con CBC. Tras la discusión del caso en un comité multidisciplinar de tumores cutáneos, se declaró inoperable y se decidió iniciar tratamiento neoadyuvante con vismodegib para posterior resección completa mediante cirugía de Mohs. Se inició vismodegib 150 mg al día. En el control al mes de

tratamiento, el tumor había disminuido considerablemente de tamaño, sin efectos adversos.

**Discusión.** El CBC es la neoplasia más frecuente en poblaciones de piel clara. Los estudios de tejidos de pacientes con CBC esporádicos o síndrome de Gorlin han revelado que la vía de señalización Hedgehog (HH) es de gran importancia en la patogénesis del CBC. La mayoría de los CBC se tratan fácilmente mediante escisión quirúrgica; sin embargo, en algunos casos, la progresión de estas lesiones hace que se contraindique la resección quirúrgica o la radioterapia. Vismodegib (Erivedge®) es un inhibidor sintético de la vía HH, aprobado por la FDA en 2012 para el tratamiento del CBC localmente avanzado y metastásico. Hasta la fecha, solo se han publicado unos pocos casos de CBC palpebral tratados con vismodegib. En nuestro caso, el tumor disminuyó significativamente de tamaño, pudiendo realizarse una escisión quirúrgica tras 3 meses de tratamiento. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar su efectividad y seguridad.

**Conclusión.** Presentamos el caso de un CBC palpebral, declarado como inoperable por un comité multidisciplinar, con buena respuesta a vismodegib neoadyuvante. Por consiguiente, nuestro caso ilustra la utilidad del vismodegib como tratamiento neoadyuvante en el CBC palpebral inoperable.

### P41. EXPERIENCIA DE USO DE VISMODEGIB A DÍAS ALTERNOS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GORLIN

B. Díaz Guimaraens, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, S. Beà Ardébol, L. Ríos Buceta, M. Domínguez Santás, A. Suárez Valle y P. Jaén Olasolo

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

**Introducción.** El manejo del carcinoma basocelular (CBC) en pacientes con síndrome de Gorlin (SG) es complejo. Los inhibidores de la vía del erizo, como vismodegib, son una herramienta útil en su manejo, aunque la elevada frecuencia de efectos adversos (EA) hace necesario encontrar estrategias de reducción de dosis.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 69 años, con antecedente de SG, de diagnóstico reciente en nuestro hospital. El paciente presentaba incontables CBC nodulares y superficiales salpicados por todo el cuerpo, siendo los mayores uno a nivel púbcico de 11,5 cm de diámetro mayor y otro a nivel dorsal de 11 cm. Dado el elevado número de lesiones, que habrían requerido múltiples cirugías, se solicitó el uso compasivo de vismodegib a dosis habitual (150 mg cada 24 h). El tratamiento se mantuvo durante 5 meses, con mejoría significativa de todos los CBC, pero tuvo que suspenderse por astenia y disgeusia muy significativas. Tras descansar 5 meses, con mantenimiento de la respuesta, se reintrodujo a dosis reducida (150 mg cada 48 h), con buena respuesta y mejoría de la tolerancia, sin reaparición de astenia ni disgeusia. Esta dosis reducida se mantuvo 9 meses, suspendiéndose por haber presentado respuesta completa de la mayoría de CBC y parcial de todos ellos. Seis meses más tarde de esa segunda suspensión, el paciente mantenía aproximadamente un 80% de la respuesta alcanzada.

**Discusión.** El uso de vismodegib se ha asociado a múltiples EA, que hacen suspender el fármaco en una gran parte de los pacientes, complicando su uso en la práctica. Se han propuesto varias estrategias de reducción de dosis, como las “vacaciones terapéuticas”, una vez alcanzada una respuesta adecuada, o la posología ajustada (a días alternos, cada 3 días o cada 4 días), como la presentada en nuestro caso. Un análisis retrospectivo mostró que esta última estrategia mantenía una respuesta similar a la encontrada con dosis plenas (80% frente a 68%), disminuyendo la gravedad de los EA y la cantidad de pacientes que necesitaron suspender el tratamiento (15% frente a 35%). Nuestro caso aporta una nueva experiencia al respecto, y en una población tan compleja como son los pacientes con SG, que requerirán previsiblemente múltiples tandas de trata-



miento, y en los que las estrategias de reducción de dosis son esenciales para optimizar el equilibrio entre respuesta y EA.

#### P42. ÚLCERA DE MARJOLIN SOBRE FOLICULITIS DECALVANTE

M.<sup>a</sup> Dañino García<sup>a</sup>, S. Cases Mérida<sup>a</sup>, B. Meléndez Guerrero<sup>b</sup> y J. Márquez Enríquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

**Caso clínico.** Paciente de 62 años con foliculitis decalvante (FD) de más de 20 años de evolución para la que nunca había realizado tratamiento, que consulta por aparición de una zona más costrosa, con aumento progresivo de tamaño y que continuamente se manipulaba. A la exploración presentaba en vértex una placa rosada alopecica de aspecto cicatricial de unos 8 × 6 cm con numerosos pelos emergiendo de un mismo ostium en la periferia, y en la parte inferior destacaba una zona costrosa e infiltrada de 4 × 3 cm. Ante la sospecha de transformación maligna se tomaron muestras para estudio histológico cuyos resultados confirmaron el diagnóstico de carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). La lesión fue reseada con 1 cm de margen y el estudio anatomopatológico reveló la presencia de un CEC moderadamente diferenciado con infiltración de dermis superficial y profunda sin invasión perineural ni vascular. Ante la presencia de criterios de alto riesgo se realizó ecografía cervical que no mostró alteraciones. Además se pautó tratamiento con doxicilina oral, clindamicina y clobetasol tópicos para control de la FD. El paciente se encuentra en seguimiento trimestral sin incidencias hasta el momento actual.

**Discusión.** La FD es una forma poco frecuente de alopecia cicatricial que se caracteriza por la presencia de eritema, edema y pústulas perifoliculares que se cubren por costra y que finalmente dan lugar a placas alopecicas cicatriciales. Por otra parte, los CEC son neoplasias que aparecen con mayor frecuencia en pacientes con historia de exposición solar acumulada aunque también pueden desarrollarse en el contexto de heridas crónicas, conociéndose este subtipo de neoplasias como úlceras de Marjolin. Estos tumores que se desarrollan de manera secundaria son más agresivos, con tasas estimadas de metástasis del 26-40% de los casos y con una mortalidad global del 21%. En la literatura solo hay descritos 4 casos de CEC sobre FD, siendo todos pacientes varones con una edad comprendida entre los 44 y 66 años y con una FD de larga evolución.

**Conclusión.** La posibilidad de degeneración a CEC en pacientes con FD debe considerarse, especialmente en FD persistentes y mal controladas, y ante la mínima sospecha es aconsejable realizar biopsias para, en caso de confirmarse, llevar a cabo un tratamiento quirúrgico precoz con el fin de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

#### P43. MICOSIS FUNGOIDE TRANSFORMADA EN MUJER JOVEN

C. Martínez Mera<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>B. Navaro Matilla<sup>b</sup>, L. Nájera<sup>c</sup>, M. Hospital Gil<sup>a</sup>, L. Turrión<sup>a</sup>, R. Cabeza<sup>a</sup>, F. Alfageme<sup>a</sup>, I. Salguero<sup>a</sup>, E. López-Negrete<sup>a</sup> y G. Roustán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Hematología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.

Mujer de 23 años de República Dominicana, residente en España, con antecedentes de dermatitis atópica. Inició en junio/2017 placas eritematoescamosas en tronco, con progresión a lesiones tumorales en octubre/2017. Se realizó biopsia cutánea en diciembre 2017, con hallazgos de micosis fungoide en estadio tumoral. La paciente se encontraba en su país de origen, por lo que regresó a España. En la exploración física presentaba lesiones extensas con

morfología en placa y tumoral, algunas de ellas ulceradas. Tenía adenopatías palpables. Se realizó PET/TC (tomografía por emisión de positrones) donde se observaron conglomerados adenopáticos supra- e infradiafragmáticos. En el frotis de sangre periférica había linfocitos de grandes con citoplasma hiperbasófilo y núcleo con cromatina muy condensada. En la citometría de flujo en sangre periférica presentaba una población de fenotipo de CD3+/CD4+/CD7-/CD26- que suponía un 50% de los linfocitos, con un total de linfocitos 11.792. En una nueva biopsia cutánea y ganglionar se encuentra micosis fungoide con transformación (Mft) a célula grande con expresión de CD30 < 5%, sin afectación de médula ósea. Se estadificó a la paciente como T3N3M0B2 (estadio IVA2).

**Evolución cronológica.** Enero 2018: poliquimioterapia. Abril a junio 2018: irradiación corporal total con electrones. Julio 2018: trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos haploidéntico de un hermano, desarrolla quimerismo completo. Noviembre 2018: recaída cutánea. Brentuximab, bexaroteno y fototerapia. Octubre 2019: nueva progresión a nivel cutáneo, adenopatías axilares e inguinales. Pérdida de quimerismo completo. En biopsia cutánea se observa micosis fungoide transformada, sin expresión de CD30 con PD1 positivo. Primera infusión de linfocitos del donante (ILD). Noviembre-diciembre 2019: mogalizumab (4 ciclos). Diciembre 2019-enero 2020: pembrolizumab (un ciclo). Febrero 2020: segunda ILD. Marzo 2020: tercera ILD. Neuritis óptica bilateral. Abril 2020: hospitalizada por diarrea. No infiltración en médula ósea. Mayo 2020: cuarta ILD. Junio 2020: es hospitalizada por neumonía con un rápido empeoramiento, donde se objetiva progresión de su enfermedad de base. Fallece. La micosis fungoide con transformación es de manejo complejo, requiere líneas de tratamientos agresivos. Presentamos el caso de una mujer joven que evoluciona aceleradamente con un desenlace mortal pese a los esfuerzos terapéuticos.

#### P44. ELECTROQUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN PACIENTE NO SUBSIDIARIO DE CIRUGÍA O RADIOTERAPIA

D. Vega Díez<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, E.L. Pinto Pulido<sup>a</sup>, A. Rodríguez Villa Lario<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup>, S. Medina<sup>a</sup> y L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>

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

**Introducción.** La electroquimioterapia (ECT) es una opción terapéutica para tumores cutáneos basada en el empleo de bajas dosis de fármacos quimioterápicos asociado a campos eléctricos pulsados de alta intensidad que aumentan la permeabilidad de la membrana celular de forma transitoria.

**Caso clínico.** Mujer de 98 años con deterioro cognitivo severo que acude remitida por 2 lesiones de 6 meses de evolución de rápido crecimiento. A la exploración física se observan 2 tumoraciones carnosas, friables y ulceradas de 6 cm en sien derecha y de 5 cm en brazo izquierdo (esta última no ulcerada) con sangrado activo profuso. Las biopsias realizadas confirmaron el diagnóstico de carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Dado el tamaño de las lesiones, la paciente es remitida a Oncología Radioterápica donde se rechaza el tratamiento dada ausencia de colaboración de la paciente, decidiéndose la realización de ECT bajo anestesia local y sedación, con bleomicina iv (dosis 15.000 UI/m<sup>2</sup>). A las 8 semana se observa una disminución del 80% del volumen tumoral, realizándose una nueva sesión. A las 3 semanas se llevó a cabo un mapeo de biopsias de ambas lesiones sin evidenciar componente tumoral. La paciente falleció 12 meses después por otra causa, sin evidencia de recidiva tumoral.

**Discusión.** El tratamiento del CEC cuando son de grandes dimensiones y en pacientes ancianos o con comorbilidades puede ser un reto

terapéutico. La ECT ha demostrado ser eficaz para aquellos CEC donde la cirugía y la RT no son posibles o como tratamiento paliativo. En el estudio de mayor tamaño llevado a cabo, los autores observaron una respuesta completa (RC) del 55% así como una RP del 24%, existiendo únicamente EA locales, siendo los más frecuentes la ulceración transitoria, la hiperpigmentación de la zona y la supuración. En nuestro caso ambas lesiones tuvieron una RC con 2 sesiones de ECT diferidas 3 meses. Como EA únicamente presentó ulceración y dolor leve durante las 2 primeras semanas, que fueron bien toleradas por la paciente y la familia, cesando desde la primera sesión el sangrado y la sintomatología asociada.

**Conclusión.** La ECT es una técnica segura y eficaz en el tratamiento del CEC, tanto con finalidad curativa como paliativa, teniendo una excelente tolerancia en pacientes frágiles y ancianos, así como en aquellos en los que otras técnicas han sido rechazadas.

#### P45. CARCINOMAS BASOCELULARES MÚLTIPLES SECUNDARIOS A RADIOTERAPIA HOLOCRAREAL POR LEUCEMIA EN LA INFANCIA

F.J. Rodríguez Cuadrado<sup>a</sup>, I. Sánchez Gutiérrez<sup>a</sup>, J.L. Castaño Fernández<sup>a</sup>, L. Turrión Merino<sup>a</sup>, C. Martínez Mera<sup>a</sup>, R. Cabeza Martínez<sup>a</sup>, F. Alfageme Roldán<sup>a</sup>, E. López-Negrete Arenal<sup>a</sup>, I. Salguero Fernández<sup>a</sup>, M. <sup>a</sup>M. Sigüenza Sanz<sup>a</sup>, Á. Rossell Díaz<sup>a</sup>, M. Elosua González<sup>a</sup>, L. Quintana Castanedo<sup>a</sup>, M. Hospital Gil<sup>a</sup>, M. Grau Pérez<sup>a</sup>, L. Nájera Botello<sup>b</sup>, D. Suárez Massa<sup>b</sup> y G. Roustán Gullón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.

**Antecedentes y objetivos.** Ante múltiples carcinomas basocelulares (CBC), es necesario descartar un síndrome de Gorlin. En ausencia de datos clínicos característicos o estudio genético compatible hay que buscar otras causas, como el antecedente de radioterapia (RT). Estos 2 casos se relacionaron con el antecedente de RT holocraneal por leucemia en la infancia.

**Métodos.** Se describen 2 casos de pacientes menores de 40 años con CBC múltiples en el área craneofacial. Se especifica la cronología, el estudio de síndrome de Gorlin y el manejo quirúrgico.

**Resultados.** *Caso 1.* Varón de 35 años con leucemia a los 2 años, que recibió quimioterapia (QT) y radioterapia holocraneal. Se encontraron 3 CBC que se extirpan. Diez días después, se evidencia dehiscencia de las suturas (realizadas con nailon 4/0), probablemente por el daño crónico de la RT. En diciembre vuelve a presentar 2 CBC, y en esta ocasión el empleo de seda 2/0 y el mantenimiento de la sutura más de 2 semanas permitió la correcta cicatrización. Se solicita ortopantomografía (OPG), que no mostró queratoquistes odontogénicos, y test genético, que excluyó mutaciones en PTCH1. Desde 2017 hasta 2021 ha presentado un total de 11 CBC en el área craneofacial. *Caso 2.* Varón de 23 años con leucemia a los 18 meses de edad tratada con QT y RT holocraneal profiláctica, y múltiples CBC desde la infancia. Se hallan 2 lesiones que se confirman como CBC superficiales. La escisión fue seguida de cierre con seda 2/0, y además se solicita OPG. En enero de 2021 ha presentado 2 nuevos CBC, y sigue en revisiones periódicas. Al descartarse síndrome de Gorlin, hay que plantearse la relación con la exposición a radiación ionizante, pues aumenta 3 veces el riesgo de desarrollar CBC o carcinoma espinocelular. En lo referente al manejo quirúrgico, encontramos la dificultad técnica que supone intervenir un área previamente radiada. Parece que la nicotinamida y los retinoides orales reducen el riesgo de CBC, pero por sus efectos adversos resulta difícil establecer un protocolo de prevención con los mismos.

**Conclusiones.** Estos casos suponen un reto terapéutico debido al gran número de tumores y dificultad para la cirugía (debido a que se trata de una piel radiada). Es necesario encontrar estrategias de

prevención en estos pacientes que sean eficaces para evitar el nuevo desarrollo de más tumores.

#### P46. MELANOMAS PEQUEÑOS: ¿CÓMO RECONOCERLOS? ESTUDIO DE COHORTE, RETROSPECTIVO, DE MELANOMAS ≤ 5 MM EN UN CENTRO DE REFERENCIA AUSTRALIANO

M. Corral Forteza<sup>a</sup>, A. Regio Pereira<sup>b,c,d</sup>, H. Collgros<sup>b,c</sup>, M.-A. El Sharouni<sup>e,f</sup>, P.M. Ferguson<sup>e,g</sup>, R. A. Scolyer<sup>e,g,h</sup> y P. Guitera<sup>b,c,e</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quiron-Salud. Barcelona. España. <sup>b</sup>Sydney Melanoma Diagnostic Centre. Royal Prince Alfred Hospital. Camperdown. Australia. <sup>c</sup>Departamento de Dermatología. Sydney Medical School. The University of Sydney. Australia. <sup>d</sup>Federal University of Sao Paulo. Sao Paulo. Brasil. <sup>e</sup>Melanoma Institute Australia. Sydney. Australia. <sup>f</sup>Departamento de Dermatología. University Medical Center Utrecht. Utrecht University. Utrecht. Países Bajos. <sup>g</sup>Tissue Pathology and Diagnostic Oncology. Royal Prince Alfred Hospital and NSW Health Pathology. <sup>h</sup>Faculty of Medicine and Health. The University of Sydney. Sydney. Australia.

**Introducción.** Si el 70% de los melanomas cutáneos se desarrollan de novo, cabría esperar que las lesiones pequeñas sean la primera manifestación de la mayoría de los melanomas. Por este motivo, su detección precoz sería de vital importancia. Este estudio tiene como objetivo identificar la proporción de melanomas pequeños en una cohorte de alto riesgo y describir sus estrategias de diagnóstico, incluida la dermatoscopia, la dermatoscopia digital secuencial y la fotografía corporal total (TBP).

**Materiales y métodos.** Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de melanoma entre el 2017 y el 2019 en una cohorte de alto riesgo seguida en un centro de referencia terciario australiano. Se definió como melanoma pequeño aquellos ≤ 5 mm de diámetro medidos en fotografías dermatoscópicas. Se evaluaron cuatro métodos de dermatoscopia y las características dermatoscópicas de manera individual.

**Resultados.** Los melanomas pequeños representaron el 28,5% de los 316 melanomas incluidos, siendo el 42,2% invasivos. Los principales motivos de la extirpación fueron una lesión nueva o cambiante (pequeños vs. grandes: 77,7% vs. 50,9%;  $p < 0,0001$ ). Aproximadamente, casi la mitad de los melanomas pequeños no se hubieran diagnosticado siguiendo la regla de los 7 puntos (48,3%) o la lista de los 3 puntos (49,4%). El método de Menzies y el análisis de patrones revisado identificaron de forma correcta el 67,4% y el 65,2% de los pequeños melanomas, respectivamente. El patrón vascular atípico (OR = 28,2;  $p = 0,001$ ), las líneas blancas brillantes (OR = 13,4;  $p = 0,03$ ) y las estructuras gris / azul (OR = 3,0;  $p = 0,03$ ) fueron las características clave predictivas de invasión en los melanomas pequeños.

**Discusión.** Los melanomas pequeños pueden ser invasivos. La dermatoscopia por sí sola suele ser insuficiente para su reconocimiento, ya que es posible que estas lesiones aún no hayan desarrollado características específicas de melanoma. Por tanto, la identificación de lesiones nuevas o cambiantes, con la ayuda de TBP y DDS, es de suma importancia.

#### P47. LINFOMA DE HODGKIN CON EXTENSIÓN LINFÁTICA DIRECTA A PIEL ADYACENTE

R. Linares Navarro, H. Perandones González, V. Onecha Vallejo y T. Alonso Alonso

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

**Descripción del caso.** Varón de 61 años remitido a consulta de Dermatología por una placa eritematoviolácea indurada de 13 × 12 cm,

de rápido crecimiento en los últimos dos meses. Se acompañaba de pérdida de peso, fiebre ocasional y sudoración nocturna. A la palpación se detectó una adenopatía cervical. El resto de la piel y las mucosas no mostraron alteraciones. La biopsia de la lesión cutánea reveló múltiples células de estirpe linfoide agregadas en un patrón nodular en dermis profunda y tejido subcutáneo, con presencia de células binucleadas de nucléolo prominente, similares a las células de Reed Stenberg. El análisis inmunohistoquímico mostró positividad para CD30 y CD15 y negatividad para CD45. La biopsia ganglionar presentó los mismos hallazgos. Se consideró el cuadro como un linfoma de Hodgkin con afectación cutánea. El paciente recibió tratamiento con ABVD, brentuximab y trasplante de progenitores hematopoyéticos.

**Discusión.** Las manifestaciones cutáneas del linfoma de Hodgkin se pueden clasificar en no específicas, siendo el prurito la más frecuente, y específicas, en forma de placas, nódulos o pápulas que pueden ulcerarse. La afectación extranodal cutánea es infrecuente y puede ser un signo de recidiva, implicando un mal pronóstico y la necesidad de terapia agresiva. La afectación cutánea específica puede deberse a tres mecanismos: extensión linfática retrógrada desde los ganglios implicados, extensión directa o extensión hematogena. En el caso de nuestro paciente podría corresponder a una extensión directa del linfoma ganglionar a la piel adyacente. En la mayoría de los casos, los rasgos inmunohistoquímicos entre la afectación nodal y cutánea coinciden. La afectación cutánea responde a los tratamientos estándar empleados en la enfermedad de Hodgkin.

#### P48. SARCOMA DE KAPOSI (SK) CLÁSICO. TRATAMIENTO PALIATIVO CON LÁSER SECUENCIAL DE COLORANTE PULSADO Y ND:YAG

J. Martín Vera<sup>a</sup>, A. Taibo Martínez<sup>b</sup>, J. del Pozo Losada<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup> Colmenero Sendra<sup>a</sup> y E.B. Sanz Cabanillas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.

**Introducción.** El sarcoma de Kaposi (SK) es una enfermedad angioproliferativa multifocal, relacionada con la infección por virus herpes 8. Se clasifica en 4 subtipos: clásico, endémico, relacionado con VIH e iatrogénico. El SK clásico suele ser crónico con curso indolente. Suele aparecer en ancianos, caracterizándose por la aparición en miembros inferiores de máculas, placas y nódulos violáceos o rojo-azulados, con tendencia al sangrado. No hay consenso sobre cuál es el tratamiento óptimo; existen terapias locales (como radioterapia, cirugía o láser) y sistémicas (quimioterapia), con resultados dispares. Dada las características del paciente anciano y los efectos secundarios de los tratamientos, es una opción frecuente la abstención terapéutica, tratándose aquellas lesiones que asocien sangrado.

**Caso clínico y resultados.** Paciente varón de 80 años diagnosticado de SK clásico en pierna derecha en tratamiento con láser de CO<sub>2</sub>. En la evolución, presenta edema importante de la pierna y aparición de múltiples lesiones, sobre todo en pies. Se desestimó radioterapia. Algunas lesiones son sangrantes y de gran tamaño, por lo que se realiza de forma paliativa tratamiento con láser secuencial de colorante pulsado (PDL) 8 y Nd:YAG 50 delay largo, con desaparición de lesiones tratadas tras una única sesión. Posteriormente, han aparecido nuevas lesiones y, en el momento actual, se continúa con sesiones periódicas.

**Discusión.** El láser secuencial combina 2 longitudes de onda: 585 nm (PDL) y 1064 nm (Nd:YAG), siendo utilizado en el tratamiento de las lesiones vasculares, entre ellas el SK. Para lesiones vasculares de gran tamaño o profundas, debe utilizarse un láser de Nd:YAG. Sin embargo, con el sistema secuencial, la energía que se precisa es mucho menor al combinarse con el colorante y los resul-

tados son óptimos. El tratamiento del SK clásico, ya sea inicialmente, en pacientes con pocas lesiones o de forma paliativa, obtiene resultados excelentes.

#### P49. EFICACIA Y SEGURIDAD DE SONIDEGIB EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR. EXPERIENCIA INICIAL EN LA PRÁCTICA DIARIA

R. Fernández-de-Misa Cabrera<sup>a</sup>, N. Hernández Hernández<sup>a</sup>, G. Marrero-Alemán<sup>a</sup>, M.Á. Cabrera Suárez<sup>b</sup> y J. Suárez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma basocelular (CBC) puede progresar local, regional o sistémicamente hasta un punto en el que la cirugía y la radioterapia son incapaces de abordarlo curativamente. El elevado número de CBC que presentan no pocos pacientes (con síndrome de Gorlin o no) puede replicar este escenario y las tentativas clásicas para controlar la enfermedad originan una morbilidad significativa. Recientemente, se ha propuesto el término CBC localmente avanzado para estos tumores. En este contexto, el tratamiento sistémico con inhibidores de la vía Hedgehog (IHH) está adquiriendo una importancia creciente. Analizamos la respuesta clínica y toxicidad en pacientes con CBC tratados con sonidegib.

**Métodos.** Se revisan los 9 primeros pacientes (8 CBC esporádicos y un síndrome de Gorlin) tratados con sonidegib en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**Resultados.** Son 4 varones y 5 mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 76 años (31-90 años) y al inicio del IHH de 80 años (41-91 años). Tiempo en tratamiento (mediana): 25 semanas (5-41 semanas). El 79% de los pacientes presentaron comorbilidades en tratamiento médico, con una media de fármacos prescritos de 5 (0-12). Localización del CBC: periorbitario, 33%; nasal, 11%; malar, 22%; múltiples, 33%. La respuesta fue completa en el 24% de los casos, parcial en el 63% y un 13% presentó enfermedad progresiva. El tiempo hasta respuesta inicial (mediana) fue de 8 semanas (IC95%: 4-12 semanas). El paciente con enfermedad progresiva no llegó a responder en ningún momento. La tasa de respuesta máxima a las 8, 16 y 24 semanas fue del 37, 50 y 87%, respectivamente. Estado en la última revisión: vivos sin enfermedad, 22% (tratamiento suspendido tras confirmación histológica de la respuesta completa); vivos con enfermedad, 67% (en tratamiento); fallecido por otras causas: 11%. Se registró alguna toxicidad en 67% de los pacientes, siendo el máximo grado (CTCAE v4) alcanzado de 2. Calambres: 67% (mediana estimada, 17 semanas), registrándose a las 8, 16 y 24 semanas en el 42, 57 y 90% de los pacientes, respectivamente. Ageusia: 56% (mediana estimada, 12 semanas), presentándola a las 8, 16 y 24 semanas en el 43, 57 y 74% de los pacientes. Finalmente, alopecia en el 11% (no alcanza la mediana), a las 8, 16 y 24 semanas se registró en el 0, 0 y 20% de los pacientes.

#### P50. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL CON INMUNOHISTOQUÍMICA ATÍPICA

R. Navarro<sup>a</sup>, A. Reolid<sup>a</sup>, P. Rodríguez-Jiménez<sup>a</sup>, E. Muñoz<sup>a</sup>, E. Gallo<sup>a</sup>, Y. Delgado<sup>a</sup> y J. Fraga<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivo.** El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna neuroendocrina, poco frecuente, pero de mal pronóstico. Histológicamente se caracteriza por ser una tumoración dérmica constituida por grupos de células redondas, basófilas, monomorfas, con núcleos grandes. El 90% de los casos presenta una tinción positiva para citoqueratina 20 (CK20) y negativa para CK7.

Queremos poner de manifiesto la importancia del estudio inmunohistoquímico de este tumor, presentando un caso con un patrón infrecuente.

**Caso clínico.** Varón de 84 años que consulta en dermatología de otro centro por la aparición de una lesión nodular en región temporal izquierda de un mes de evolución y crecimiento progresivo. La biopsia confirma el diagnóstico de células de Merkel, siendo las células tumorales positivas para marcadores neuroendocrinos y negativas para CK7, CK20 y TTF-1 (factor de transcripción del tiroides). Derivado a nuestro hospital, se realiza una ecografía cutánea que muestra una tumoración mal delimitada en dermo-hipodermis constituida por un nódulo hipoecoico-heteroecoico de bordes irregulares y otras estructuras hipoecoicas de menor tamaño, con aumento de vascularización. El PET-TAC también muestra nódulos paratídeos y adenopatías cervicales izquierdas. Se decide extirpación y linfadenectomía junto con radioterapia. El estudio inmunohistoquímico de la pieza revela positividad para CK AE1/AE3 y sinaptofisina, y negatividad para cromogranina, CK20, CK7 y TTF-1. Finalmente, el paciente fallece a los 9 meses.

**Conclusiones.** El estudio inmunohistoquímico es clave en el diagnóstico del carcinoma de células de Merkel ya que se trata de un carcinoma neuroendocrino, que presenta una expresión conjunta de citoqueratinas y marcadores neuroendocrinos. Entre estos últimos, destacan la cromogranina y la sinaptofisina; si bien, como en nuestro paciente, no siempre ambas son positivas. La CK20 ha representado uno de los pilares para su diagnóstico. Sin embargo, su ausencia en nuestro caso no lo descarta. En un reciente trabajo de Mendoza et al. el 14,5% mostraba CK20 negativa o baja. Queremos destacar el papel del TTF-1, que es típicamente positivo en el cáncer de pulmón y tiroides, y negativo en el carcinoma de células de Merkel, de modo que se considera más específica la negatividad del TTF-1 que la positividad para CK20.

### P51. INCIDENCIA GLOBAL Y POR SUBGRUPOS DE POBLACIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO EN LA PROVINCIA DE ALBACETE EN EL PERÍODO 2009-2018

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

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

**Antecedentes y objetivos.** En las últimas décadas se ha informado de un aumento de incidencia del melanoma cutáneo en España. Aunque existe un Registro de Cáncer en Albacete, no se han publicado datos de la evolución de la incidencia de melanoma en la provincia en los últimos años. La extrapolación de los índices epidemiológicos de otras regiones puede no ser válida. El presente estudio pretende analizar la epidemiología del melanoma en la provincia de Albacete en el período 2009-2018.

**Métodos.** Diseñamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo en la última década en la provincia de Albacete. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo entre los años 2009 y 2018 inclusive, en el área sanitaria de Albacete, Almansa y Villarrobledo (excluyendo los diagnosticados de lentigo maligno). Se utilizaron como fuentes la base de datos extraída del formulario de la consulta monográfica de melanoma del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y el registro del servicio de Anatomía Patológica del mismo hospital. Se recogieron las siguientes variables epidemiológicas: año de diagnóstico, sexo y edad al diagnós-

tico. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS 25.0.

**Resultados.** Se diagnosticaron 520 pacientes con melanoma cutáneo en la provincia de Albacete entre 2009 y 2018. La edad media al diagnóstico fue de 59 años. El 52,3% (n = 272) fueron mujeres y el 47,7% (n = 248) hombres. Con una población cubierta de 386.278 habitantes, la incidencia anual varió entre 8,28 y 14,76 casos por 100.000 habitantes/año, observándose una tendencia al alza a lo largo de la década. En el análisis por subgrupos de población, se observa un aumento de incidencia en el grupo de edad entre 41 y 60 años (tanto en hombres como en mujeres), así como un incremento en el grupo de mujeres entre 21 a 40 años.

**Conclusiones.** La incidencia de melanoma cutáneo presenta una tendencia al alza en la provincia de Albacete, especialmente en la población menor de 60 años. En comparación con los datos publicados del Registro Nacional de Melanoma, en la provincia de Albacete existe una menor predominancia del sexo femenino (52,3% vs. 56,5%) y una edad mayor al diagnóstico (59,02 años vs. 57,0 años).

### P52. ANGIOSARCOMAS CUTÁNEOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

A. Aramburu González<sup>a</sup>, V. Velasco Benito<sup>b</sup>, A. Orbea Sopena<sup>a</sup>, B. Udondo González del Tánago<sup>a</sup>, J. Gardeazabal García<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup>R. González Hermosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. España.

**Introducción y objetivos.** El angiosarcoma cutáneo es un tumor poco frecuente y uno de los más agresivos. Pueden clasificarse en primarios (angiosarcoma de Wilson Jones) o secundarios (poslinfedema de Stewart-Treves y posradioterapia). Debido a su presentación clínica variable e indolente, no es infrecuente el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Las opciones terapéuticas son variadas, siendo la combinación de cirugía con radioterapia adyuvante la estrategia más empleada. Se revisan las características clinicopatológicas y el abordaje terapéutico de los angiosarcomas cutáneos de nuestro centro.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de angiosarcomas cutáneos en nuestro hospital desde enero de 2010 a abril de 2021. Se estudiaron parámetros tanto clínicos como histopatológicos.

**Resultados.** Se recopilaron un total de 11 casos de angiosarcomas cutáneos, presentándose 2 de ellos en una misma paciente. La edad media de presentación fue de 76 años, siendo 5 mujeres y 5 varones. Entre los casos observados 5 correspondían a angiosarcomas posradioterapia, 5 a angiosarcomas primarios de Wilson Jones y uno a angiosarcoma poslinfedema. La localización más frecuentemente fue la piel de la mama, seguida de la cabeza y cuello. El tamaño de los tumores osciló entre 2 y 14 cm con una media de 6,8 cm. Se objetivaron metástasis a distancia en 4 pacientes, siendo en la mayoría de los casos múltiples y afectando predominantemente al pulmón y a la piel. En el estudio anatómopatológico, la inmunohistoquímica para la sobreexpresión del c-Myc resultó positiva en todos los casos. Se realizó extirpación quirúrgica amplia en 9 de los angiosarcomas, complementándose en uno de ellos con radioterapia y en 2 con radioterapia y quimioterapia. Uno de los pacientes restantes recibió radioterapia como tratamiento único y otro caso falleció previo a la realización del mismo. A lo largo del periodo de estudio se registraron un total de 6 fallecimientos con una media de supervivencia de 23,6 meses.

**Conclusiones.** Estos análisis respaldan la infrecuencia y agresividad de este tipo de tumores cutáneos y alertan de la necesidad de tener

una sospecha clínica elevada para llegar a un diagnóstico y tratamiento precoz.

### P53. EL LADO OSCURO DE LA INMUNOTERAPIA: UN EFECTO ADVERSO BASTANTE INUSUAL

J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Cruaños Monferrer, J.P. Serrano Serra, J. Hernández-Gil Sánchez, M.ªI. Úbeda Clemente, A. Ramírez Andreo, J. Ruiz Martínez, E. Cutillas Marco, M.ªD. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, C. Brufau Redondo y M.ªE. Giménez Cortés

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

**Introducción.** La inmunoterapia se basa en la capacidad del sistema inmune de combatir el cáncer, siendo el melanoma una neoplasia inmunógena prototípica.

**Caso clínico.** Mujer de 54 años intervenida en 2018 de histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, omentectomía y apendicectomía por un carcinoma de células claras de ovario. En 2019 consultó por una tumoración rosada perianal, de dermatoscopia inespecífica. Por los antecedentes, se sospechó una metástasis cutánea. Se realizó la exéresis y el estudio anatomopatológico objetivó un melanoma dérmico de tipo epitelioide que alcanzaba límite dermo-hipodérmico (extensión máxima 7,8 mm). Se llevó a cabo la ampliación de márgenes, una PET-TC y biopsia selectiva de ganglio centinela, que mostró infiltración de células tumorales con marcada atipia, por lo que se hizo linfadenectomía inguinal, hallándose seis ganglios con adenitis crónica inespecífica. Se llegó al diagnóstico de melanoma dérmico T4N1aM0, estadio IIIC. Ante la ausencia de mutación de BRAF, se inició tratamiento adyuvante con nivolumab. Tras el tercer ciclo, aparecieron pápulas eritematoescamosas en la zona interescapular, rodillas y muñecas. Se realizó una biopsia que encontró granulomas dérmicos no caseificantes, sin detectar microorganismos. Se solicitó PET-TC que objetivó abundantes adenopatías de pequeño tamaño mediastínicas, hiliares bilaterales y en cadena iliaca común e iliaca externa, surgiendo la posibilidad de progresión de la enfermedad o reacción inmunomediada. En el siguiente PET-TC de control se concluyó que no existía evidencia de enfermedad maligna macroscópica, llegando al diagnóstico de reacción granulomatosa sarcoidosis-like por inmunoterapia con nivolumab.

**Discusión.** Las reacciones adversas inmunomediadas afectan sobre todo al tracto gastrointestinal, hígado, glándulas endocrinas y piel, donde aparecen erupciones liquenoides, psoriasiformes o ampollas, prurito, vitiligo... Las reacciones sarcoidosis-like (< 2%) se caracterizan por el desarrollo de granulomas no caseificantes que pueden afectar a pulmón, piel u ojos. Son un verdadero reto diagnóstico ya que las pruebas de imagen no permiten distinguirla de una metástasis, siendo la biopsia cutánea fundamental al detectar los granulomas. Se debe intentar mantener la inmunoterapia y el manejo es conservador, pudiendo usar dosis bajas de corticoides sistémicos.

### P54. PROBABLE RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL EMPLEO DE RUXOLITINIB Y EL DESARROLLO DE CARCINOMAS EPIDERMOIDES CUTÁNEOS AGRESIVOS

L. Puebla Tornero<sup>a</sup>, D. Revilla Nebreda<sup>a</sup>, N. Segurado Tostón<sup>a</sup>, A. Romo Melgar<sup>a</sup>, F. Domínguez de Luis<sup>a</sup>, A. Conde Ferreirós<sup>a</sup>, M.ªE. Cardeñoso Álvarez<sup>a</sup>, C. Román Curto<sup>a,b</sup> y J. Cañueto Álvarez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). <sup>c</sup>Instituto Universitario de Biología Celular y Molecular del Cáncer (IBMCC-CIC). Salamanca. España.

**Introducción.** La terapia dirigida con ruxolitinib, un inhibidor de la JAK1-2, se encuentra aprobada para el tratamiento de la mielofibrosis idiopática y de la policitemia vera. Su efecto adverso más común es la anemia y la trombopenia, aunque rara vez conducen a su discontinuación. En relación con el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), existen varios casos aislados publicados en la literatura de pacientes tratados con ruxolitinib que han desarrollado carcinomas epidermoides cutáneos (CEC) especialmente agresivos. Los datos de eficacia y seguridad del ruxolitinib a los 5 años mostraron una frecuencia de 17,2% de CCNM en comparación con un 2,7% en el grupo que no recibieron este fármaco.

**Casos clínicos.** El primer caso se trata de un varón de 35 años con antecedente de leucemia linfocítica aguda de línea B que tras ser sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos desarrolla una enfermedad injerto contra huésped crónica de tipo esclerodermiforme. Se inicia tratamiento con ruxolitinib a través de un ensayo clínico durante el cual sufre el desarrollo de dos carcinomas epidermoides sincrónicos en labio inferior de rápido crecimiento, que requieren extirpación quirúrgica y obligaron a suspender ruxolitinib. El segundo caso corresponde a un varón de 75 años en tratamiento con ruxolitinib por una leucemia neutrofílica crónica que desarrolla un carcinoma epidermoide cutáneo nasal sin especiales criterios histopatológicos de mal pronóstico, a pesar de lo cual sufre dos recaídas profundas en surco nasogeniano que obligaron a varias intervenciones quirúrgicas complejas.

**Discusión.** Uno de los factores de riesgo de desarrollo de CEC es la inmunosupresión. Fármacos como la ciclosporina o la azatioprina, especialmente cuando se combinan con la luz ultravioleta, se han descrito como medicamentos clásicamente asociados al desarrollo de CEC. En los últimos tiempos además existe una creciente evidencia de la influencia del ruxolitinib sobre el desarrollo de CEC de alto riesgo en pacientes con síndromes mieloproliferativos. En este trabajo se presentan dos casos que muestran la posible implicación de ruxolitinib y de la inhibición de la vía JAK/STAT en el desarrollo del CEC. Son necesarios más estudios para confirmar esta relación, pero el conocimiento de estos casos y otros similares puede ayudar en un futuro a establecer de forma definitiva esta asociación.

### P55. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: ESTUDIO UNICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE 10 CASOS

M. Pons Benavent<sup>a</sup>, E. Ríos Vijuela<sup>b</sup>, S. Porcar Saura<sup>a</sup>, C. Monteagudo Castro<sup>c</sup>, V. González Delgado<sup>a</sup>, J.M.ª Martín Hernández<sup>a</sup>, I. Pinazo Canales<sup>a</sup> y Á. Revert Fernández<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>b</sup>Instituto Valenciano de Oncología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es una neoplasia de origen mesenquimal poco frecuente. La presencia de necrosis, invasión linfovascular o perineural y la invasión evidente del tejido celular subcutáneo lo diferencian del fibroxantoma atípico (FXA) y le confieren un comportamiento agresivo. En este trabajo, se establecen las características clínicas y epidemiológicas de los SPD diagnosticados en nuestro centro.

**Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo observacional en el que incluimos a todos los pacientes con diagnóstico codificado como "fibroxantoma atípico" y "sarcoma pleomórfico dérmico" en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro entre 2009 y 2019. Posteriormente, recuperamos las laminillas histológicas de todos los casos para su revisión y recopilamos las características clínico-epidemiológicas de los mismos desde la historia clínica digitalizada.

**Resultados.** El resultado provisional de la primera búsqueda encontró 25 FXA y 5 SPD. Tras revisar las laminillas de todos los casos, 5 FXA se reclasificaron como SPD, obteniendo finalmente 10 SPD. La

edad media de los pacientes fue de 81,2 años, predominó ampliamente en sexo masculino y la localización en áreas fotoexpuestas. El tamaño medio de las lesiones fue de 23 mm y todos ellos se trataron inicialmente con cirugía convencional con márgenes amplios. Dos casos recidivaron a los 4 y los 28 meses desde la primera exéresis y únicamente un paciente falleció debido al tumor. El espesor tumoral medio fue de 7,96 mm. Entre los criterios histológicos definitorios de SPD, la invasión del tejido celular subcutáneo fue la más frecuente, seguida de la invasión linfocelular, la necrosis y la invasión perineural. Las características clínicas, epidemiológicas e histológicas de los casos de nuestra serie son similares a las características observadas en otras series de SPD publicadas en la literatura.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de 10 casos de SPD diagnosticados en nuestra área de salud. Las características clínico-epidemiológicas de los casos incluidos son similares a las presentes actualmente en la literatura.

#### **P56. TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO TIPO HIDROA VACCINIFORME EVOLUCIONADO A LINFOMA T SISTÉMICO EN UNA MUJER ADULTA**

L. Bou Boluda<sup>a</sup>, V. Dios Guillán<sup>a</sup>, C. Fernández Romero<sup>a</sup>, A. Torrijos Aguilar<sup>a</sup>, E. Quecedo Estébanez<sup>a</sup>, P. Alemany Monraval<sup>b</sup> y E. Gimeno Carpio<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

**Caso clínico.** Una mujer de 41 años con antecedentes personales previos de lesiones fotosensibles de 10 años de evolución, no filiadas, que ingresó por la aparición súbita de lesiones de tipo paniculitis en miembros superiores e inferiores, mialgias intensas, ulceración en la cavidad oral y fiebre. En las pruebas complementarias se detectó una pancitopenia acompañada de elevación de las enzimas hepática, LDH y ferritina. Se realizaron diversas biopsias de las lesiones de tipo paniculitis y de la úlcera a nivel oral, que mostraron un infiltrado de linfocitos T atípicos, con marcado pleomorfismo, acompañado de grandes áreas de necrosis. La hibridación in situ (FISH) para el virus Epstein-Barr (VEB) fue positiva. Mediante citometría de flujo se evidenció una población patológica CD3+, CD4/8-, con receptor  $\gamma\delta$ . En el estudio de extensión se evidenció afectación pulmonar, de sangre periférica y médula ósea por la misma población patológica de linfocitos T. Teniendo en cuenta la historia previa de fotosensibilidad de años de evolución, se decidió revisar la biopsia tomada en aquel momento, evidenciándose una epidermis espongiótica y un infiltrado de linfocitos T con epidermotropismo y FISH para VEB positiva, compatible con el diagnóstico retrospectivo de hidroa vacciniforme. Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de síndrome linfoproliferativo de tipo hidroa vacciniforme con evolución a linfoma T sistémico de células  $\gamma\delta$  VEB+. La paciente fue tratada mediante poliquimioterapia y trasplante alogénico, con buena evolución.

**Discusión.** El proceso linfoproliferativo tipo hidroa vacciniforme es una enfermedad cutánea linfoproliferativa inducida por el VEB que puede evolucionar a un linfoma sistémico T o NK o síndrome hemofagocítico. Inicialmente, la clínica cutánea es indistinguible de una hidroa vacciniforme clásica, pero después de un curso clínico prolongado, los pacientes desarrollan lesiones tipo hidroa graves y extensas, acompañadas de síntomas sistémicos como fiebre, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías. El cuadro aparece en niños, casi exclusivamente de origen asiático o latinoamericano. Presentamos un caso excepcional de trastorno linfoproliferativo tipo hidroa vacciniforme evolucionado a linfoma sistémico de células T  $\gamma\delta$  VEB+ de aparición en una paciente caucásica, de inicio en la edad adulta, que supuso un verdadero reto diagnóstico.

#### **P57. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: DESCRIPCIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE UNA SERIE DE 21 PACIENTES**

C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, J. Lorca Spröhnle, A. Casanova Esquembre, F. Partarriue Mejías, V. Alegre de Miquel, A. Pérez Ferriols y G. Pérez Pastor

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

El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia cutánea maligna muy agresiva y de mal pronóstico, del que disponemos pocos datos en comparación con otros tumores de piel; debido a su baja incidencia hay pocas publicaciones que incluyan un número importante de casos manejados en un mismo centro. Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la serie de pacientes diagnosticados de carcinoma de células de Merkel en los últimos 10 años en el Hospital General Universitario de Valencia. Se han recogido las características epidemiológicas, clínicas, anatomopatológicas así como el tratamiento, recidiva y supervivencia. La serie estaba formada por 21 pacientes, 11 mujeres y 10 hombres, con una edad media de 81 años. El tiempo medio de evolución hasta la consulta fue de unos 5 meses, en un 67% la localización afectada fue cabeza y cuello. El estudio histopatológico reveló positividad para marcadores epiteliales y neuroendocrinos en prácticamente todos los casos. A partir de 2014 se realizó la detección para Polyomavirus, siendo únicamente positiva en un 19%. En 2 casos con clínica ganglionar al diagnóstico se realizó linfadenectomía de inicio; por otro lado, se llevaron a cabo 6 biopsias selectivas del ganglio centinela, requiriendo 3 de estos pacientes una linfadenectomía posterior. Doce pacientes recibieron radioterapia después de la resección quirúrgica. Tras el manejo inicial, el 43% de los pacientes presentaron diseminación regional o a distancia, en el 55% de los casos la afectación fue únicamente ganglionar. Dos pacientes recibieron terapia sistémica con inmunomodulación (pembrolizumab o avelumab), ambos presentaban afectación ósea y hepática. La supervivencia global fue del 38% al final del periodo, con un tiempo medio de 33 meses. Las principales causas de muerte fueron comorbilidades sistémicas o fracaso multiorgánico en pacientes de edad más avanzada. Hemos observado en nuestro centro un aumento del número de casos en comparación a años anteriores, así como pacientes afectados de edad más avanzada. La posibilidad de simular otros tumores cutáneos dificulta su diagnóstico. Se trata de una patología que requiere el manejo multidisciplinar de especialidades como dermatología, radioterapia, cirugía plástica, oncología y anatomía patológica.

#### **P58. CARCINOMA BASOCELULAR CON DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA METASTÁSICO. RESPUESTA A CEMIPIMAB**

I. Marti-Marti<sup>a</sup>, S. Puig<sup>a</sup>, R. Albero<sup>b</sup>, L. Serra-García<sup>a</sup>, E. Masferrer i Niubò<sup>c</sup>, X. Tarroch i Sarasa<sup>d</sup>, N. Curcó i Botargues<sup>e</sup> y A. Toll<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clinic de Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Barcelona. España.

**Introducción.** Se desconoce si existen características clínico-patológicas asociadas a mejor respuesta a tratamientos sistémicos en el carcinoma basocelular (CBC) metastásico. En este sentido, las distintas variantes histológicas podrían influir en las decisiones terapéuticas.

**Caso clínico.** Varón de 70 años que consultó por una tumoración ulcerada en la espalda de 10 meses de evolución. La lesión se extirpó con márgenes libres y el estudio anatomopatológico mostró nidos de células epiteliales basaloideas con inmunohistoquímica positiva para citoqueratina 7, CD56 y cromogranina, y negativa para sinaptofisina, citoqueratina 20, CD99, CD117, CEA, TTF-1, S100,

EMA, PSA y CDX2. El diagnóstico histológico fue de CBC con diferenciación neuroendocrina. Durante los siguientes 7 años presentó 3 recidivas cutáneas que fueron extirpadas. Un año después de la última recidiva se evidenció un nódulo pulmonar de 8 mm y múltiples adenopatías supraclaviculares y axilares izquierdas (se confirmó mediante biopsia que se trataban de metástasis del CBC). Se inició quimioterapia con carboplatino y etopósido con progresión de la enfermedad y posteriormente vismodegib con buena respuesta inicial, pero con progresión a los 10 meses. Tras el fracaso terapéutico de los anteriores fármacos se inició cemiplimab 350 mg/3 semanas iv. En ese momento presentaba múltiples nódulos pulmonares (los de mayor tamaño de 15 y 12 mm), una adenopatía axilar izquierda de 14 mm y 2 lesiones cutáneas en la espalda de 25 × 20 mm y 30 × 40 mm. Al año de tratamiento se evidenció respuesta completa de las lesiones pulmonares y ganglionares, así como reducción del 75% de las lesiones cutáneas. El tratamiento se mantuvo hasta completar 18 meses. Después de 6 meses sin tratamiento el paciente se mantiene en remisión.

**Conclusiones.** Los inhibidores de Hedgehog se utilizan como primera línea en el tratamiento del CBC metastásico (respuesta parcial entre 32-48%) y la inmunoterapia se reserva como tratamiento de segunda línea (respuesta parcial 21%). No existen estudios de efectividad según los distintos tipos histológicos. El tratamiento de primera línea del carcinoma de Merkel metastásico es también la inmunoterapia. Nuestro caso indica que la inmunoterapia con fármacos antiPD1 puede considerarse como una adecuada opción terapéutica, incluso en primera línea, en pacientes con CBC con diferenciación neuroendocrina.

#### **P59. TRATAMIENTO CON CEMIPIMAB DE UN PACIENTE CON UN CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS METASTÁSICO Y PATOLOGÍA AUTOINMUNE**

M. Almenara Blasco<sup>a</sup>, A.M.<sup>a</sup> Palma Ruiz<sup>a</sup>, A. Navarro Bielsa<sup>a</sup>, M. Claudia Matei<sup>a</sup>, L. Bernal Masferrer<sup>a</sup>, J.A. Verdún Aguilar<sup>b</sup>, A. Diago Irache<sup>a</sup> e Y. Gilaberte Calzada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital de Alcañiz. España.

**Caso clínico.** Paciente de 89 años con antecedentes personales de miastenia gravis. Presentaba una lesión tumoral de 3 cm de rápido crecimiento en mejilla izquierda desde hacía 3 meses. Se realizó extirpación de la lesión con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma epidermoide de alto riesgo. Tras un mes de la cirugía la lesión recidivó y se trató con cirugía y radioterapia. Clínicamente se diagnosticó una adenopatía sospechosa sobre la que se realizó ECO-PAAF siendo positiva para malignidad. Se inició tratamiento con taxol y cetuximab sin mejoría, cambiándose el tratamiento a acetretina e imiquimod al 5%. El carcinoma continuó creciendo, motivando el inicio de inmunoterapia con cemiplimab. Tras 5 dosis y 3 meses las lesiones desaparecieron por completo desde el punto de vista clínico. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento con controles periódicos.

**Discusión.** Cemiplimab es un anticuerpo monoclonal que actúa uniéndose al receptor PD-1. La unión evita la muerte celular programada de linfocitos inducida por los ligandos PD-L1 y PD-L2. Está indicado en el tratamiento de carcinomas cutáneos de células escamosas localmente avanzados o metastásicos, en pacientes no subsidiarios de cirugía o radioterapia. La miastenia gravis es el evento adverso neuromuscular más frecuente en pacientes con inhibidores PD-1. Se ha descrito el agravamiento de una miastenia gravis previa, llegando a precisar entre el 40-50% soporte ventilatorio. En nuestro caso la respuesta del paciente a radioterapia y a otros tratamientos fue escasa. La cirugía radical tampoco fue posible dada la localización de la lesión y las metástasis. Por todo ello se realizó una valoración del riesgo/beneficio en el comité de tumores, deci-

diéndose iniciar cemiplimab. Los resultados obtenidos fueron excelentes, sin aparecer eventos adversos.

**Conclusiones.** El beneficio de cemiplimab en pacientes con miastenia gravis puede superar al riesgo, ya que su indicación se da en pacientes con escasas o nulas alternativas de tratamiento.

#### **P60. RADIOTERAPIA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA CON ESPECTACULAR RESPUESTA EN UN PACIENTE CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE FACIAL**

J. Gimeno Castillo<sup>a</sup>, P. Rosés Gibert<sup>a</sup>, A. Menéndez Parrón<sup>a</sup>, L. Carnero González<sup>a</sup>, R. González Pérez<sup>a</sup>, B. Catón Santarén<sup>b</sup> y A. Saenz Aguirre<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava (País Vasco). España.

**Introducción.** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente. A lo largo las últimas décadas se ha visto un incremento en la frecuencia de este tumor. Las herramientas diagnósticas de las que se dispone hoy en día facilitan su precoz diagnóstico y exéresis. Sin embargo, aunque cada vez sea menos frecuente, es posible encontrar casos en los que la extirpación no sea posible dada la extensión del tumor. En estos casos, la radioterapia desempeña un papel terapéutico importante.

**Caso clínico.** Varón de 91 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica e infarto de miocardio que acudió a nuestras consultas por presentar en mejilla derecha una lesión de aspecto tumoral y rápido crecimiento los meses previos a la consulta. A la exploración se apreciaba una lesión de 6 × 6 cm que ocupaba la totalidad del arco cigomático derecho, de aspecto friable, ulceroso y con tendencia al sangrado espontáneo. No se apreciaban datos de infección y el estado basal del paciente estaba inalterado. Ante estos hallazgos se realizó una biopsia cutánea y se tramitó una resonancia magnética de forma urgente. El estudio histológico confirmó la presencia de infiltración cutánea por una proliferación cordonal de células escamosas atípicas que se originaban en la epidermis, asociando disqueratosis y perlas córneas, compatible con un CEC. La resonancia objetivó la presencia de una masa de apariencia exofítica superficial en fosa temporal derecha, de 6 × 1,4 × 5 cm que contactaba en profundidad con la fascia cervical superficial con posible infiltración de esta. Ante estos hallazgos se consultó con cirugía maxilofacial, quienes, en comité de tumores, acordaron la opción de radioterapia. Consecuentemente, se administró una dosis total de 25 Gy. Paralelamente al tratamiento con radioterapia se objetivó mejoría, siendo esta espectacular al terminar el ciclo. La lesión desapareció por completo, sin evidencia clínica ni ecográfica de persistencia o diseminación locorregional hasta la fecha.

**Discusión.** En pacientes pluripatológicos, de edad avanzada o inoperables, la radioterapia es una opción de tratamiento eficaz para el CEC, a pesar de no poder confirmar la eliminación completa del tumor. Presentamos un caso de un CEC de 6 × 6 cm tratado con radioterapia con espectacular respuesta, con un buen resultado cos-mético y funcional.

#### **P62. ENFERMEDAD PULMONAR GRAVE ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON BRENTUXIMAB EN PACIENTE CON MICOSIS FUNGOIDE EN FASE TUMORAL**

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

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

**Caso clínico.** Mujer de 37 años que consultó por lesiones tumorales multifocales con rápido crecimiento en los últimos meses. Diagnós-

ticada de micosis fungoide (MF) hace siete años, en tratamiento con bexaroteno oral, clobetasol tópico y fototerapia. La paciente había abandonado el tratamiento y el seguimiento médico en el último año. A la exploración destacaban placas y tumoraciones violáceas faciales, en tronco y brazos, infiltradas y ulceradas. Inmunofenotipo de sangre periférica con linfocitos 12,7%, CD3+ 66,2%, CD4+ 41,2%, CD8+ 22,2%, sin células con fenotipo síndrome de Sézary. Se realizó PET-TC en el que se observaron adenopatías sugestivas de afectación linfomatosas cervicales, inguinales y axilares, focos metabólicos óseos y cutáneos así como nódulos hipermetabólicos en campos pulmonares. Biopsias cutánea y ganglionar compatibles con micosis fungoide en fase tumoral con expresión para CD3, CD4, granzima, perforina y TIA-1. Reordenamiento para los genes TCR beta y gamma. Se inició brentuximab (1,8 mg/kg/3 semanas) como terapia de rescate antes de trasplante alogénico según respuesta. Tras dos ciclos, las lesiones cutáneas mejoraron con disminución del tamaño y la infiltración. Una semana después del segundo ciclo, comenzó con disnea, tos y expectoración. En pruebas de imagen se apreciaron infiltrados pulmonares bilaterales difusos. Se realizó broncoscopia con lavado broncoalveolar y cultivo de esputo, sin evidencia de infección oportunista. Bajo la sospecha de neumonitis aguda por toxicidad pulmonar secundaria, se iniciaron bolos de metilprednisolona, antifúngicos y antibióticos de amplio espectro. A pesar de mejoría inicial, la paciente falleció por insuficiencia respiratoria tras estancia en cuidados intensivos.

**Discusión.** Brentuximab es un agente quimioterapéutico formado por un anticuerpo monoclonal anti-CD30. La expresión de CD30 en la MF es variable y no existe consenso en la mínima expresión necesaria para obtener una respuesta clínica. Los efectos adversos más frecuentes son la neuropatía sensorial periférica y la neutropenia. Hay casos descritos de toxicidad pulmonar, la mayoría tras combinación de quimioterápicos. Brentuximab aumenta el riesgo de infecciones oportunistas por lo que es importante descartar la presencia de sobreinfección y considerar la toxicidad secundaria ante pacientes con deterioro de la clínica pulmonar tras su administración.

### P63. SARCOMA HISTIOCÍTICO CUTÁNEO CLONALMENTE RELACIONADO CON LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Medina Migueláñez<sup>a</sup>, S. Becerril Andrés<sup>a</sup>, L. Revelles Peñas<sup>a</sup>, A. Cabanillas Cabral<sup>b</sup>, J. Cañuelo Álvarez<sup>a</sup>, E. Cardeñoso Álvarez<sup>a</sup>, Á. Santos-Briz Terrón<sup>b</sup>, L.M. Chinchilla Tábor<sup>b</sup> y C. Román Curto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.

**Antecedentes y objetivos.** El sarcoma histiocítico (SH) es una neoplasia maligna compuesta por histiocitos maduros, perteneciente al grupo de histiocitosis/neoplasias de células dendríticas. Puede presentarse "de novo" o surgir en asociación con linfomas B u otras neoplasias mieloides por un proceso de transdiferenciación. Suele cursar con afectación extranodal (cutánea, de tejidos blandos o gastrointestinal). Histopatológicamente, se observa proliferación de células tipo histiocitos maduros, pudiendo presentarse ocasionalmente células pleomórficas y atípicas. El inmunofenotipo es positivo para marcadores histiocitarios (CD68, CD169 o lisozima). La mutación en BRAF V600E se ha detectado en un alto porcentaje de los SH.

**Métodos y resultados.** Varón de 66 años diagnosticado en marzo de 2018 de linfoma de la zona marginal estadio IV con afectación de médula ósea. Realiza inicialmente distintos tratamientos (rituximab en monoterapia, inhibidor de PI3K), con mala respuesta. En septiembre de 2020 se objetiva progresión de la enfermedad con transformación a linfoma B difuso de célula grande (LBDCG). Se trata con R-CHOP, objetivándose remisión completa. En marzo de 2021 presenta lesiones nodulares cutáneas asintomáticas de un mes de evolución en tronco e ingles. Realizamos biopsia con sospecha de afectación cutánea por LBDCG, siendo compatible con xantogranuloma disemi-

nado mitóticamente activo. Ese mes, presenta lesión osteolítica en cuarto dedo de mano derecha, con resultado anatomopatológico de SH. Posteriormente, se realiza biopsia de adenopatía inguinal, confirmando el diagnóstico. El estudio de biología molecular del LBDCG y del SH demostró que ambas neoplasias estaban relacionadas de forma clonal. El estudio de mutación de BRAF resultó negativo. En junio de 2021, se produce progresión de la clínica cutánea, presentando lesiones tumorales de gran tamaño en tronco y extremidades, por lo que se inician distintos protocolos de poliquimioterapia y RT que no permiten su control. En la actualidad el paciente se encuentra en tercera línea de quimioterapia con cladribina y pendiente de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

**Conclusiones.** Presentamos un caso extraordinario de SH transdiferenciado a partir de un LBDCG, que simuló inicialmente un proceso benigno (xantogranuloma). La evolución de nuestro caso corrobora el mal pronóstico de estos pacientes.

### P64. PRURITO Y EXANTEMA ERITEMATOVIOLÁCEO COMO GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA

E.L. Pinto Pulido<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, D. Vega Diez<sup>a</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup>, C. Guirado Koc<sup>a</sup>, S. Medina Montalvo<sup>a</sup> e I.M.<sup>a</sup> Medina Expósito<sup>b</sup>

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

**Introducción.** El prurito crónico puede ser manifestación de neoplasia desconocida, especialmente hematológica, pudiendo preceder años al diagnóstico.

**Caso clínico.** Mujer de 58 años con prurito de 7 años de evolución. Valorada en nuestro servicio por lesiones cutáneas de 3 meses de evolución. Presenta un exantema eritematovioláceo en cara y tronco, con componente purpúrico folicular en ambas piernas, junto con pápulas interfalángicas eritematosas y edema palpebral violáceo. Con sospecha de dermatomiositis (DM) se solicitó analítica sanguínea (sin alteraciones) con anticuerpos antinucleares (1/320), anticuerpos de miositis (negativos) y electromiograma (sin datos patológicos). La biopsia cutánea mostró infiltración dérmica con afectación perifolicular por neoplasia de células T CD3, CD5, CD2 y CD30 positivas. Se solicitó tomografía computarizada (TC), observando adenopatías patológicas a varios niveles, una de las cuales se biopsió, mostrando infiltración por un linfoma T de morfología e inmunohistoquímica superponible al cutáneo. Se estableció el diagnóstico de linfoma de células T periférico (LCTP) no especificado (NOS) con infiltración cutánea de patrón DM-like y prurito paraneoplásico. Se inició brentuximab en combinación con ciclofosfamida, doxorubicina y prednisona con buena respuesta en última TC de control y desaparición tanto de las lesiones cutáneas como del prurito.

**Discusión.** Los LCTP son infrecuentes, siendo entre ellos el más común el tipo NOS. La afectación cutánea ocurre en aproximadamente un 20% de los casos, es heterogénea y puede evolucionar en el tiempo, contribuyendo a confundir el diagnóstico con otros más comunes. No hemos encontrado casos descritos con afectación cutánea que simule una DM. Debido a las lesiones cutáneas compatibles con DM sin datos de miopatía, en presencia de una neoplasia, también consideramos la opción diagnóstica de una DM amiopática paraneoplásica. Sin embargo, ya que no se encontraron anticuerpos específicos de DM y la histología de las lesiones cutáneas fue compatible con infiltración cutánea por linfoma y no con DM, consideramos que el diagnóstico más adecuado es LCTP tipo NOS con afectación cutánea DM-like.

**Conclusión.** La afectación cutánea por LCTP es muy heterogénea. Describimos a una paciente en la que primera manifestación fue prurito crónico, acompañándose de un cuadro cutáneo no descrito previamente.



### P65. MELANOMA INDIFERENCIADO RABDOIDE PRIMARIO CUTÁNEO BRAF MUTADO CON RÁPIDA RESPUESTA A ENCORAFENIB/BINIMETINIB

S. Cases Mérida<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Dañino García<sup>a</sup>, R. Martínez Castillo<sup>b</sup>, J.A. Diéguez García<sup>c</sup>, P. Rinde González<sup>a</sup> y J.A. Márquez Enríquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. España.

**Introducción.** El melanoma rabdoide (MR) es una variante rara en la que se produce una desdiferenciación con pérdida de pigmento y marcadores. Presentamos el décimo caso cutáneo primario publicado en la literatura con una excelente respuesta a terapia diana.

**Caso clínico.** Paciente de 62 años sano que es derivado por grandes masas tumorales exófticas ulceradas en pared torácica izquierda, dorso posterior y hombro derecho de escasos meses de evolución. Antecedente familiar de hermana con melanoma. En las pruebas de imagen se detecta una adenopatía axilar izquierda patológica de 5 cm y lesiones líticas en acetábulos sospechosas. Se toma biopsia cutánea en la que se observa una infiltración dérmica superficial y profunda de células epitelioides con un núcleo redondeado con un prominente nucléolo y citoplasma amplio, eosinófilo, microvacuolado que le confiere un aspecto rabdoide. La muestra resulta negativa para CK coctel, CK7, CK20, CD20, CD3, CD45 CD79a, CDX2, TTF1, GATA3, racemasa, S100, SOX10, melanA, actina, desmina, CD34, con positividad inespecífica CD10 y presencia de INI1. Se detecta mutación V600 en el gen BRAF por lo que finalmente se diagnostica de MR desdiferenciado primario cutáneo. Se inicia encorafenib/binimetinib con una rápida respuesta evidente a los dos meses de tratamiento.

**Discusión.** El MR fue descrito por primera vez por Bittesini en 1992. El diagnóstico puede ser un reto dado que se cree que se produce una transdiferenciación progresiva a células rabdoideas con pérdida de gránulos de melanina y pérdida de positividad a inmunotinciones típicas como S100, HMB45, melanA. Clínicamente, es más frecuente en casos metastásicos que en primarios cutáneos; la mayoría son nodulares y amelanóticos (hasta en un 61% de los casos), aunque parece que no implica mayor agresividad. En el diagnóstico diferencial se debe incluir tumores rabdoideos verdaderos como el tumor rabdoide/teratoide atípico (TRTA) donde se observa pérdida de tinción nuclear de INI1 y BRG que traducen deleciones en los genes SMARCB1 y SMARCB4 respectivamente. Hay casos de TRTA con mutación de BRAF v600, pero este es un tumor típico en el sistema nervioso central en menores de 3 años.

**Conclusiones.** El diagnóstico del MR puede llegar a ser arduo y de exclusión cuya caracterización genética sea la clave para el manejo. La terapia dirigida ha demostrado ser rápida y eficaz en estos casos.

### P66. CÁNCER CUTÁNEO EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES

M. Fernández Parrado<sup>a,b</sup>, F. Vázquez López<sup>a,c</sup>, B. Vivanco Allende<sup>a,c</sup>, R. Santesteban Muruzabal<sup>b</sup>, B. Bonaut Iriarte<sup>b</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Oviedo. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. <sup>c</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

**Introducción.** Entre los pacientes diagnosticados de cáncer, los pacientes adolescentes y adultos jóvenes (AAJ) son los diagnosticados entre los 15-39 años. Tienen características comunes que difirieren de los pacientes adultos y de los pediátricos. A pesar de ser el cáncer la segunda causa de muerte en este colectivo, son escasos los estudios sobre ellos, y más aún los que tratan el cáncer cutáneo.

**Objetivos.** Estudiar la frecuencia de melanoma (MM) y cáncer cutáneo no melanoma incluyendo carcinoma basocelular (CBS) y carcinoma escamoso (CE) en pacientes AAJ tratados y/o diagnosticados

en nuestro centro, con especial interés en las mujeres. Analizar además su distribución en función del sexo y su tendencia.

**Métodos.** Se utilizaron los datos del Registro Hospitalario de Tumores. Se seleccionaron 441 pacientes con 447 tumores (MM, CBS o CE), diagnosticados entre los 15-39 años entre 1998-2015. Se estudió la frecuencia de tumores en función del sexo y la localización. Además se comparó la frecuencia de los tumores según el sexo con pacientes de más edad y se realizó estudio estadístico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 213 (48%) MM (68% en mujeres); 223 CBS (50% en mujeres) y 11 CE (2%). El 70,91% de los tumores fueron diagnosticados entre los 30-39 años. En mujeres la localización más frecuente de MM fueron los miembros inferiores (45%) y en hombres el tronco (53%). En CBS no hubo diferencias en función del sexo y la localización más frecuente fue el polo cefálico (56%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) respecto a la afectación de las mujeres en la comparación con grupos de más edad tanto en MM con en CBS. Se produjo un incremento de la frecuencia de MM del 100%, 122% en mujeres en los últimos 18 años, mientras la frecuencia de CBS permaneció estable.

**Conclusiones.** Las mujeres AAJ tuvieron una mayor frecuencia de MM (68%) y CBS (58%) que el hombre. La localización más frecuente de MM en hombres fue el tronco y en mujeres los miembros inferiores. La proporción de mujeres afectadas fue significativamente mayor con respecto a pacientes de más edad ( $> 40$  años) tanto en MM como en CBS ( $p < 0,5$ ). El incremento experimentado en la frecuencia de MM (100%, 122% en mujeres) pone de manifiesto la necesidad de medidas preventivas más específicas destinadas a los AAJ, especialmente a las mujeres.

### P67. METAANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE MIRNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MICOSIS FUNGOIDES

J. Sánchez-Arráez, I. Torres-Navarro, C. Abril-Pérez, M. Pozuelo-Ruiz, R.D. Palacios-Díaz, B. Unamuno-Bustos y R. Botella-Estrada

Servicio de Dermatología. Hospital La Fe. Valencia. España.

Los linfomas cutáneos primarios (LCP) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides que se originan primariamente en la piel. La última clasificación WHO/EORTC del año 2018 subdivide el linfoma cutáneo según su origen celular en linfoma cutáneo de células T-NK (LCCT), y linfoma cutáneo de linfocitos B, dentro de los cuales se definen diversos subtipos. La micosis fungoides (MF) es el más frecuente de todos los LCCT, representando el 60% de los mismos, y es además el linfoma cutáneo más frecuente independiente de estirpe, representando el 50% del total de los LCP. No existe ningún método o marcador diagnóstico que diferencie claramente las dermatosis inflamatorias benignas de las MF. El reciente desarrollo de la biología molecular ha permitido profundizar en los mecanismos patogénicos de la enfermedad, identificando parámetros moleculares implicados en el desarrollo y progresión de la MF. Los miRNA constituyen moléculas de ARN no codificante de 20-25 nucleótidos que permiten modificar la expresión genética a nivel postranscripcional. Están implicados en la patogénesis del cáncer y pueden representar posibles biomarcadores al poder correlacionarse sus niveles con el diagnóstico y progresión del cáncer, o incluso con la respuesta a tratamientos. Por ello, presentamos un metaanálisis con el fin de caracterizar los miRNA más alterados en MF. Se realizó una búsqueda en Pubmed, EMBASE y Web of Knowledge con la que se obtuvieron 242 artículos; la búsqueda adicional por otras fuentes, principalmente referencias bibliográficas de los artículos analizados, permitió identificar otros 22 artículos. Tras su análisis, finalmente se incluyeron 24 artículos para su síntesis cualitativa. Como conclusiones, podemos afirmar que existe una amplia heterogeneidad en cuanto a los diferentes miRNA reportados en la literatura. miRNA-155 ha demostrado utilidad diagnóstica y pronóstica en MF y se está estudiando un fármaco en ensayo clínico para su inhibición. Adicionalmente, miR-

NA-181, miRNA-203 y miRNA-205 podrían ser de utilidad para el diagnóstico precoz de la MF. Sin embargo, no existe suficiente evidencia científica actualmente contrastada como para recomendar la generalización de sus determinaciones en práctica clínica, y se precisan más estudios al respecto para confirmar la evidencia reportada.

### P68. EXPERIENCIA INICIAL DE INCLUSIÓN DE ONCOGERIATRÍA EN EL COMITÉ DE TUMORES CUTÁNEOS NO MELANOMA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL (HUGTIP)

C. Landa Terán<sup>a</sup>, Y. López Colomer<sup>a</sup>, M.ªJ. Fuente González<sup>b</sup>, M.ª Blanco de Tord<sup>b</sup>, A. Arrieta Vinaixa<sup>b</sup> y A. Jaka Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Geriatria. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut d'Investigació Germans Trias. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

El comité de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol funciona desde 2016 y está conformado por dermatólogos, cirujanos plásticos, oncólogos y radioterapeutas. Este realiza una valoración global de los pacientes con diagnóstico de CCNM: CEC de alto riesgo, carcinoma basocelular localmente avanzado, de células de Merkel, carcinoma sebáceo, dermatofibrosarcoma protuberans y fibroxantoma atípico/sarcoma pleomórfico dérmico, entre otros. Desde octubre del 2020 Oncogeriatría (T. ocupacional y geriatra) colabora mediante la valoración geriátrica integral (VGI) en la toma de decisiones de cara a enfrentar los posibles tratamientos y minimizar el impacto durante el tratamiento oncológico (médico o quirúrgico). El objetivo de este trabajo fue describir el perfil de paciente anciano valorado por Oncogeriatría de octubre a diciembre de 2020.

**Métodos.** Estudio descriptivo de Oncogeriatría en el CCNM. Inclusión: > 85 años, alta comorbilidad, deterioro cognitivo o dependencia funcional. Se realizó una VGI: capacidad funcional (IB, I. Lawton, T. Up&Go), cognitiva (T. Pfeiffer), nutricional (MNA), comorbilidad (CIRS-G) y esfera social; para clasificar a los pacientes según los grupos de Fragilidad de la SIOG (Sociedad Internacional de Oncogeriatría).

**Resultados.** N = 10 pacientes; 6 hombres y 4 mujeres; edad media 85 años. Tipos de cáncer: carcinoma basocelular (2), carcinoma escamoso (5), Paget perianal (1), carcinoma de células de Merckel (1), indeterminado (1). VGI: IB: 85; I. Lawton: 4; T. Up&Go: 14,37 s; T. Pfeiffer: 2 (0-6); MNA: 11; CIRS-G6 (medio). S. geriátricos más frecuentes: auditivo, visual, caídas, dolor e incontinencia urinaria. Grupos de Fragilidad: G1 (1), G2 (4), G3 (5), G4 (0). Intervenciones: fisioterapia (4), nutrición (2), social (2), medidas de ahorro de energía (4), ajuste farmacológico (2), control (3).

**Conclusiones.** La mayoría de la población valorada presentó dependencia en las actividades instrumentales (I. Lawton), comorbilidad media (CIRS-G) y fueron clasificados en el grupo 3 (fragilidad moderada/severa). La inclusión de los equipos de Oncogeriatría en los comités oncológicos optimiza la calidad de atención al paciente.

### P69. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA CON EL USO DE CEMPLIMAB: REPORTE DE UN CASO

A. Medina Fernández, J.A. Suárez Pérez, C. Pérez Ruiz, N. López Navarro y E. Herrera Acosta

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

**Objetivos.** Comunicar nuestra experiencia tras uso de cemiplimab en un paciente con carcinoma escamoso localmente avanzado irrecusable en cuero cabelludo.

**Caso clínico.** Paciente de 62 años que presenta carcinoma escamoso en vértex craneal con afectación ósea diagnosticado en agosto de 2019. Se desestima la cirugía y se realiza radioterapia radical con finalización en mayo de 2020. En enero de 2021 se observan signos clínicos de recidiva del carcinoma escamoso confirmado por biopsia. Dado que el paciente no es subsidiario de cirugía y ha sido radiado previamente, se plantea tratamiento con cemiplimab. Inicia el fármaco en febrero de 2021. Ha realizado 7 meses de tratamiento (11 infusiones del medicamento). La respuesta se ha monitorizado mediante iconografía de la lesión y TAC mensual o bimensual. Además, se ha realizado control analítico 2 semanas después de cada infusión para controlar los efectos adversos inmunomediados. Durante el tratamiento se ha objetivado estabilidad en el tamaño del tumor con reducción de la infiltración del mismo. No se ha detectado presencia de enfermedad a distancia. El paciente no ha presentado efectos secundarios que hayan obligado a suspender el fármaco.

**Discusión.** Cemiplimab es un inhibidor de PD-1 comercializado en Europa desde 2019 para el tratamiento de carcinoma cutáneo de células escamosas metastásico o localmente avanzado no candidato para cirugía o radiación curativa. También está indicado para el tratamiento de carcinoma basocelular localmente avanzado o metastásico que ha progresado o no tolera un inhibidor de la vía Hedgehog. La posología empleada es 350 mg en infusión intravenosa cada 3 semanas. La duración del tratamiento es variable: hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Los efectos adversos más frecuentes están relacionados con la activación del sistema inmune siendo los principales: tiroiditis, hipofisitis, diabetes mellitus, nefritis, hepatitis. En cuanto a la eficacia, este fármaco ha demostrado tasas de respuestas parciales del 25% para carcinoma escamoso localmente avanzado y del 25,5% para carcinoma metastásico, siendo las respuestas completas del 7,1% y del 2,9%, respectivamente.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia con el uso de cemiplimab ha resultado positiva dado que no se ha observado progresión clínica ni radiológica de la enfermedad y el paciente no ha presentado efectos secundarios.

### P70. INFLUENCIA DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID-19 EN EL TAMAÑO DE LOS TUMORES CUTÁNEOS MALIGNOS INTERVENIDOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

A. Conde-Taboada<sup>a</sup>, Á. Iglesias-Puzas<sup>a</sup>, A. Sirgado<sup>a</sup>, L. Campos<sup>a</sup>, I. Serrano<sup>b</sup> y E. López-Bran<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

**Introducción.** La pandemia mundial por COVID-19 llevó durante 2020 a un confinamiento poblacional en muchos países y modificó la actividad realizada en los hospitales. En este trabajo se investiga si se ha producido un aumento en el tamaño de los tumores malignos cutáneos intervenidos en el servicio de dermatología de un hospital terciario como consecuencia de esta situación extraordinaria.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los 150 primeros pacientes intervenidos tras el confinamiento (a partir del 22 de mayo de 2020) y se compararon con los 150 últimos pacientes intervenidos antes de la pandemia (hasta el 13 de marzo de 2020). Se incluyeron carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma. Se recogieron datos del tamaño tumoral en superficie en milímetros cuadrados de los resultados de anatomía patológica, así como edad, sexo, tipo de tumor, tiempo de espera para la cirugía. Se realizó una comparación de los tamaños tumorales con la prueba de Mann-Whitney, y de las características demográficas de los grupos con Chi-cuadrado.

**Resultados.** No se observaron diferencias significativas en los tamaños de los tumores entre los pacientes intervenidos antes y después del confinamiento. En el grupo de varones sí se encontró un mayor tamaño de los tumores operados tras el confinamiento con significación estadística ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Varios estudios han observado una disminución en el número de tumores cutáneos diagnosticados durante la pandemia por COVID-19; existe controversia en los estudios sobre la influencia de esa disminución en los tumores intervenidos. En general no se observan grandes diferencias en los tumores cutáneos operados, aunque algunos estudios parecen indicar que en los varones y personas de mayor edad sí se han producido incrementos en los tamaños o datos de agresividad tumoral.

### P71. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS EN UNA SERIE DE 11 PACIENTES

J.M.<sup>a</sup> Ramírez Conchas<sup>a</sup>, J. Carretero Bravo<sup>b</sup>, C.N. Hernández León<sup>c</sup>, J. Algarra Sahuquillo<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>L. Santos e Silva Caldeira Marqués<sup>a</sup>, J. Mercader Salvans<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Arteaga Henríquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>b</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. <sup>c</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia neuroendocrina maligna poco frecuente, de rápida evolución y mal pronóstico. Se realiza un estudio retrospectivo de todos los pacientes con CCM de un hospital de tercer nivel diagnosticados entre enero de 2014 y septiembre de 2021. Se registraron 17 pacientes con CCM: 12 varones (70,58%) y 5 mujeres (29,41%), con una edad media de 79,05 años. El 29,41% de los pacientes presentaron un estadio I al diagnóstico, presentando el resto un estadio más avanzado. En solo un caso la localización fue extracutánea. El 82,35% de los casos fueron subsidiarios de tratamiento con cirugía, administrándose en el 42,8% algún tratamiento adyuvante. Tres pacientes fallecieron de forma directa por progresión tumoral en el momento de recogida de los datos, con un tiempo medio de supervivencia de 19 meses. En ninguno de los casos, la primera impresión diagnóstica fue de CCM, si bien solo el 29,41% de los casos fueron valorados por el servicio de Dermatología. El CCM se debe tener presente en el diagnóstico diferencial ante un tumor cutáneo en el paciente anciano, dado que por su agresividad y rápida diseminación ganglionar y metastásica, su detección precoz puede aumentar la supervivencia de los pacientes.

### P72. TRATAMIENTO INTRALESIONAL DE METÁSTASIS EN TRÁNSITO DE MELANOMA CON INTERLEUCINA 2

M. Segado Sánchez<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, S. Ros Martínez<sup>b</sup>, P. Cerezuela Fuentes<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup>E. García Solano<sup>c</sup>, B. Ferri Níguez<sup>c</sup>, J.J. Parra García<sup>a</sup>, D. López Martínez<sup>a</sup>, F.J. Martínez Ortega<sup>a</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción.** El tratamiento de las metástasis en tránsito de melanoma es complejo. Las terapias locales introducidas en los últimos años ofrecen resultados prometedores, aportando un ahorro en toxicidad frente a la quimioterapia regional. A día de hoy, son de elección en pacientes con lesiones dérmicas de pequeño tamaño no susceptibles de cirugía. La administración intralesional de interleucina-2 (IL-2) se postula entre las opciones de primera línea.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 67 años, sin antecedentes de interés, con un melanoma pretibial izquierdo de 3,5 mm de Breslow, acompañado de alrededor de 40 metástasis en tránsito subcentimétricas adyacentes. Tras descartar afectación

ganglionar y visceral, se decidió tratamiento con IL-2 intralesional en pauta semanal. Utilizando una concentración de 18 millones UI/ml, se inyectaron 0,2 ml en las lesiones menores de 5 mm y 0,4 ml en las de 5-10 mm. El paciente recibió un total de 16 sesiones, disminuyendo la dosis precisada a la par que el tamaño de las metástasis. La mayor toxicidad ocurrió tras las primeras administraciones, mejorando progresivamente: síntomas febriles leves, junto con dolor, eritema y edema local. Al finalizar la terapia se evidenció la presencia de un halo hipopigmentado vitiligoide alrededor de cada punto de inyección. Ocho meses después de la última dosis, persiste esta alteración en la piel, sin recurrencia locorregional ni a distancia de la enfermedad.

**Discusión.** La tasa de respuesta completa a IL-2 intralesional se estima cercana al 50%, con una supervivencia libre de progresión a 5 años en torno al 65%. La mayor parte de las recurrencias ocurren en el primer año. Algunas series indican que estos porcentajes mejoran con el uso combinado de IL-2 con tretinoína e imiquimod tópicos. Frente al talimogén laherparepvec (T-VEC), también de primera línea, la IL-2 obtiene resultados similares con menor coste y menor tasa de efectos adversos de alto grado. No obstante, no existen estudios comparativos entre ambos. En segunda línea está indicada la difenciprona tópica, que arroja cifras algo inferiores que los anteriores, situándose la radioterapia como tercera opción. Algunas otras alternativas actualmente en estudio son el PV-10 (rosa de bengala disódica al 10%), la electroquimioterapia o la ablación con láser de CO<sub>2</sub>.

### P73. ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DEL EFECTO DE LA PANDEMIA EN EL DIAGNÓSTICO Y LOS FACTORES PRONÓSTICOS DEL MELANOMA

E. Canal García<sup>a</sup>, N. Villalta Pons<sup>b</sup>, P. Sisó Camarasa<sup>b</sup>, P. Vargas Ramos<sup>c</sup>, X. Soria Gil<sup>a,b</sup>, J. Angel Baldo<sup>a</sup>, R. Aguayo Ortiz<sup>a,b</sup>, A.R. Cáceres<sup>d</sup> y R.M.<sup>a</sup> Martí Laborda<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. <sup>b</sup>Universidad de Lleida. IRBLleida. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Oncología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

**Antecedentes y objetivos.** La pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 ha provocado un cambio en la movilidad de la población y en la respuesta del sistema sanitario. En consecuencia, se ha producido un retraso en la consulta por enfermedades oncológicas. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto en el diagnóstico y en los factores pronósticos de los pacientes diagnosticados de melanoma (MM) en período pandémico frente al año previo.

**Métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes recién diagnosticados de MM de nuestro centro entre 2019 y 2020. Se realizó un análisis descriptivo y analítico de las variables demográficas, clinicopatológicas, así como de diagnóstico y estadificación, comparando ambos períodos.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 140 pacientes diagnosticados de MM, siendo mayor en 2019 (n = 81) frente a 2020 (n = 59). En período pandémico se observó un aumento del 29,7% en el tiempo de demora medio desde la derivación desde atención primaria hasta la primera visita al dermatólogo. La mediana de retraso desde la primera visita al dermatólogo hasta la biopsia parcial/total fue de un día en 2019, y de 6 días en 2020. Se detectó mayor número de retrasos en el diagnóstico superiores a 3 meses en 2020 (n = 5; 2,95%) frente a 2019 (n = 3; 2,43%). En 2020 se diagnosticaron más MM con mayor grosor de Breslow (> 2 mm) en comparación con 2019 (p = 0,045). En 2020, los MM Breslow > 4 mm representaron el 11,9% en comparación con el 6,2% del año anterior, y el 33,9% de los casos de 2020 se clasificaron como in situ frente al 49,4% en 2019. Se detectó un aumento en el diagnóstico de MM nodular del 12%, el lentigo maligno disminuyó un 13%, los MM acrales mantuvieron su proporción (5%) y también

lo hizo el MM de extensión superficial (35%). Además, los MM metastásicos de origen desconocido en el momento de la presentación aumentaron un 6%.

**Conclusiones.** Observamos un número menor de MM recién diagnosticados durante el 2020 en comparación con el año previo, destacando que los MM diagnosticados tuvieron mayor grosor de Breslow. Se ha detectado un retraso en los procedimientos de atención para los pacientes con MM. Todo ello ha conllevado un peor pronóstico de los pacientes diagnosticados de MM durante la pandemia frente a la época prepandemia.

#### P74. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON INHIBIDORES DE HEDGEHOG EN EL TRATAMIENTO INICIAL DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Abril Pérez<sup>a</sup>, J. Sánchez Arráez<sup>a</sup>, R.D. Palacios Díaz<sup>a</sup>, M. Pozuelo Ruiz<sup>a</sup>, B. Escutia Muñoz<sup>a</sup>, I. Torres Navarro<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Politécnico y Universitario La Fe.

<sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor más frecuente en el ser humano; constituye el 80% de los cánceres de piel no melanoma. La cirugía es el tratamiento de elección para todos los CBC. Cuando se trata de CBC irreseccables no existe una opción terapéutica de elección. Vismodegib y sonidegib son inhibidores de la vía Hedgehog (IH) que han sido aprobados para el tratamiento de adultos con CBC metastásico o con CBC localmente avanzado que ha recurrido después de la cirugía. Vismodegib también se ha utilizado como tratamiento neoadyuvante antes de la cirugía en pacientes con CBC de alto riesgo con el objetivo de reducir el área del defecto quirúrgico. Existen escasos datos de eficacia y seguridad de este fármaco en uso en vida real donde parece ser que los porcentajes de respuesta son similares o incluso superiores a los reportados en los ensayos. Parece también que la mayoría de estos CBC recidivan con el tiempo. Por ello, nuestro objetivo es realizar un estudio observacional y retrospectivo de eficacia y seguridad de pacientes tratados con IH por CBC irreseccable primario. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 23 pacientes tratados con IH. De ellos, 12 (52,1%) eran hombres, con una edad media de 67,8 años. La razón más frecuente de uso de IH fue la de CBC localmente avanzado, siendo 5 de los restantes casos situación con resultado quirúrgico no aceptable a priori y 4 de ellos por CBC en el contexto de síndromes de tumores múltiples. El tiempo medio de tratamiento fue de 7,5 meses. Un 39% de pacientes obtuvieron respuesta completa y otro 39% respuesta parcial. La tasa de recidivas fue de un 52%. Los efectos adversos (EA) más frecuentes fueron calambres, disgeusia y alopecia, siendo el tiempo medio de inicio de los mismos de 1,7 meses. Nueve (39%) de los pacientes detuvieron el tratamiento debido a un EA. Los IH se posicionan como una herramienta terapéutica prometedora en el tratamiento inicial del CBC irreseccable, con un perfil de seguridad más que aceptable. Los EA son con frecuencia de bajo grado, pero en ocasiones condicionan la parada del tratamiento. La respuesta inicial es satisfactoria en un porcentaje elevado de pacientes, si bien la recidiva es relativamente frecuente en las series descritas. Un mayor número de datos y un seguimiento a largo plazo se ofrecerán en el trabajo final.

#### P75. CUANDO EL VITÍLIGO ES EL SIGNO DE ALARMA

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, N. Izquierdo Herce<sup>a</sup>, E. Prados<sup>b</sup>, J.O. Roca Mas<sup>c</sup> y L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** En pacientes con melanoma metastásico se pueden observar máculas hipopigmentadas de tipo vitíligo generalmente relacionadas con los tratamientos instaurados. Sin embargo, en casi el 3% de los pacientes con melanoma estas lesiones pueden ocurrir espontáneamente.

**Caso 1.** Varón de 61 años con antecedente de melanoma nodular ulcerado interescapular de 9 mm de Breslow con estudio de extensión por PET-TAC negativo. Se realizó una ampliación quirúrgica a 2 cm y un estudio del ganglio centinela que resultó negativo. En una revisión 2 años después se observaron máculas hipopigmentadas, bien delimitadas, en mejillas y frente que se intensificaban en la exploración con luz de Wood. Además se observaba una poliosis en las pestañas del párpado superior derecho de reciente aparición. En una nueva PET-TAC aparecieron adenopatías supraclaviculares y axilares derechas, confirmándose la sospecha de melanoma metastásico, realizándose una linfadenectomía e inicio de nivolumab.

**Caso 2.** Mujer de 73 años ingresada por melenas, anemia y síndrome constitucional. En la exploración cutánea destacaban máculas hipocromas en frente y mejillas y un halo-nevus intradérmico en lateral de cuello derecho. La paciente refería que la hipopigmentación se había iniciado durante los últimos 3 meses. Se realizó una PET-TAC en la que se halló una extensa lesión duodenal junto a adenopatías hipercaptantes en cuello y axila izquierdas. En la endoscopia se encontró una lesión pigmentada en duodeno, que se confirmó histológicamente como melanoma. No había evidencia melanoma cutáneo-mucoso (oral, genital o anal), por lo que se interpretó como un probable melanoma intestinal primario con metástasis ganglionares. Se realizó una resección del melanoma intestinal seguido de inmunoterapia.

**Discusión.** La despigmentación vitíligo-like se ha asociado principalmente al tratamiento con inmunoterapia para el melanoma, confiriéndole un mejor pronóstico. También se han descrito en la literatura las lesiones hipopigmentadas vitíligoides asociadas al propio melanoma, sin previo tratamiento. El vitíligo en el melanoma parece estar causado por una respuesta inmune contra antígenos comunes tanto a las células de melanoma como a los melanocitos normales. Presentamos 2 casos de melanoma metastásico que comenzaron con vitíligo de aparición espontánea pudiendo ser la clave para la sospecha de la progresión del melanoma.

#### P76. UN CORDERO CON PIEL DE LOBO: CUANDO EL BASOCELULAR SE VISTE DE MELANOMA

D. de Perosanz Lobo<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, P. Burgos Blasco<sup>b</sup>, J.M. Sanz Anquela<sup>c</sup>, E.L. Pinto Pulido<sup>a</sup> y R. Pérez Mesonero<sup>a</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. <sup>b</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. España.

**Caso clínico.** Mujer de 37 años que consulta por mácula hiperpigmentada irregular en la espalda, de unos 7 mm de diámetro. Dermatoscópicamente se observaban proyecciones color marrón oscuro, glóbulos asimétricos y un área blanquecina sugestiva de regresión. La lesión fue extirpada con la sospecha de melanoma. El estudio histopatológico demostró un carcinoma basocelular (CBC) pigmentado de predominio superficial con áreas de regresión, que se acompañaba de la presencia de agregados melanocíticos entre las células epiteliales basales neoplásicas. Los marcadores inmunohistoquímicos SOX-10, Melan-A y HMB45 fueron positivos en la población celular melanocítica. Un año después de la extirpación, no se han detectado signos de recidiva local o regional ni metástasis a distancia.

**Discusión.** La presencia de agregados melanocíticos junto con áreas de regresión de un CBC es un patrón histopatológico recientemente descrito, y que plantea el diagnóstico diferencial entre un CBC con "colonización melanocítica", y una colisión de un CBC y una neoplasia melanocítica. En nuestro caso, la ausencia de atipia celular en los

melanocitos permite clasificarlos como una “colonización melanocítica”. Durante la regresión espontánea que pueden sufrir los CBC, la respuesta inmune se focalizaría en las células basales y respetaría los melanocitos, permitiéndoles unirse en nidos que pueden llegar a simular una neoplasia melanocítica. Por otra parte, la mayoría de los CBC pigmentados son fácilmente identificables por dermatoscopia gracias a la ausencia de criterios de lesión melanocítica y a la presencia de otros característicos del CBC como las estructuras en hoja o las estructuras concéntricas “en ruedas de carro”. La ausencia de dichas estructuras junto con la presencia de regresión en un CBC altamente pigmentado puede llevar a la confusión con un melanoma. **Conclusiones.** Presentamos un caso con un diagnóstico diferencial exigente desde un punto de vista clínico e histológico. Un CBC con áreas de regresión y agregados melanocíticos embebidos en dichas áreas puede correlacionarse en la dermatoscopia con imágenes que simulan criterios de lesión melanocítica (proyecciones, retículo pigmentado, etc.), pudiendo confundirse clínica y dermatoscópicamente con un melanoma. Tanto el patólogo como el dermatólogo deben conocer este patrón histológico para evitar procedimientos innecesarios.

### P77. SONIDEGIB: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. Melián Olivera, G. Selda Enríquez, P. Burgos Blasco, A. Suárez Valle, E. Berná Rico, S. Bèa Ardébol, P. Jaén Olasolo y Ó. Muñoz Moreno Arrones

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

Sonidegib es un fármaco inhibidor de la vía de señalización Hedgehog, la cual se encuentra sobreexpresada en el 95% de los carcinomas basocelulares (CBC). Este fármaco está indicado para el tratamiento del CBC localmente avanzado no subsidiario de cirugía curativa y radioterapia. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes tratados con sonidegib en la práctica clínica habitual. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a una cohorte de pacientes consecutivos tratados con sonidegib en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid, España). Se recogieron las características clínicas de los pacientes, su respuesta al tratamiento y los efectos adversos relacionados con el mismo. Se incluyó un total de 7 pacientes (4 hombres) con una mediana de edad de 80 años (rango 66-93). Cuatro pacientes presentaban hipertensión arterial y 3 de ellos patología psiquiátrica en tratamiento. La mediana en la escala funcional de dependencia de Barthel fue de 60 puntos (rango 30-100). Todos los tumores mostraron características histológicas infiltrativas en la biopsia. Cinco pacientes habían recidivado tras una intervención quirúrgica previa. Cuatro pacientes presentaban múltiples CBC. La localización más frecuente (85.7%) fue en cabeza y cuello. Los pacientes recibieron 200 mg diarios de sonidegib. El periodo de seguimiento más largo fue de 17 meses, con una duración media de tratamiento de 7,3 meses (rango 0,13-17). Cuatro pacientes presentaron efectos adversos leves, siendo el más frecuente el efluvio telógeno. En un caso, el cambio de posología a días alternos solventó la disgeusia. Se suspendió el tratamiento de 3 pacientes, uno por alcanzar respuesta completa, otro por progresión de la enfermedad y otro tras presentar un brote de enfermedad inflamatoria intestinal ya diagnosticada. A los 2 meses del inicio, 4 pacientes mostraron respuesta parcial y 2 de ellos alcanzaron respuesta completa a los 6 y 9 meses. El CBC localmente avanzado presenta una mayor prevalencia entre los pacientes de edad avanzada. Si bien este estudio muestra resultados muy preliminares, la tendencia frente al ensayo BOLT es la de acoger a una población más anciana con mayor comorbilidad y CBC más recurrentes, poniendo de manifiesto la necesidad de conocer la aplicación de sonidegib en la práctica clínica real.

### P78. METÁSTASIS EN TRÁNSITO DE MELANOMA RESISTENTES A INMUNOTERAPIA: SERIE DE CASOS SOBRE TRATAMIENTOS LOCALREGIONALES DE RESCATE

Á.M.<sup>a</sup> García Miñarro, E. Castro González, N. Naranjo Guerrero, G. Suárez Mahugo, A. Felipe Robaina y G. Carretero Hernández

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

**Antecedentes y objetivos.** La tasa de respuesta global de las metástasis en tránsito (MET) a la inmunoterapia (IT) es del 54%. Nos proponemos ilustrar las alternativas terapéuticas localregionales en pacientes con MET resistente a IT.

**Métodos.** Identificamos a pacientes en tratamiento con IT sin enfermedad extrarregional que presentaron MET resistente (n = 3). Recogimos las características clinicopatológicas y evaluamos los tratamientos localregionales, la respuesta clínica y los acontecimientos adversos (AA), clasificando su severidad según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

**Resultados.** El primer caso es una mujer de 91 años con ECOG = 0 que inicia pembrolizumab por un melanoma en la pierna estadio IIIC (T3bN3cM0, BRAF indeterminado). Al mes desarrolla nuevas MET cutáneas y se inicia radioterapia local con respuesta parcial. Se asocia imiquimod tópico, con persistencia de una MET cutánea resistente que se extirpa. Como AA destaca una reacción local por imiquimod grado 2. La paciente requirió suspensión transitoria de anti-PD-1 durante hospitalización por neumonía por SARS-CoV-2, grado 3. El segundo caso es una mujer de 67 años, ECOG = 0, en tratamiento con pembrolizumab por un melanoma en espalda estadio IIIC (T3bN1cM0 por MET extirpadas, BRAF negativas). Al tercer mes del tratamiento desarrolla nuevas MET subcutáneas, y se asocian infiltraciones intralesionales de interleucina-2 (IL-2) semanales con respuesta completa tras 3 meses. Desarrolla enteritis grado 3 atribuida a la IT y se mantiene sin enfermedad tras 9 meses de finalizar la IT. El tercer caso es un varón de 61 años, ECOG = 0, que inicia pembrolizumab por un melanoma en muslo estadio IIID (T4bN3cM0 por MET reseadas, BRAF negativas). Tras 4 meses, presenta nuevas MET y se asocian infiltraciones de IL-2. Ante la aparición de nuevas lesiones, se indica cambio a ipilimumab hasta completar un año de tratamiento, combinado con IL-2, con respuesta completa y sin enfermedad 9 meses tras finalizar la IT. Desarrolló una mucositis liquenoide orogenital grado 2, atribuida al ipilimumab.

**Conclusiones.** En pacientes seleccionados con MET resistente a IT, la terapia combinada es una estrategia efectiva de rescate, incluyendo la cirugía, infiltraciones intralesionales de IL-2, imiquimod o radioterapia permitiendo completar el tratamiento adyuvante con respuestas mantenidas.

### P79. INMUNOTERAPIA EN MELANOMA AVANZADO: CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE 18 PACIENTES CON UN PERFIL DE TOXICIDAD POCO FRECUENTE

P. Díaz Morales, E. Castro González, Á. García Miñarro, N. Naranjo Guerrero y G. Carretero Hernández

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

**Antecedentes y objetivos.** En los últimos años se ha producido un cambio en el panorama terapéutico del melanoma avanzado con la irrupción de los anticuerpos monoclonales dirigidos a activar la respuesta inmunológica antitumoral (anti-CTLA-4, anti-PD-1). En algunos casos, el bloqueo de estas vías inhibitorias también conlleva la pérdida de tolerancia periférica, conduciendo a un daño tisular no intencionado.

**Métodos.** Diseñamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con melanoma en estadios III-IV que han recibido tratamiento con anticuerpo anti-PD-1 o anti-CTLA-4 con intención

adyuvante o de tratamiento en el servicio de dermatología de nuestro hospital desde 2019 hasta la actualidad.

**Resultados.** Incluimos un total de dieciocho pacientes con inmunoterapia. Quince pacientes se encontraban en estadio III y tres pacientes en estadio IV. Pembrolizumab fue el fármaco empleado en diecisiete casos, uno de ellos con cambio secuencial a ipilimumab y un paciente con nivolumab. Ocho pacientes (44%) presentaron algún evento adverso relacionado con el tratamiento, en forma de astenia limitada el día posterior a la infusión. Seis pacientes (33%) presentaron algún evento adverso inmunomediado (EAI) y dos de ellos experimentaron afectación de dos o más órganos distintos. Objetivamos EAI grado 3 en cuatro pacientes. El sistema endocrino fue el afectado con mayor frecuencia, siendo el hipotiroidismo en distintos grados el EAI más frecuente (tres pacientes). Dos pacientes presentaron toxicidad digestiva en forma de colitis y enteritis. La afectación del sistema nervioso ocurrió en dos casos, manifestándose como encefalitis talámica y mielitis. Por último, dos pacientes experimentaron toxicidad cutánea en forma de penfigoide ampoloso y mucositis orogenital liquenoide. La aparición de EAI justificó la suspensión del tratamiento en tres casos (16,7%), consiguiendo en el resto control de la sintomatología con tratamiento médico.

**Conclusiones.** Encontramos un perfil de toxicidad en línea con lo descrito previamente en la literatura. No obstante, en nuestra cohorte destaca la aparición de EAI poco frecuentes especialmente neurológicos. Estos condicionan una suspensión definitiva de tratamiento, debiendo mantener una alta sospecha clínica debido a su sintomatología poco específica y la alta morbimortalidad asociada.

#### P80. FENÓMENO RECALL DE QUERATOSIS ACTÍNICAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB

C. Guerrero Ramírez<sup>a</sup>, S. Plata Clemente<sup>a</sup>, A. López Mateos<sup>b</sup>, P. Lopez Sanz<sup>a</sup> y S. Manso Córdoba<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General de Albacete. Albacete. <sup>b</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción.** Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal cuyo mecanismo de acción es a nivel de sinapsis inmunológico, inhibiendo la acción coinhibidora del PD-1, favoreciendo la destrucción tumoral por los linfocitos T CD8. Actualmente, los inhibidores de PD-1 aportan resultados prometedores para el tratamiento del carcinoma epidermoide avanzado y son primera línea en melanoma metastásico y cáncer de pulmón no microcítico avanzado.

**Caso clínico.** Paciente varón, 61 años, en seguimiento por Oncología Médica por carcinoma epidermoide de lóbulo inferior derecho, con adenopatías mediastínicas homolaterales e infiltrado nodular en lóbulo superior, con expresión PD-L1 100%, en tratamiento con tercer ciclo de pembrolizumab (PD-1), presenta lesiones cutáneas descamativas y parcialmente pruriginosas en cuero cabelludo de semanas de evolución. Las lesiones se iniciaron una semana después del primer ciclo de pembrolizumab. No refería lesiones previamente. A la exploración, presenta placas eritematodescamativas generalizadas en cuero cabelludo, con parcial componente edematoso en lesiones occipitoparietales. No hay afectación palmoplantar ni de anejos. No evidencia lesiones en otras localizaciones. Con el diagnóstico de queratosis actínica grado I, inflamadas, se pautó antibiótico en asociación con corticoide tópico durante tres semanas. En la visita de reevaluación, al mes, práctica resolución del cuadro.

**Discusión.** El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal de primera línea para el cáncer de pulmón no microcítico metastásico en adultos (expresión PD-L1 > 50%), melanomas avanzados en adultos o en linfoma de Hodgkin clásico y carcinomas uroteliales resistentes a platinos. Entre las reacciones adversas, destacan las dermatológicas, como prurito, vitiligo o alopecia, y menos frecuentemente,

síndrome de Steven-Johnson o penfigoide ampoloso. La inflamación de queratosis actínicas subclínicas es frecuente en tratamientos quimioterápicos, tales como capecitabina, doxorrubina o fluorouracilo. También se han descrito en terapias de combinación y con los nuevos fármacos antidiaria como dorafenib, panitumumab, sunitinib y erlotinib. La patogenia de este fenómeno podría deberse al fenómeno de recall sobre el campo de cancerización. **Conclusión.** Presentamos un caso de inflamación de queratosis actínicas subclínicas en relación con pembrolizumab.

#### P81. CARCINOMA SEBÁCEO SOBRE ADENOMA SEBÁCEO

C. Sarró-Fuente<sup>a</sup>, A. Muñoz-de Lucas<sup>a</sup>, R. Miñano-Medrano<sup>a</sup>, F. Pinedo-Moraleda<sup>b</sup> y J.L. López-Esteban<sup>a</sup>

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

**Introducción.** El carcinoma sebáceo es un tumor cutáneo poco frecuente con un comportamiento potencialmente agresivo. Se distinguen los tipos periocular (originados en las glándulas sebáceas) y extraocular (de origen indeterminado). Estos últimos pueden estar asociados al síndrome de Muir-Torre, por lo que es importante hacer un despistaje de las inestabilidades de microsátélites en estos pacientes.

**Caso clínico.** Mujer de 85 años que consultaba por una lesión en hemiabdomen derecho de 3 años de evolución, con crecimiento progresivo y sangrado en los últimos meses. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración presentaba una masa exofítica ulcerada de 5 cm. No tenía adenopatías axilares o inguinales palpables. Dos años antes había sido valorada por una placa eritematoamarillenta de 2,5 × 1,5 cm en dicha localización. La primera biopsia fue compatible con adenoma sebáceo y no volvió a seguimiento. En la nueva biopsia se apreciaba una neoplasia constituida por sebocitos inmaduros que expresaban atipia citológica, fenómenos de apoptosis, numerosas mitosis y fenómenos de necrosis. La TC toracoabdominopélvica no reveló afectación a distancia, por lo que se realizó extirpación con márgenes de la lesión. Los cortes histológicos de la pieza de extirpación mostraban presencia de carcinoma sebáceo in situ con extensas áreas de diferenciación escamosa. Los márgenes de resección estaban libres. El estudio inmunohistoquímico demostró la expresión de las proteínas del sistema de reparación de errores de replicación del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). De momento, la paciente mantiene seguimiento estrecho, sin recidiva ni nuevas lesiones.

**Resultados.** Hay varios casos descritos de carcinomas sebáceos extraoculares asociados a enfermedad de Bowen y queratosis actínicas, sin evidenciarse glándulas sebáceas preexistentes. Por ello se ha sugerido que pudieran originarse de células pluripotenciales intraepidérmicas o sobre neoplasias escamosas intraepidérmicas.

**Conclusiones.** Presentamos un caso inusual de carcinoma sebáceo extraocular con intensa diferenciación escamosa originado sobre un adenoma sebáceo. El tratamiento de elección en los casos localizados es la extirpación quirúrgica amplia. Además, en pacientes con carcinoma sebáceo es importante el cribado del síndrome de Muir-Torre.

#### P82. DERMATOFIBROMA CELULAR, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

L. Beas Porcel, L. García Fernández, J. Espiñeira Sicre y J. Miralles Botella

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. España.*

**Introducción.** El dermatofibroma es la forma más frecuente de neoplasia benigna de origen mesenquimal. Existe una gran variedad de

dermatofibromas tanto desde el punto de vista clínico como histológico. Una de esas variantes es el dermatofibroma celular, que representa aproximadamente el 5% del total de dichas lesiones y se caracteriza por su mayor tasa de recidivas locales, que varía según las series del 10 al 50% y la posibilidad, aunque muy baja, de producir metástasis a distancia (11 casos reportados en la literatura).

**Caso clínico.** Mujer de 23 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por la presencia de una lesión localizada en hombro derecho, de seis meses de evolución, dolorosa, que había experimentado un rápido crecimiento en los dos últimos meses. Había recibido varias tandas de tratamiento antibiótico, antiinflamatorios no esteroideos y drenaje de la lesión, con escasa mejoría. A la exploración física se observa una lesión nodular excrecente de 2 cm de diámetro, bien delimitada, eritematosa, con aumento de temperatura local y centro fluctuante. Se establece el diagnóstico de quiste epidérmico abscesificado, se realiza drenaje de la lesión hasta en dos ocasiones, se pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Ante la escasa respuesta tras un mes y medio de tratamiento, se procede a la extirpación de la lesión, donde se observa una proliferación de células fusiformes, con un incremento de la celularidad, patrón de crecimiento estoriforme con células monomorfas, que se extiende a hipodermis y los siguientes marcadores inmunohistoquímicos: factor XIIIa+, CD34-, S-100-, HMB45-, actina muscular-, CK AE1- AE3-. Ante dichas características se establece el diagnóstico de dermatofibroma celular y se solicita TC de cuello y tórax sin evidencia de enfermedad a distancia y se realiza cirugía micrográfica de Mohs con extirpación completa de la lesión.

**Conclusión.** Presentamos el caso de una paciente de 23 años con un dermatofibroma celular con un curso clínico atípico. A día de hoy existe una gran controversia en cuanto a la actitud terapéutica a seguir respecto a estos pacientes, requiriendo de más estudios que permitan establecer un adecuado esquema terapéutico.

### **P83. CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LOS CARCINOMAS ESPINOCELULARES DE ALTO RIESGO PRESENTADOS EN EL COMITÉ DE ONCOLOGÍA CUTÁNEA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA**

A. Carmona Oliveira, E. Martínez García, N. López Navarro, R. Bosch García y E. Herrera Acosta

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

**Antecedentes y objetivos.** Evaluar las características y la evolución de los carcinomas espinocelulares (CEC) de alto riesgo presentados en el Comité Multidisciplinar de Oncología Cutánea entre los años 2019 y 2021.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de tipo observacional de las características y evolución de los pacientes con CEC presentados en Comité de Oncología Dermatológica entre 2019 y 2021, ambos inclusive.

**Resultados.** Analizamos un total 70 pacientes, de los cuales el 74,3% eran varones. Un 35% de los pacientes estaban inmunodeprimidos. El tiempo medio de evolución del tumor fue de 178,62 días, no obstante, la demora de atención en Dermatología apenas alcanzaba los 27 días. El 41,4% de los pacientes era derivado desde atención primaria mientras que un 21,4% fueron atendidos directamente por urgencias. En cuanto a las características histopatológicas de los tumores, el 89,2% de los CEC presentaba un grado de diferenciación tumoral moderado o pobre y un 30% de ellos evidenciaba invasión perineural. Las localizaciones más frecuentes de los CEC fueron cuero cabelludo, región preauricular y mejillas. El 85,7% de los casos fue tratado con cirugía como primer abordaje, de ellos, en el 52,5% de los casos no se logró alcanzar márgenes quirúrgicos libres. Un mayor tiempo de evolución de la enfermedad se asoció de manera estadísticamente significativa ( $p = 0,025$ ) con

una mayor dificultad para alcanzar bordes libres tras la cirugía. Entre los pacientes intervenidos, un 67,9% de los pacientes precisó braquiterapia adyuvante. A lo largo del seguimiento recayeron un total de 20 pacientes, siendo lo más frecuente la recidiva local y las metástasis ganglionares. Los pacientes con CEC en región preauricular y frente presentaron un mayor riesgo de recaída. Tras el periodo de seguimiento el 62,9% de los pacientes se encontraban libres de enfermedad. Sin embargo, 16 pacientes habían fallecido siendo en el 56,3% la causa del exitus directamente asociada al CEC.

**Conclusiones.** El CEC de alto riesgo es potencialmente mortal. El abordaje precoz e integral de estos pacientes es imprescindible para mejorar el pronóstico, siendo necesario un abordaje multidisciplinar. Además, debido a la complejidad terapéutica que presentan, así como al riesgo de recaída y de complicaciones, es recomendable atender a estos pacientes en centros de referencia.

### **P84. QUERATOSIS ACTÍNICAS MÚLTIPLES DEL CUERO CABELLUDO TRATADAS CON CRIOTERAPIA Y PROTECCIÓN SOLAR: COMPORTAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS SIN TRATAMIENTO DE CAMPO DE CANCERIZACIÓN**

G. Selda Enríquez, P. Burgos Blasco, A.L. Melián Olivera, E. Berná Rico, J. Jiménez CauhÉ, D. de Perosanz Lobo, P. Jaén Olasolo y M. Fernández Guarino

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

La terapia de campo de cancerización (TCC) se utiliza para el tratamiento de las queratosis actínicas (QA) múltiples, pero hay publicaciones recientes que sugieren la posibilidad de tumores inducidos por este tratamiento y la necesidad de un uso responsable del mismo. En este estudio queremos evaluar la evolución de múltiples QA en el cuero cabelludo tratadas con crioterapia y protección solar para plantear una alternativa a la TCC. Se reclutaron a adultos con más de cinco QA distribuidas simétricamente en el cuero cabelludo y se recogieron sus datos demográficos. Las QA fueron contadas, ubicadas, dibujadas, clasificadas en grado I-II, fotografiadas y se calculó el índice de Severidad y Área de Queratosis Actínica (AKASI). Las QA de grado II fueron tratadas con crioterapia y fueron seguidas durante 6 meses, con una revisión a los 3 meses. Se compararon los resultados entre los pacientes que referían un uso de protector solar químico respecto a los que no. Todos los pacientes usaron sombreros al aire libre para evitar el sesgo de la exposición solar. No se incluyeron a los pacientes que habían recibido TCC en los últimos 24 meses o en tratamiento con cremas queratolíticas en el cuero cabelludo. También se excluyeron a pacientes graves (AKASI > 8), pacientes con cáncer de piel previo o que no usaban siempre sombrero al aire libre. Se incluyeron a un total de 30 pacientes con una edad media de 77,23 años y un AKASI medio de 4,37. Se contaron un total de 557 QA, siendo el número de QA medio por sujeto de 18,57, dividido en 11,57 de grado I y 6,70 de grado II. La respuesta global a los 6 meses fue significativa con un 46% (255/557) de las lesiones resueltas y un AKASI medio menor respecto a la basal ( $p < 0,05$ ). El uso de protector solar químico en el cuero cabelludo no aportó beneficios a nuestros pacientes. Este es un estudio pequeño, pero los hallazgos indican que el papel de la protección solar podría ser importante en estos pacientes, particularmente si tienen QA múltiples de grado I. Además, con los datos descritos, proponemos que el seguimiento de los pacientes con QA múltiples en cuero cabelludo sea principalmente con protección solar y crioterapia de las QA de grado II, y que podría considerarse como una buena opción terapéutica para rotar y espaciar los tratamientos con TCC.

### P85. METÁSTASIS INUSUAL DE UN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

J. Navarro Pascual<sup>a</sup>, J. Cruaños Monferrer<sup>a</sup>, J.P. Serrano Serra<sup>a</sup>, J.F. Orts Paco<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>I. Úbeda Clemente<sup>a</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>D. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, C. Soria Martínez<sup>a</sup>, C. Brufau Redondo<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>E. Giménez Cortés<sup>a</sup>, M. Ruiz Moreno<sup>b</sup> y F. Martínez Molina<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor poco frecuente que afecta a pacientes ancianos, que suele originar recidivas locorregionales y metástasis distantes. Varón de 79 años hipertenso, diabético tipo 2 insulinizado y cardiópata que consulta por lesión en rodilla derecha que ha crecido progresivamente, de 3 meses de evolución. Presenta una lesión carnosa y exofítica con áreas fibrosas de 3,8 × 4,7 cm. Se realiza exéresis y reparación mediante injerto cutáneo. El análisis histopatológico evidencia células pequeñas basófilas con tinción inmunohistoquímica positiva para CK20 compatible con CCM. La biopsia del ganglio linfático centinela (BGLC) es negativa. Se realiza radioterapia (RT) del lecho tumoral y de la cadena ganglionar inguinal derecha. Año y medio después, una TAC toracoabdominopélvica revela la presencia de engrosamiento de pared gástrica con bloques adenopáticos mesentéricos y en retroperitoneo superior, así como micronódulos peritoneales sugestivos de carcinomatosis. Paralelamente, el paciente presenta dolor abdominal acompañado de anorexia y pérdida de peso. Por medio de endoscopia digestiva alta se observan pliegues gástricos engrosados y con ulceraciones, de los que se toma una biopsia cuyo examen histológico confirma la presencia de metástasis de CCM. Dado el deterioro del estado general del paciente se decide tratamiento paliativo. El CCM es un tumor infrecuente pero muy agresivo que representa el 1% de los tumores cutáneos malignos. Afecta a ancianos de raza blanca, siendo la radiación ultravioleta y la inmunosupresión celular los principales factores de riesgo asociados. La cirugía radical del tumor es la base del tratamiento y se recomienda realizar BGLC con o sin linfadenectomía. La RT del lecho quirúrgico puede extenderse a la cadena linfática de drenaje primaria. En la enfermedad metastásica las opciones de tratamiento incluyen quimioterapia e inmunoterapia. Las metástasis a distancia se dan, en orden de frecuencia, en ganglios linfáticos o piel distantes, hueso, médula ósea, pulmón, pleura, hígado, páncreas, glándulas adrenales, cerebro y riñones. De esta forma, presentamos el caso de un paciente con un CCM de gran tamaño que, pese a que fue tratado con cirugía y quimioterapia adyuvante, durante el seguimiento empezó con metástasis en localizaciones infrecuentes como son el retroperitoneo y el tracto digestivo superior.

### P86. VISMODEGIB Y CARCINOMA BASOCELULAR: NUESTRA EXPERIENCIA

H. Gegúndez Hernández, T. Díaz Corpas, F.J. Melgosa Ramos, Á. Aguado Vázquez, A. Fuertes Prosper y A. Mateu Puchades

Servicio de Dermatología. Hospital Doctor Peset. València. España.

**Introducción y objetivos.** Vismodegib es el primer inhibidor selectivo de la vía de la señalización “Hedgehog” aprobado para el tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado y metastásico. Describimos nuestra experiencia en los últimos 3 años con el vismodegib en un centro hospitalario terciario en el tratamiento de pacientes con CBC avanzados no subsidiarios de cirugía y/o radioterapia.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en la unidad de cáncer cutáneo entre enero 2018 y septiembre 2021. Se estudian diversas variables como la edad y el sexo del paciente, la localización, el tamaño

inicial, el tipo de tumor, los tratamientos recibidos previos, la duración del tratamiento, la respuesta a este (completa, parcial, estabilización o ausencia de respuesta), los efectos secundarios observados y la necesidad o no de suspensión.

**Resultados.** En total se incluyen un total de 7 pacientes, un 57% mujeres. La edad media al inicio es de 85,8 años. El tipo de tumor predominante es el infiltrativo (43%) y la mayoría no reciben terapias previas (57%). Todos los CBC se localizan en cabeza y cuello, siendo localmente avanzados sin afectación a distancia. El tratamiento es administrado durante 9,1 meses de media. El 43% (3) de los pacientes obtuvieron una respuesta parcial, mientras que el 57% (4) obtuvieron una respuesta completa al tratamiento, logrando suspender el fármaco. Solo uno de estos presentó recidiva a los 3 meses, requiriendo su reintroducción. Los principales efectos secundarios observados fueron disgeusia, náuseas y calambres musculares, de carácter leve en su mayoría.

**Conclusiones.** Acorde a lo publicado en la literatura, el vismodegib es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento del CBC localmente avanzado, con un porcentaje de respuesta en nuestra experiencia muy elevado. En aquellos pacientes en los que se obtiene respuestas completas confirmadas, se potencia la suspensión de su administración. No obstante, requieren de un periodo de seguimiento estrecho ante la posibilidad de recidivas tempranas. Los efectos adversos deben tenerse en cuenta por su alta frecuencia, aunque estos suelen ser de carácter leve y en la mayoría de los casos no requieren la interrupción del tratamiento.

### P87. INCREMENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN UN REGISTRO DE PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO DE ALTO RIESGO

R. Miñano Medrano<sup>a</sup>, E. Gómez de la Fuente<sup>a</sup>, Y. Pérez Serna<sup>a</sup>, F.J. Pinedo Moraleda<sup>b</sup>, A. Pampín Franco<sup>a</sup>, U. Floristán<sup>a</sup>, D. Ruíz Genao<sup>a</sup> y J.L. López Esteban<sup>a</sup>

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

**Introducción.** Antes del inicio de la pandemia por COVID-19, en enero 2019, se inició en el servicio de dermatología un registro de los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo, según los criterios de las clasificaciones para estadificación de estos pacientes (AJCC) así como guías de manejo clínico (NCCN). El motivo de este estudio era registrar los datos demográficos de los pacientes definidos como de alto riesgo, valorar la influencia de factores propios del paciente, del tumor, del tratamiento empleado (cirugía, radioterapia, quimioterapia) en términos de recurrencia, efectos adversos y supervivencia.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohorte prospectivo. Registro. Se incluyen los pacientes mayores de edad diagnosticados de carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo en la consulta de dermatología desde enero 2019 hasta enero 2020. Se registran datos demográficos, comorbilidades, datos clínicos relevantes del paciente, tamaño del tumor, datos histológicos, tratamientos quirúrgicos, recurrencias, metástasis y exitus.

**Resultados.** Se han recogido 16 pacientes, 11 varones, 5 mujeres. Media de edad de 80,38 años (64-90 años); un 28,5% (n = 4) de los pacientes tenían algún tipo de inmunosupresión; antecedentes de tumores múltiples en un 50% (n = 8). La localización más frecuente fue en cuero cabelludo, 42% (n = 6); en un 75% (n = 12) eran tumores primarios y en un 25% (n = 4) persistentes. Media del tamaño 39 mm (10-80 mm). Media de profundidad 7,03 mm (1-14 mm), se observó infiltración perineural en un 37,5% (n = 6). Se realizó radioterapia adyuvante en el 56,25% (n = 9) de los pacientes. Durante los meses de pandemia 6 pacientes del registro se infectaron por COVID-19, falleciendo 5 de ellos. Dos pacientes fallecieron por las metástasis. Tres pacientes presentan metástasis ganglionares, realizándose radioterapia en uno de ellos, rescate quirúrgico con va-



ciamiento ganglionar más radioterapia y cemiplimab en otro. Actualmente existen 9 pacientes en seguimiento.

**Discusión.** Presentamos los casos iniciales de pacientes con carcinoma epidermoide de alto riesgo recogidos en nuestro hospital justo al inicio de la pandemia por COVID-19. La pandemia provocó un aumento brusco e inesperado de la tasa de mortalidad en los 2 primeros años de seguimiento, causando también el retraso de algunos tratamientos como la radioterapia y la cirugía.

### **P88. PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME DE GORLIN TRATADO CON VISMODEGIB. TRANSFORMACIÓN CLÍNICA EVIDENTE DE UNAS DE LAS LESIONES TRAS 5 MESES DE TRATAMIENTO CON VISMODEGIB**

E. Baquero Sánchez<sup>a</sup>, C. Méndez Abad<sup>a</sup>, I. Millán Ortega<sup>b</sup> y J.C. Armario Hita<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Puerto Real. España.

**Introducción.** El síndrome de Gorlin (SG) es una enfermedad infrecuente de herencia autosómica dominante producida por mutaciones en genes de la vía de señalización Sonic Hedgehog, entre los que destaca PTCH1. Se caracteriza por el desarrollo de múltiples carcinomas basocelulares (CBC) en edades tempranas, que pueden ir asociados a otras manifestaciones cutáneas como pits palmoplantares, o a manifestaciones extracutáneas, entre las que destacan los queratocistomas odontogénicos y el meduloblastoma. Por su parte, vismodegib es el primer inhibidor selectivo de la vía de la señalización Hedgehog aprobado para el tratamiento del CBC localmente avanzado y metastásico. Sin embargo, existen ya numerosos estudios, incluyendo ensayos clínicos, que muestran la eficacia y seguridad de vismodegib en el tratamiento y profilaxis de los CBC en pacientes con SG, incluso durante largos periodos de tiempo.

**Caso clínico.** Paciente varón de 38 años que consultaba por lesiones múltiples progresivas en cara y tronco. A la exploración destacaban más de 20 lesiones papulosas y nodulares clínica y dermatoscópicamente compatibles con CBC, la mayoría a nivel facial, destacando lesiones a nivel de párpados y canto interno y externo de los ojos. Presentaba también pits palmoplantares e interrogando al paciente se supo que había sido intervenido de dos quistes odontogénicos. Dado el número de lesiones y, sobre todo, la localización de las mismas, faciales y periorbitarias, se decidió iniciar tratamiento con vismodegib. Tras 5 meses de tratamiento, todas las lesiones habían respondido, reduciéndose de tamaño, incluso algunas habían desaparecido, salvo una en canto externo de ojo izquierdo que había crecido levemente y se mostraba como una pápula queratósica con vasos en horquilla en la dermatoscopia. Se decidió extirpar dicha lesión ante la sospecha de transformación a carcinoma escamoso o basoescomoso, pero tras la revisión de anatomía patológica se llegó al diagnóstico de queratosis folicular invertida.

**Discusión.** Existen publicaciones que afirman que vismodegib puede incrementar el riesgo de transformación a carcinoma escamoso de los CBC tratados con el fármaco, así como de desarrollo de carcinomas epidermoides en otras localizaciones. Sin embargo, los últimos estudios publicados no han podido demostrar un riesgo incrementado de carcinomas epidermoides ni transformaciones y descartan dicha asociación.

### **P89. CARCINOMA EPIDERMOIDE PERIANAL CON METÁSTASIS INGUINALES EN PACIENTE CON LIQUEN ESCLEROSO ANOGENITAL**

M.<sup>a</sup>S. Vallejo-Ruiz<sup>a</sup>, A. Guerrero-Torija<sup>a</sup>, R. Khedaoui<sup>b</sup>, B. Echeverría-García<sup>a</sup>, D. Arias-Palomo<sup>a</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.

**Caso clínico.** Mujer de 72 años, con antecedente de liquen escleroso (LE) anogenital de años de evolución, que fue remitida a Dermatología por una úlcera perianal de 3 cm, de meses de evolución, desarrollada sobre las lesiones de LE, con biopsia de carcinoma epidermoide (CE) moderadamente diferenciado. La extirpación completa de la lesión con márgenes de 9 mm demostró un CE moderadamente diferenciado desarrollado sobre un LE con áreas de neoplasia escamosa intraepitelial diferenciada (NEID). La TC toracoabdominopélvica (TC-TAP) al diagnóstico y la RM pélvica descartaron la presencia de enfermedad a distancia. Como tratamiento complementario sobre las lesiones de LE y NEID recibió tratamiento con 4 sesiones de terapia fotodinámica y propionato de clobetasol crema al 0,05% 2 veces a la semana. En la revisión a los 7 meses del diagnóstico la paciente presentó un nódulo duro de 4 cm en región inguinal derecha, con punción aspiración con aguja fina compatible con una adenopatía metastásica. La linfadenectomía inguinal derecha confirmó la presencia de metástasis por CE con extensión extranodal e invasión parietal del cayado de la safena interna, por lo que se indicó radioterapia adyuvante.

**Discusión.** El LE es una causa conocida de CE anogenital aunque, debido a su infrecuencia, hay pocos casos descritos en la literatura. La NEID se considera la lesión precursora del CE asociado a LE. La extirpación quirúrgica con márgenes libres es la base del tratamiento. La linfadenectomía profiláctica en el CE perianal, a diferencia del CE de vulva, es una técnica controvertida debido a su importante morbilidad y la escasa literatura al respecto, por lo que no está indicada de forma rutinaria. El tratamiento de mantenimiento del LE con corticoides tópicos se ha propuesto como medida preventiva del desarrollo de CE.

**Conclusiones.** Presentamos el caso de una paciente con un CE perianal sobre LE que desarrolló adenopatías inguinales en el primer año del diagnóstico, a pesar de presentar márgenes quirúrgicos libres. La rápida progresión de esta paciente nos hace plantearnos si la biopsia selectiva de ganglio centinela o la linfadenectomía profiláctica podrían estar indicadas en estos casos.

### **P90. ANONIQUIA Y DEFORMIDAD DIGITAL DE RÁPIDA EVOLUCIÓN EN VARÓN DE DOCE AÑOS: A PROPOSITO DE UN CASO**

F. Moro Bolado<sup>a</sup>, M. Carmona Rodríguez<sup>a</sup>, L. Martínez Montalvo<sup>a</sup>, O. Al-Wattar Ceballos<sup>a</sup>, P. Fernández-Pacheco Sánchez-Migallón<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup> Rogel Vence<sup>a</sup>, J.L. Santiago Sánchez-Mateos<sup>a</sup>, P. Sánchez Caminero<sup>a</sup> y G. Romero Aguilera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Ciudad Real. España.

**Introducción.** La anoniquia adquirida es un signo clínico infrecuente en la infancia. Debe hacernos sospechar una lesión traumática, inflamatoria, infecciosa o, menos frecuente, tumoral. Presentamos el caso de un varón de doce años con pérdida total de la lámina ungueal así como deformidad digital e inflamación dolorosa del quinto dedo del pie, de instauración en menos de dos meses.

**Caso clínico.** Niño de doce años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestra consulta por aparición de una lesión inflamatoria y dolorosa, de dos meses de evolución, en quinto dedo del pie izquierdo. A la exploración se observó pérdida de la totalidad de la uña y aumento de la temperatura de manera local. Se realizó biopsia de la lesión con resultado inicial de sarcoma de células redondas indiferenciado. En la RM se observó una lesión de 30 × 23 × 18 mm que englobaba las falanges distal y media, con signos de infiltración ósea y aparición multilobulada. Mediante técnica de FISH con sondas convencionales el tumor fue negativo para sarcoma de Ewing. Se envió a centro de referencia para realizar Oncopanel RNA, obteniéndose como resultado la fusión génica BCOR-CCNB3, debida a una inversión paracéntrica en el brazo corto del cromosoma X. Tras el diagnóstico se realizó amputación del

quinto dedo, seguido de quimioterapia con vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina.

**Discusión.** Los sarcomas BCOR-CCNB3 son un grupo recientemente caracterizado genéticamente dentro de los sarcomas de células redondas indiferenciadas, inicialmente clasificado dentro de los tumores de la familia del sarcoma de Ewing. Muestran predilección por varones adolescentes y localización en regiones esqueléticas (56%), aunque también pueden desarrollarse en tejidos blandos (39%). Histopatológicamente se caracterizan por proliferaciones celulares indiferenciadas, de morfología redondeada, o discretamente fusiforme. El diagnóstico diferencial incluye tumores de la familia del sarcoma de Ewing, así como sarcomas sinoviales, tumores malignos de la vaina de los nervios periféricos y el osteosarcoma de células pequeñas. El diagnóstico definitivo precisa de la demostración de la fusión BCOR-CCNB3. El tratamiento no se encuentra estandarizado, depende de la localización y de la extensión tumoral, aunque en la mayor parte de los casos consiste en la combinación de tratamiento quirúrgico y quimioterapia adyuvante.

### P91. USO DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO

S. Merino Molina, R. Bosch García, N. López Navarro, J. Suárez Pérez, J.A. González Saavedra y E. Herrera Acosta

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

**Antecedentes y objetivos.** En este estudio valoramos nuestra experiencia clínica en el tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado, en cuyo abordaje se ha desestimado cirugía o radioterapia debido a la extensión, probabilidad de recidiva o de grave desfiguramiento. Se procede a evaluar los resultados del uso de inhibidores de la vía Hedgehog en el control tumoral, efectos adversos y tolerancia.

**Métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, que incluye a los pacientes tratados con vismodegib y sonidegib en nuestro servicio. Incluye tres pacientes: dos con CBC en cuero cabelludo tratados previamente mediante cirugía, y uno en espalda, en el que se ha indicado vismodegib tras desestimarse otra posibilidad debido a la extensión. En todos se desestimó la radioterapia. Los tres pacientes son mujeres, con edad media de 69,66 años. Todos recibieron vismodegib (150 mg) diario durante 15, 7 y 5 meses, respectivamente. Uno presentó recidiva tras la suspensión, por lo que se prescribió sonidegib (200 mg) diario, que actualmente continúa tras tres meses.

**Resultados.** La respuesta al vismodegib fue satisfactoria en todos los pacientes: en uno (33%) fue completa con remisión total, y en dos (66%) fue parcial con evidente reducción de tamaño. Todos presentaron efectos adversos menores: mialgias (100%), astenia (33%), disgeusia (100%) y alopecia (66%). Ninguno sufrió cambios en la analítica o efectos adversos graves. La mayoría (66%) refirieron buena tolerancia. Durante el tratamiento con vismodegib solo un paciente presentó mala tolerancia, por lo que posteriormente fue tratado con sonidegib, evidenciándose respuesta parcial y buena tolerancia (mialgias y astenia de menor intensidad).

**Conclusiones.** Los inhibidores de la vía Hedgehog son una alternativa para los CBC localmente avanzados en los que se contraindica la cirugía y la radioterapia. La respuesta al tratamiento ha permitido la remisión total en uno de nuestros pacientes, y la reducción parcial en dos, lo que facilita un abordaje posterior con otras técnicas. Los efectos adversos han sido leves y bien tolerados por la mayoría. El sonidegib se ha mostrado como una alternativa eficaz y ha presentado una menor intensidad de eventos adversos, tal y como se recoge en la bibliografía. Dada la baja frecuencia de CBC localmente avanzado, se requiere mayor tamaño muestral para futuros estudios.

### P92. LINFOMA T CUTÁNEO NO CLASIFICADO, NOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

A. Guerrero Torija<sup>a</sup>, M.ªS. Vallejo Ruiz<sup>a</sup>, M.I. Jaquero<sup>b</sup>, J. Ruiz Rivero<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, D. Arias Palomo<sup>a</sup>, B. Echeverría García<sup>a</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

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

**Introducción.** El linfoma T cutáneo no especificado (NOS) es una entidad muy infrecuente. El fenotipo de los linfocitos neoplásicos no reúne los criterios necesarios para clasificar al linfoma NOS en alguno de los grupos de linfomas cutáneos definidos por la EORTC o la WHO. Se trata de linfomas muy agresivos con una tasa de supervivencia del 20% a los 5 años del diagnóstico.

**Caso 1.** Varón de 65 años con HTA y dislipidemia e historia de adenocarcinoma de próstata en remisión. Consulta por una tumoración eritematosa de 2 cm de diámetro, con costra central, en la región supraescapular derecha, de un mes de evolución. Sin síntomas B. La histología objetivó un infiltrado dérmico de linfocitos neoplásicos con frecuentes mitosis, abundantes histiocitos y eosinófilos, y células plasmáticas aisladas. No se observó epidermotropismo, aneotropismo, vénulas poscapilares prominentes, células dendríticas foliculares, necrosis, angiocentrismo ni angiodestrucción. La inmunohistoquímica fue positiva para CD3, CD2, CD5, CD7, CD4, CD25 y PD1, y negativa para CD8, CD30, CD56, granzima B, perforina, CD57, CD10, BCL6, CD20. Ki67 de un 40%. Negatividad para VEB. El diagnóstico fue de linfoma T periférico, NOS. El estudio de extensión descartó enfermedad sistémica. Tras la extirpación de la lesión se inició tratamiento con quimioterapia CHOP sin nuevas lesiones tras 10 meses de seguimiento.

**Caso 2.** Varón de 41 años con diabetes mellitus, HTA e hipercolesterolemia. Consulta por múltiples lesiones papulonodulares violáceas en el cuero cabelludo y en la espalda de 2 meses de evolución. Sin síntomas B. Los hallazgos histopatológicos fueron superponibles a los del caso 1. El estudio de extensión también descartó enfermedad sistémica. Tras el diagnóstico se inició tratamiento con quimioterapia CHOP.

**Discusión.** La clasificación de los linfomas cutáneos ha ido cambiando gracias al desarrollo de nuevas técnicas moleculares y marcadores inmunohistoquímicos. Esto ha permitido un mejor manejo de los mismos. El linfoma T periférico NOS es una variante muy infrecuente a cuyo diagnóstico se llega cuando el infiltrado linfoide no cumple criterios de los otros linfomas T. Se presentan 2 casos con clínica cutánea muy diferente. Es probable que en un futuro estas formas NOS estén mejor caracterizadas lo que permita una mejora en el manejo y en el pronóstico de los pacientes.

### P93. CARACTERÍSTICAS DEL INFILTRADO LINFOCITARIO TUMORAL DE BASOCELULARES Y ESPINOCELULARES QUE SURGEN DE NOVO DURANTE TERAPIA ANTI-PD-1

M. Domínguez Santás<sup>a</sup>, S. Bèa Ardèbol<sup>a</sup>, C. Perna Monroy<sup>b</sup>, Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>a</sup>, A. Suárez Valle<sup>a</sup>, B. Díaz Guimaraens<sup>a</sup> y P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** Los fármacos anti-PD-1 son un tipo de inmunoterapia que actúa inhibiendo el punto de control inmunitario. Estos fármacos se pueden usar para el tratamiento de carcinomas espinocelulares (CEC) y de carcinomas basocelulares (CBC) avanzados no resecables con cirugía.

**Métodos.** Se ha seleccionado a 3 pacientes que, durante su tratamiento con fármacos anti-PD-1, desarrollaron o bien CBC, o bien CEC y se estudió el infiltrado tumoral linfocitario (TIL) de los mismos. Uno de los pacientes estaba en tratamiento con pembrolizumab por un melanoma metastásico y durante el tratamiento

desarrolló dos CEC. Otro paciente estaba en tratamiento con cemiplimab por un CEC localmente avanzado y durante el tratamiento desarrolló dos CBC. El último paciente estaba en tratamiento con nivolumab por un carcinoma epidermoide laríngeo y durante el tratamiento desarrolló un CEC. Se analizó la presencia o ausencia de TIL en los cinco tumores previamente mencionados, indicando en aquellos en los que estaba presente, entre otros, el porcentaje de CD8, CD3, CD20 y también la expresión de PD-L1 tumoral.

**Conclusión.** La inmunoterapia con anti-PD1 se usa tanto en CBC como en CEC localmente avanzados o metastásicos. Con este trabajo hemos pretendido analizar las peculiaridades histológicas e inmunohistoquímicas (así como las del TIL) de aquellos tumores que surgen de novo durante un tratamiento con inmunoterapia.

## Videos

### 1. RECONSTRUCCIÓN DE LABIO INFERIOR, UN RETO CON ANESTESIA LOCAL

X. Cubiró, V. Amat, L. Rusiñol, L. Puig y V. Ruiz

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

Presentamos el caso de un varón de 89 años sin antecedentes de interés, que manifestaba una tumoración exofítica en labio inferior de 7 años de evolución, sin alteraciones motoras ni adenopatías asociadas. Tras la exéresis quirúrgica, nos quedó un defecto de 4 cm en un labio de 7 cm, tras dejar los márgenes quirúrgicos adecuados. Ante dicho defecto de 2/3 del labio inferior, propusimos distintas opciones reconstructivas como el colgajo de Abbe, el colgajo de Gillies, el colgajo en escalera bilateral, el colgajo Bernard-Webster y el colgajo de Karapadznik. El colgajo de Karapadznik fue el colgajo escogido, con un muy buen resultado estético y funcional al cabo de 7 y 30 días. La anatomía patológica demostró unos márgenes quirúrgicos libres de enfermedad, sin recidiva tumoral al cabo de 12 meses de la cirugía.

### 2. TIPS EN CIRUGÍA UNGUEAL

J. Jiménez Cauhé, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, S. Bèa Ardébol y L. Ríos

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

La cirugía ungueal es una parte habitualmente olvidada en la formación de un dermatólogo. En este video presentamos una serie de tips o perlas para aquel que desee iniciarse en cirugía ungueal. 1) Con el terminal desenchufado, puede emplearse la pala plana del bisturí eléctrico como separador o elevador ungueal. 2) Cuando se opera en solitario y se necesita reflejar el pliegue ungueal para exponer la matriz, es muy útil anudar el vértice del pliegue al torniquete. 3) Tras una cirugía en el lecho ungueal, es útil realizar un orificio en la lámina ungueal antes de su reposición, para permitir el drenaje de la posible hemorragia. 4) En aquellas uñas muy distróficas y engrosadas, es preferible realizar una avulsión con abordaje proximal, ya que es menos traumática. Además, si existe hipertrofia del pliegue proximal, puede beneficiarse de una incisión en boca de pez más pequeña que la técnica habitual (de Howard-Dubois). Siempre que se realice una avulsión total sin reposición de la placa ungueal, es necesario colocar una "interfase" entre la matriz y el pliegue proximal. En este caso colocamos el envoltorio de plástico de la sutura. 5) La biopsia lateral longitudinal es la muestra más óptima para el estudio anatomopatológico. Es importante realizar un diseño en forma de L o S itálica para incluir siempre el asta lateral de la matriz, evitando así espículas posteriores. 6) Detalle de la

técnica de amputación o desarticulación de la falange distal con creación de muñón palmar.

### 3. RECONSTRUCCIÓN DE ECTROPIÓN BILATERAL: DISTINTAS TÉCNICAS DE ABORDAJE QUIRÚRGICO

G. Juan Carpena<sup>a</sup>, J.C. Palazón Cabanes<sup>a</sup>, A. Botía Paco<sup>a</sup>, A.A. González Ruiz<sup>a</sup>, J. Mondéjar<sup>b</sup> y J.P. Devesa Ivorra<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital General Universitario de Alicante. España.*

**Introducción.** El ectropión se define como la eversion del párpado con exposición de su superficie interna. El ectropión adquirido puede tener una etiología nerviosa (parálisis del VII par craneal), mecánica (presencia de tumores), involutiva (relajación de las estructuras del párpado que da lugar a una laxitud horizontal) o cicatricial (que produce un acortamiento de la piel en el plano vertical).

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 84 años con un ectropión adquirido de los dos párpados inferiores de causa multifactorial. En este paciente concurrían un componente involutivo, con laxitud de las distintas estructuras del párpado (piel, tarso y tendones cantales), y un componente cicatricial, con importante daño actínico y antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares extirpados y queratosis actínicas tratadas con crioterapia e imiquimod tópico en la región periocular, mejillas y frente. El ectropión del párpado inferior derecho se reparó mediante una cantoplastia (corrección de la laxitud horizontal marcada) y un injerto de piel total obtenido de la región retroauricular ipsilateral (corrección del acortamiento vertical marcado). En el párpado inferior izquierdo, la laxitud horizontal era menor (grado moderado) y se intentó corregir con una cantopexia, pero finalmente fue necesario realizar una cantoplastia, que se combinó con un colgajo de transposición de piel y músculo del párpado superior al inferior (colgajo de Tripier) para corregir el acortamiento vertical. El paciente presentó una buena evolución posquirúrgica y en los controles posteriores el ectropión no se ha vuelto a desarrollar.

**Discusión.** La técnica de reconstrucción del ectropión depende del componente patogénico predominante y en el caso de que la etiología sea multifactorial se deben combinar distintas técnicas quirúrgicas. La evaluación prequirúrgica es fundamental para seleccionar las técnicas más adecuadas. Para reparar el componente cicatricial se utilizan técnicas de reposición de volumen: injertos o colgajos, en función del grado de acortamiento vertical. Para el componente involutivo se emplean técnicas de retensaje como la cantopexia (si la laxitud es leve) o la cantoplastia (cuando es moderada o grave).

### 4. RECONSTRUCCIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA CON COLGAJO DE AVANCE BILATERAL

A.A. González Ruiz, A. Botía Paco, J.C. Palazón Cabanes, G. Juan Carpena y J.P. Devesa Ivorra

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.*

Paciente de 80 años, con múltiples lesiones actínicas y antecedentes de exéresis de otros tumores cutáneos que presentaba un carcinoma escamoso en la porción superior del lóbulo de la oreja derecha. Inicialmente nos planteamos la realización de una extirpación en cuña, pero como consecuencia produciría un resultado inestético al suturar el hélix con el lóbulo de la oreja. Para intentar solventar este problema, decidimos realizar un colgajo de avance bilateral que implicase la parte del lóbulo y del hélix. Llevamos a cabo la extirpación del tumor, posteriormente, diseñamos el colgajo de deslizamiento del lóbulo de la oreja que implica extirpar un

pequeño triángulo de descarga que permita el ascenso del lóbulo de la oreja para poder unirlo al hélix. Tras esto, disecamos un pequeño colgajo cutáneo del hélix, después suturamos ambas estructuras, primero por el plano posterior y finalmente acabamos suturando el plano anterior de la oreja.

## 5. COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN PARA DEFECTO DE PLIEGUE DE ALA NASAL

G. Castillo, A. Jaka, M.<sup>a</sup> Blanco y A. Arrieta

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut d'Investigació Germans Trias. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.*

Los carcinomas basocelulares en la región del ala nasal son muy frecuentes y suponen un reto quirúrgico para la reconstrucción, ya que, además del impacto estético, es muy importante mantener la funcionalidad de la subunidad estética, en nuestro caso el ala nasal. Presentamos el caso de una mujer de 67 años que presentaba un carcinoma basocelular infiltrante, de bordes mal definidos, en el pliegue alar derecho. En el vídeo mostramos el procedimiento de la exéresis mediante cirugía de Mohs convencional, que precisó 2 etapas para conseguir unos márgenes libres. El defecto resultante de 2 cm afectaba a 2 subunidades estéticas, pared lateral nasal y ala nasal, y fue cerrado mediante un colgajo de transposición adaptado a la forma y localización del defecto. Se diseñó el colgajo de pedículo inferior desde la mejilla, con la misma anchura del defecto, logrando esconder la cicatriz en la línea del surco nasogeniano y se realizó el labrado del pedículo teniendo en cuenta el espesor a cubrir. En nuestra paciente se comprobó que el colgajo se desplazaba con facilidad y se adaptaba perfectamente, por lo que no fue necesario extirpar un triángulo de descarga. La paciente tuvo un postoperatorio favorable, retirando la sutura a los 7 días y obteniendo un resultado funcional y estético satisfactorio, a pesar de haber borrado parcialmente el surco del ala nasal. En resumen, describimos un caso de colgajo de transposición, adaptado desde su diseño a la forma y localización del defecto. No requiere ninguna adaptación posterior y logra esconder las cicatrices en surcos naturales, dando un resultado funcional y estético aceptable en una localización difícil.

## 6. RECONSTRUCCIÓN DE GRAN DEFECTO FACIAL EN LA REGIÓN CIGOMÁTICA

V. Amat-Samaranch, X. Cubiró, L. Rusiñol, V. Ruiz y L. Puig

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

Varón de 90 años, pluripatológico y dependiente para las actividades básicas de la vida diaria que consultó por lesión tumoral exofítica de 2,5 cm de diámetro en la región cigomática izquierda, de 5 meses de evolución. Una biopsia parcial arrojó el diagnóstico de fibroxantoma atípico. No se encontraron adenopatías en la exploración física y una tomografía computarizada de cara y cuello descartó diseminación adenopática. En un comité multidisciplinar, se decidió realizar una exéresis quirúrgica con anestesia local dada la contraindicación de sedación por parte del servicio de anestesia. Se desestimó realizar cirugía de Mohs por tener un tiempo quirúrgico más prolongado. Se procedió a la exéresis de la lesión con 5 mm de margen y hasta fascia muscular, dejando un defecto de 3,5 cm de diámetro. Se reconstruyó el defecto mediante el colgajo "del lector", que consiste en un colgajo de doble transposición. Se trata de una plastia segura y cuya principal cualidad es que garantiza un cierre con baja tensión. Por ello presenta un riesgo menor de necrosis, dehiscencia y mala cicatrización, una menor distorsión y tracción de tejidos adyacentes, y una extirpación menor de piel sana. Otras opciones reconstructivas en la región cigomática son los

colgajos de avance-rotación, colgajo de Limberg o el colgajo bilobulado. El fibroxantoma atípico es un tumor poco frecuente con marcado pleomorfismo y con un curso usualmente benigno. Suele aparecer en pacientes de edad avanzada en áreas fotoexpuestas. El riesgo de recidiva es del 5-16% y las metástasis ganglionares y a distancia son poco habituales. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, siendo recomendada la realización de cirugía de Mohs para garantizar una exéresis completa.

## 7. DECORTICACIÓN DE RINOFIMA CON LÁSER DE CO<sub>2</sub>: NUESTRA EXPERIENCIA

H. Perandones González, L.M. Valladares Narganes, V. Onecha Vallejo, R. Linares Navarro, C. Olmos Nieva y M.Á. Rodríguez Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. España.*

El rinofima es una entidad benigna producida por la hipertrofia de las glándulas sebáceas y del tejido conectivo de la nariz. Si bien se ha relacionado a los últimos estadios de la rosácea, su etiopatogenia es desconocida. El eritema, las telangiectasias, los nódulos y la apariencia bulbosa de la nariz pueden suponer una gran morbilidad para los pacientes. En este vídeo describimos la técnica paso a paso de decorticación con láser CO<sub>2</sub> y presentamos los resultados en 7 pacientes. El primer paso es delimitar con un rotulador dermatográfico la zona a tratar, respetando la anatomía del paciente. La anestesia puede ser general o local con sedación, siendo recomendable el uso de adrenalina para disminuir el sangrado. La primera incisión se realiza con el láser CO<sub>2</sub> a 5 W de potencia en modo superpulsado, para disminuir el daño epidérmico. Una vez alcanzado el plano, nos ayudamos de las erinas y realizamos la decorticación en modo continuo entre 5-10 W. El plano en el que realizamos la decorticación es el de las glándulas sebáceas. La liberación de aceite y el color camel nos indicarán que estamos decorticando a un nivel adecuado. Un plano más profundo en el que eliminemos la totalidad de los anejos puede conllevar riesgo de cicatriz atrófica. El láser CO<sub>2</sub> nos permite coagular y vaporizar a la vez que decorticamos el tejido hipertrófico. Para ello es importante secar bien la zona y desfocalizar el terminal. Para finalizar, eliminamos los restos de carbonilla con una gasa empapada en suero salino y realizamos un ajuste más fino, mediante la vaporización con el láser CO<sub>2</sub> desfocalizado, favoreciendo la retracción del tejido sobrante. Finalmente, el paciente deberá realizar curas con pomadas antibióticas y cremas reparadoras, para favorecer la repitelización.

## 8. ¿HACEMOS UN PÁRPADO NUEVO?

I. Hiltun Cabredo, J. Aróstegui Aguilar, J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora, I. Martínez de Espronceda Ezquerro, S. Oscoz Jaime y M.<sup>a</sup>E. Iglesias Zamora

*Complejo Hospitalario Universitario de Navarra. Pamplona. España.*

Mujer de 83 años que consultó por una lesión pigmentada heterocroma en párpado inferior izquierdo de más de 2 cm, mal delimitada, que afectaba a borde libre palpebral. En consulta se realizó una biopsia-punch de la lesión, con el resultado de lentigo maligno. Se realizó exéresis completa de la lesión con control de márgenes, con el resultado histopatológico de lentigo maligno melanoma: Breslow de 0,4 mm y un borde lateral afecto. En un segundo tiempo se amplió dicho borde lateral y tras confirmación de bordes libres se amplió 1 cm de margen de piel sana, quedando así un defecto de espesor total de gran tamaño, prácticamente el párpado inferior completo y extendiéndose en plano cutáneo hasta el reborde orbitario. Se procedió entonces a la reconstrucción del defecto. La la-

mela posterior se reconstruyó mediante disección de la mucosa conjuntival, creando así un bolsillo y colocando en él un injerto de cartilago obtenido del antehélix derecho de 3 cm. Dicho injerto se fijó por su borde lateral al periostio del reborde orbitario externo y al escaso tarso restante por su zona medial. Posteriormente se cubrió el margen superior del injerto suturándolo a la conjuntiva y finalmente se elevó la porción externa del músculo orbicular mediante un punto de suspensión al periostio del reborde orbitario externo. Una vez fijado el cartilago, se procedió a reconstruir la lamela anterior con un colgajo de transposición tipo Fricke de mejilla izquierda. Seis meses tras la intervención la paciente presentaba un resultado funcional y estético satisfactorios.

## 9. RECONSTRUCCIÓN FRONTAL USANDO *LIGASURE*<sup>®</sup>

A. Romo Melgar, V. Velasco Tirado, E. Cardeñoso Álvarez, M.<sup>ª</sup>C. Fraile Alonso, E. Godoy Gijón y C. Román Curto

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

**Antecedentes y objetivo.** Durante la cirugía dermatológica es frecuente que se produzcan hemorragias profusas en sábana que, aunque es inusual que lleguen a poner en peligro la vida de los pacientes, sí que pueden suponer una fuente de complicaciones importante y una prolongación significativa de los tiempos quirúrgicos, sobre todo en localizaciones con mayor tendencia a sangrar, como es el caso de la frente.

**Métodos.** Presentamos el caso de una paciente con un melanoma en la frente que motivó la extirpación de la parte central de la misma de manera amplia y la posterior reconstrucción del defecto mediante dos colgajos de avance. Dada la mencionada predisposición al sangrado de la zona, se optó por el uso de un dispositivo de disección y sellado de vasos *Ligasure*<sup>®</sup> (Covidien Medtronic, Dublín, Irlanda), a fin de minimizar el riesgo de complicaciones hemorrágicas.

**Resultados.** La cirugía se desarrolló sin incidencias, reduciéndose el sangrado habitual de la zona, lo que permitió que se desarrollara con mayor comodidad y limpieza. La paciente no sufrió complicaciones postoperatorias y el resultado oncológico y estético fue bueno.

**Conclusiones.** Presentamos el caso de una paciente para cuyo tratamiento quirúrgico se empleó un dispositivo de disección y sellado de vasos *Ligasure*<sup>®</sup>, facilitando el desarrollo del mismo. Queremos poner de manifiesto que este tipo de dispositivos pueden tener cabida dentro de la cirugía dermatológica, ya que permiten reducir el sangrado, disminuyendo la frecuencia de complicaciones.

## 10. QUELOIDE GIGANTE CERVICAL

T. Ojeda-Vila, L. Ferrándiz, A. Fernández-Orland, L.A. Ortega-Berbel, T. Benítez Fernández y D. Moreno-Ramírez

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** El queloide es un tumor benigno, pero con alta tendencia a la recidiva local. Además, existen factores demográficos (edad, sexo, raza) y clínicos, particularmente la localización anatómica, que incrementan el riesgo de desarrollar queloides y de que estos recidiven después del tratamiento.

**Caso clínico.** Hombre de 34 años, de origen africano, que consulta 4 años antes por un queloide cervical gigante izquierdo originado sobre un área de foliculitis. En una primera intervención se procedió a la resección del queloide con cierre directo y a la infiltración de triamcinolona sobre la línea de sutura, tratamiento que se repitió cada 4 semanas durante 3 meses. El paciente fue tratado de forma secuencial con imiquimod tópico, corticoides intralesionales,

siliconoterapia, presoterapia hasta que abandonó el seguimiento y volvió a consultar 3 años después con un nuevo queloide gigante cervical izquierdo de mayores dimensiones que el original. En esta situación optamos de nuevo por la resección completa del tumor bajo anestesia general y reconstrucción del defecto cervical mediante un injerto laminar obtenido de la superficie anterior del muslo. El tratamiento fue complementado con infiltraciones de triamcinolona y presoterapia, así como una última sesión de láser de CO<sub>2</sub> sobre una recidiva incipiente de los bordes del injerto.

**Conclusión.** El queloide es un tumor benigno que por su tendencia a la recidiva requiere de tratamientos secuenciales quirúrgicos y adyuvantes y de un seguimiento estrecho para evitar que la lesión alcance unas dimensiones que dificulten su tratamiento quirúrgico.

## 11. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS RECIDIVANTE CON INFILTRACIÓN CRANEAL: EXTIRPACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE CEMENTO ÓSEO Y COLGAJO BILOBULADO

D. Moreno-Ramírez<sup>a</sup>, M.<sup>ª</sup>Á. Cañizares<sup>b</sup>, F. Silva-Clavería<sup>a</sup>, A. Fernández-Orland<sup>a</sup>, T. Benítez Fernández<sup>a</sup> y L. Ferrándiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

<sup>b</sup>Unidad de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Introducción.** La invasión tumoral de estructuras óseas representa un criterio habitual de irrecesabilidad en pacientes con tumores cutáneos. La dificultad para la reconstrucción de estructuras óseas, particularmente el cráneo, en esta situación clínica lleva a plantear la radioterapia o terapia sistémica como opciones terapéuticas ante esta situación de alto riesgo.

**Caso clínico.** Hombre de 83 años con carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado localizado en región parietooccipital derecha extirpado 6 meses antes con márgenes de resección libres de tumor y reconstrucción mediante injerto laminar. El estudio de imagen demostró infiltración de la práctica totalidad del espesor de la calota craneal. El tratamiento radioterápico y la inmunoterapia sistémica fueron desestimadas por criterios clínicos y preferencias del paciente, respectivamente por lo que se planteó tratamiento quirúrgico en intervención conjunta entre los servicios de dermatología y neurocirugía. La resección completa del tumor y la necesidad de reconstruir el espesor completo óseo-subcutáneo y cutáneo de la calota llevó a la realización de una craneotomía mediante fresado y cobertura del defecto craneal mediante cemento óseo moldeable fijado mediante miniplacas y reconstrucción de partes blandas mediante plastia de trasposición con diseño bilobulado.

**Conclusión.** La craneotomía con reconstrucción mediante cemento óseo y el colgajo bilobulado han permitido la resección completa del tumor y una reconstrucción con resultado funcional excelente, manteniéndose el paciente libre de enfermedad y sin manifestaciones clínicas ni neurológicas 12 meses después de la intervención.

## 12. BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

J.C. Palazón Cabanes<sup>a,b</sup>, G. Juan Carpena<sup>a,b</sup>, A.A. González Ruiz<sup>a</sup>, A. Botía Paco<sup>a</sup>, I. Betlloch Mas<sup>a,b,c</sup> y M.<sup>ª</sup>M. Blanes Martínez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). <sup>c</sup>Departamento de Dermatología. Universidad Miguel Hernández de Elche. España.

La biopsia de la arteria temporal es una técnica quirúrgica necesaria para el diagnóstico final de la arteritis de células gigantes. Esta enfermedad consiste en una vasculitis de gran vaso con gra-

ves consecuencias para la salud, como la ceguera permanente. Por esta razón, resulta de gran importancia el reconocimiento precoz de dicha enfermedad y el diagnóstico de certeza mediante la biopsia de la arteria temporal para asegurar un tratamiento adecuado. Nuestro caso se trata de un varón de 76 años ingresado en el servicio de neurología por un cuadro consistente en cefalea, claudicación mandibular y pérdida aguda de visión en ojo derecho. Ante la sospecha de una arteritis de células gigantes, se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona y se decidió la realización de la biopsia de la arteria temporal, para lo que contactaron con nuestro servicio de dermatología. La biopsia de la arteria temporal es un procedimiento quirúrgico de unos 30 min de duración que se realiza bajo anestesia local. El primer paso consiste en la localización del recorrido del vaso mediante palpación desde la zona preauricular hasta la región frontal. En el área de la sien, se realiza una incisión de unos 3 cm de longitud. A continuación, se disecan los planos hasta alcanzar la fascia temporal, bajo la cual discurre la arteria temporal superficial. Una vez separada de las estructuras adyacentes, se liga la arteria con una sutura simple de modo proximal y distal, asegurando una distancia de 1,2-2 cm, que será la longitud requerida para nuestra muestra. Es importante tomar una muestra de la longitud adecuada para evitar falsos negativos en el estudio histológico, pues la afectación vascular de esta enfermedad es parcheada. Finalmente, se procede al cierre de la herida quirúrgica por planos, comprobando que no haya sangrado. Se trata, por tanto, de un procedimiento quirúrgico que requiere un gran conocimiento de la anatomía facial para asegurar una localización correcta de la arteria temporal superficial y para evitar el daño de las estructuras adyacentes, principalmente las ramas del nervio facial. Dada su formación quirúrgica, el dermatólogo tiene conocimientos suficientes de la anatomía facial para la realización de este procedimiento, obteniendo unos resultados similares a los alcanzados por otras especialidades quirúrgicas.

### 13. EXTIRPACIÓN DE TUMOR GLÓMICO SUBUNGUEAL

L. Leal, G. Deza, F. Gallardo, M. Bertolín, E. López-Trujillo y R. Pujol

*Hospital del Mar. Barcelona. España.*

Se trata de un paciente de 17 años con un tumor glómico en el tercer dedo de la mano izquierda de 3 años de evolución, con clínica y ecografía compatible. Bajo bloqueo anestésico, se realizó la avulsión de la mitad medial de la lámina ungueal más una incisión paralela al pliegue lateral de la uña para poder visualizar la lesión. A través de una incisión realizada en el lecho ungueal se enucleó el tumor con la ayuda de una cucharita dermatológica. Finalmente se procedió a la aproximación de los extremos del lecho ungueal con vicryl 6/0 y al cierre de la incisión lateral con prolene 4/0. Se trata de un procedimiento simple que consigue la resolución de la clínica de los pacientes sin distrofia ungueal secundaria.

### 14. COLGAJO DE INTERPOLACIÓN TUNELIZADO Y GUIADO POR DOPPLER PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN MEJILLA

R. Linares Navarro, H. Perandones González, V. Onecha Vallejo y M.Á. Rodríguez Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. España.*

Se presenta un colgajo de interpolación desde la región frontal lateral, tunelizado y guiado por Doppler para reconstrucción de un defecto en mejilla tras la extirpación de un lentigo maligno en la misma. En primer lugar, localizamos y marcamos el trayecto de la rama frontal de la arteria temporal superficial mediante Doppler.

A continuación, se procede a la medida de la lesión para diseñar el colgajo, cuyo pedículo seguirá el trayecto de la arteria marcada y se tunelizará. Se procedió a la extirpación de la lesión en mejilla y a despegar el colgajo que se había diseñado, que, como hemos mencionado, consta de un pedículo que sigue el trayecto de la rama frontal de la temporal superficial. Este pedículo se desepitelizó para poder proceder a su tunelización para llegar al defecto en la mejilla. También se comprobó la irrigación del pedículo mediante Doppler. Finalmente, se procedió al cierre del defecto secundario en sien mediante un colgajo de avance. Para facilitar el movimiento de avance, se realizaron varias incisiones en la galea. El resultado postoperatorio a los tres meses fue estética y funcionalmente satisfactorio.

### 15. COLGAJO COMBINADO EN ISLA + EN BANDERA

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

Varón de 27 años que consulta por placa de bordes perlados y ulceración central en región frontal izquierda de meses de evolución compatible con carcinoma basocelular. Se realiza exéresis de la lesión, cubriendo el defecto con un colgajo de pedículo subcutáneo "en isla" que asciende desde la sien en su porción lateral y por un colgajo de avance "en bandera" desde la piel de la región frontal medial. Dichos colgajos siguen la línea de implantación del cabello, que ayuda a camuflar la cicatriz. La evolución al mes muestra una evolución estéticamente aceptable, que preserva el cierre del ojo derecho y la mímica facial.

### 16. EXÉRESIS DE QUELOIDE CON LÁSER DE CO<sub>2</sub>

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que consultó por la aparición de una cicatriz queiloidea en el lóbulo de la oreja izquierda de 5 años de evolución, como consecuencia de una perforación en la zona, que le provocaba dolor y prurito. Se decidió realizar ablación del queiloide con láser de CO<sub>2</sub>, administrando posteriormente infiltraciones de 0,5 ml de mezcla de 0,45 ml de 5-fluoruracilo (5-FU) 50 mg/ml y 0,05 ml de acetónido de triamcinolona (ACT) 40 mg/ml en el lecho de la herida. Se realizaron en total 8 sesiones de infiltraciones separadas por 2 semanas. Al concluir el tratamiento, se evitó la recidiva de la cicatriz con un aceptable resultado estético. El láser es absorbido por el agua del tejido, que se evapora, lo que genera un efecto coagulativo y fototérmico con una profundidad de eliminación cutánea muy pequeña (20 µm), dando lugar un daño tisular mínimo que reducirá la probabilidad de provocar una cicatriz anómala. El ACT es un corticoide de potencia alta con efecto antiinflamatorio y vasoconstrictor que suprime la proliferación de fibroblastos y queratinocitos. El 5-FU es un citostático y proapoptótico, por lo que su uso en infiltración es especialmente eficaz en cicatrices queiloideas de corto tiempo de evolución que aún están en fase proliferativa. La combinación de estos 2 fármacos presenta una menor incidencia de efectos adversos típicos de la infiltración con ACT, como son la atrofia cutánea, la ulceración y la hipopigmentación. Su aplicación después de la exéresis de CO<sub>2</sub> tiene como objetivo evitar la proliferación anómala de fibroblastos al iniciarse la cicatrización.

## 17. COLGAJO DE AVANCE EN LABIO INFERIOR

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

Varón de 71 años que consulta por placa costrosa e infiltrada en hemilabio inferior derecho de 5 meses de evolución, compatible con carcinoma espinocelular sobre mucosa. La lesión mide 2 cm de longitud máxima y la mucosa labial adyacente asocia daño actínico. Refiere sangrado esporádico. Se decide exéresis quirúrgica de la lesión. Al planificar la cirugía se desestima la realización de un cierre directo en V-bloque debido al tamaño del defecto, por lo que se opta por la realización de un colgajo de avance del labio inferior. Para ello se realiza primero exéresis de la lesión, incluyendo el espesor del labio. A continuación, se realiza una incisión siguiendo la circunferencia del mentón, asociada a la exéresis de una semiluna de descarga. Esto permitirá la movilidad del colgajo. Se realiza sutura mucosa y sutura por planos de músculo y tejido subcutáneo con sutura reabsorbible. Finalmente se realiza sutura simple superficial. A la semana de seguimiento, el paciente presenta una imperceptible microstomía, manteniendo la abertura bucal y la mímica facial, con un adecuado resultado estético.

## 18. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL ALA NASAL MEDIANTE EL COLGAJO “EN TIBURÓN”

N. Naranjo Guerrero, P. Diaz Morales, Á. García Miñarro, B. Rivero Moreno, E. Castro González y G. Carretero Hernández

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

**Introducción.** El colgajo “en tiburón” fue descrito en 2006 por Cvancara y Wentzell como alternativa reconstructiva para lesiones que asienten en la región alar y perialar. Se trata de una variante del clásico colgajo de avance en isla que asocia en su porción distal un movimiento de rotación que permite recrear la forma cóncava del surco alar.

**Descripción de la técnica.** Como en la mayoría de los colgajos, un óptimo resultado funcional y estético final radica en un buen diseño previo. El colgajo se divide en dos partes adoptando una morfología en tiburón. En la porción superior se encuentra el llamado “hocico del tiburón” (B) y será la encargada de sustituir el defecto primario mediante un movimiento de rotación de 90°. Por ello es fundamental que la longitud de esta parte del colgajo, coincida con la medida que existe desde la localización original del surco alar hasta la pared medial del defecto primario (A). El diseño final de esta parte reproducirá la forma de un tiburón con la mandíbula abierta. La porción inferior se diseñará como un colgajo en isla con piel de la mejilla siguiendo las líneas de expresión facial de mínima tensión (RSTL) ocultando una de las incisiones en el surco melolabial. La unión de la porción superior con la porción inferior del colgajo es la encargada de reproducir la morfología del surco alar, adquiriendo la forma de la mandíbula cerrada de un tiburón. Durante su realización, es importante preservar el pedículo subcutáneo o miocutáneo y suturar de forma superficial.

**Discusión y conclusión.** El colgajo “en tiburón” fue descrito inicialmente como un colgajo de pedículo miocutáneo dependiente del músculo elevador del labio superior. Sin embargo, tal y como se describe en artículos posteriores y, en nuestra experiencia, la realización de este con pedículo subcutáneo resulta más sencilla, con buena viabilidad y bajo riesgo de necrosis. Por tanto, el colgajo “en tiburón” permite la reconstrucción de lesiones que comprometan el surco alar, permitiendo recrear su morfología, con un excelente resultado funcional y estético.

## Bilbao, 1-3 de diciembre de 2021

### Cáncer cutáneo no melanoma

#### 1. FIBROXANTOMA ATÍPICO Y SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: SERIE DE 41 CASOS

A. Arrieta Vinaixa<sup>a</sup>, A. Jaka Moreno<sup>a</sup>, M.J. Fuente González<sup>a</sup>, P. Rodríguez Martínez<sup>b</sup> y J.M. Carrascosa Carrillo<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El fibroxantoma atípico (FXA) y el sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) son tumores de estirpe sarcomatosa poco frecuentes que difieren en su potencial agresividad, teniendo este último un comportamiento más agresivo (metástasis en el 10-20% según la literatura). El objetivo del estudio fue describir las variables clínicas e histopatológicas de una serie de 41 tumores diagnosticados en nuestro hospital entre los años 2012-2021.

**Métodos.** Estudio retrospectivo donde se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas e histopatológicas.

**Resultados.** La serie la componen 30 FXA y 11 SPD de un total de 40 pacientes. Se trata de 36 hombres y 4 mujeres, con edad media al diagnóstico de 81 años (45-98 años). El 82,93% de los tumores aparecieron en áreas fotoexpuestas siendo la localización más frecuente el cuero cabelludo (61%). El tamaño medio de los tumores fue de 19,44mm (30,6mm SPD; 15,15mm FXA). El estudio anatomopatológico mostró ulceración en 18 tumores, necrosis e invasión perineural en 2/11 SPD e invasión más allá del tejido subcutáneo en 7/11 SPD. Ningún tumor presentó invasión linfovascular. El estudio inmunohistoquímico (reportado en 38 tumores) fue positivo para CD10 en todos los casos, y en los tumores en los que se realizaron tinciones de S100, SOX10, HMB45, CD34 y citoqueratinas, aquellas fueron negativas. Se realizó radioterapia local como adyuvancia en 5/11SPD. El seguimiento medio de los pacientes fue de 24 meses, 3 pacientes presentaron recidivas locorregionales y no hubo casos de metástasis.

**Conclusiones.** Nuestra serie de pacientes comparte con otras series previas características clínicas y anatomopatológicas (edad avanzada, afectación predominante del polo cefálico y áreas fotoexpuestas y mayor agresividad de SPD). En todos nuestros pacientes se llegó al diagnóstico por exclusión de otras neoplasias cutáneas, siendo el estudio anatomopatológico de la pieza completa crucial para el diagnóstico. Cabe destacar de nuestra serie el elevado ratio de SPD respecto a FXA, así como la ausencia de metástasis en los SPD, a diferencia de series publicadas.

#### 2 CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL COMBINADO CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 7 CASOS

E. Ríos Viñuela<sup>a</sup>, B. Llombart Cusac<sup>a</sup>, V. Traves Zapata<sup>b</sup>, C. Requena Caballero<sup>a</sup>, C. Serra Guillén<sup>a</sup>, E. Nagore Enguñadanos<sup>a</sup>, O. Sanmartín Jiménez<sup>a</sup>, F. Mayo Martínez<sup>a</sup>, L. Mascarell Escrivá<sup>a</sup> y C. Guillén Barona<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.*

**Introducción.** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor maligno agresivo, y poco frecuente. Desde la identificación de la integración del genoma del polyomavirus de células de Merkel (MCPyV) en un alto porcentaje de estos tumores, se han postulado dos posibles vías patogénicas: una en la que la integración del genoma del virus sería responsable de la transformación neoplásica de la célula origen, y otra, en la que las mutaciones responsables serían producidas por exposición crónica a radiación ultravioleta

(UV). Aunque no es inusual que el CCM aparezca en colisión con otros tumores relacionados con la radiación UV (en concreto, el CCM MCPyV negativo), el CCM combinado con carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), o con diferenciación divergente, es poco frecuente y se ha relacionado con un peor pronóstico, aunque los datos disponibles son aún escasos.

**Objetivos.** Realizar una revisión de los casos de CCM combinados con CEC de nuestro centro, y analizar sus características clínico-patológicas, su evolución, y su pronóstico.

**Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo todos los casos de CCM combinados con CEC tratados en nuestro centro.

**Resultados.** En nuestra serie de 79 pacientes, encontramos un total de 7 pacientes con CCM combinado con CEC. En 4 casos se trató de tumores puramente combinados, mientras que 3 casos presentaron diferenciación divergente, con áreas de queratinización abrupta o formación de islotes de células escamosas dentro del componente de CCM. Todos salvo uno eran pacientes varones, con una mediana de edad de 79 años. Todos los casos salvo uno fueron negativos para MCPyV. Dos pacientes presentaron enfermedad locorregional avanzada al diagnóstico. En total, 4 pacientes presentaron metástasis ganglionares y/o viscerales durante el seguimiento. Dos pacientes con enfermedad avanzada fallecieron, mientras que uno presentó una respuesta completa al tratamiento con avelumab. Tres pacientes se encuentran actualmente libres de enfermedad.

**Conclusiones.** El CCM combinado con CEC es un tumor agresivo poco frecuente, cuyo origen se relaciona estrechamente con la exposición crónica a la radiación UV. En nuestra serie, 4 de los 7 pacientes desarrollaron metástasis, y dos fallecieron a consecuencia de la enfermedad.

### 3. SERIE DE INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN UNA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

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

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

**Antecedentes.** El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es el más frecuente de los cánceres de piel y aunque los estadios avanzados son infrecuentes, constituyen en muchas ocasiones un desafío terapéutico. Los anticuerpos contra el receptor de muerte programada (PD-1) o su ligando (PD-L1) son de elección en casos irsecables y no radiables. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de CCNM avanzado tratados con inmunoterapia en nuestra unidad.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con CCNM tratados con inmunoterapia en nuestra unidad, desde mayo de 2019 a agosto de 2021, incluyéndose un total de 9 pacientes.

**Resultados.** Se reclutaron 9 pacientes, con predominio masculino (55%) cuya media de edad fue de 84 años y rango de 71 a 91 años. El diagnóstico de los pacientes fue de carcinoma epidermoide avanzado (67%), carcinoma de células de Merkel (22%) y angiosarcoma cutáneo (11%). La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con pembrolizumab (67%), seguido de cemiplimab (22%) y avelumab (11%), todos ellos como primera línea de tratamiento sistémico. La media de tiempo en tratamiento de los pacientes fue de  $6,7 \pm 7$  meses en un rango de 1 a 20 meses. El 55% de los pacientes mostraron una respuesta completa tanto clínica como radiológica y el 11% presentó respuesta parcial. Un 22% presentó progresión de la enfermedad. Un 88% de los pacientes manifestó algún efecto inmunomediado (irAE), obteniendo una gradación menor de 3 según los Criterios de Terminología de Eventos Adversos (CTCAE) en el 75%. A destacar que del total de pacientes con respuesta completa (5) el 100% presentó algún efecto inmunomediado y uno de los pacientes que progresó no presentó ningún irAE. Durante el período de seguimiento un 44% (4) de los pacientes fallecieron, el 22% (2) por progresión, el 11% (1) por otra causa y el 11% (1) por irAE grave.

**Conclusiones.** Los inhibidores de PD1 aportan resultados muy prometedores para el tratamiento del CCNM avanzado. Presentamos una serie de 9 pacientes con CCNM avanzado tratados con inmunoterapia en un período de más de 2 años en nuestra unidad. Destacamos el porcentaje del 55% de respuesta completa con un buen perfil de seguridad (solo un caso con irAE letal) y la relación de la presencia de irAEs con mayor probabilidad de respuesta al tratamiento.

### 4. FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SUPERVIVENCIA GLOBAL EN EL MELANOMA ACRAL

M. Colmenero Sendra, F. Rivas Ruiz, R. Fúnez Liebana, N. Blázquez Sánchez, J. Martín Vera, E.B. Sanz Cabanillas, M.I. Fernández Canedo y M. de Troya Martín

*Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El melanoma lentiginoso localizado en regiones acrales (MLA) es un subtipo de melanoma muy infrecuente en la raza caucásica. Presenta características diferenciales respecto al situado en otras áreas, habiéndose descrito distintos factores de mal pronóstico en términos de supervivencia global según las series. **Objetivos.** Analizar los factores pronósticos relacionados con la supervivencia global del MLA en una cohorte de pacientes atendidos en el área sanitaria del Hospital Costa del Sol, durante el periodo 2000-2020.

**Métodos.** Se estudiaron las características clínico-patológicas de todos los pacientes con diagnóstico de MLA confirmado mediante estudio histológico. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo éxito fue debido a otra causa no relacionada con el MLA. Para evaluar diferencias en la supervivencia global respecto a variables independientes (dicotomizadas) se construyeron modelos de regresión de Cox describiendo hazard ratio (HR) con respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 41 pacientes con MLA. Un 43,9% fueron hombres. La edad media fue de  $59,1 + 18,07$  años. El tiempo medio de supervivencia global fue de 13,5 años. El tiempo medio de supervivencia hasta recaída fue 12,9 años. La tasa de recaída fue del 34,1% siendo un 24,4% a distancia. Los factores pronósticos relacionados con la recaída fueron: la ulceración histológica (HR: 8,4; 2,5-26,3,  $p < 0,005$ ), el índice de Breslow (HR: 5,7; 1,3- 25,8,  $p < 0,005$ ) y el nivel de Clark (HR: 8,9; 1,9-40,2,  $p < 0,005$ ).

**Conclusiones.** Los factores de mal pronóstico relacionados con la recidiva tumoral en nuestra serie son similares a los hallados en la literatura. Es importante destacar que en un tercio de los pacientes la recaída tumoral es a distancia, por lo que parece necesario intensificar el seguimiento clínico radiológico en este tipo de pacientes.

### 5. SARCOMAS CUTÁNEOS DE ESTIRPE VASCULAR EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

M. Carmona Rodríguez, A.M. Vera Carmona, F. Moro Bolado, L. Martínez Montalvo, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

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

**Introducción.** Los sarcomas de estirpe vascular son una entidad poco frecuente en dermatología, de la que forman parte tumores con características, manejo y pronóstico muy diferentes. El más frecuente es el sarcoma de Kaposi (SK). El angiosarcoma (AS) es otro sarcoma vascular poco común, con comportamiento agresivo y una elevada mortalidad. Aún no han sido descritas las características de estos tumores en nuestra población.

**Objetivo principal.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los sarcomas cutáneos de estirpe vascular del área del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).



**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo incluyendo los pacientes diagnosticados de sarcoma vascular cutáneo (SVC) en el HGUCR entre los años 2009 y 2019. Revisión de historias clínicas y análisis de los datos obtenidos mediante el programa informático SPSS.

**Resultados.** Se recogió un total de 54 pacientes con diagnóstico de SVC, 50 casos de SK y 4 de AS. La incidencia anual en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real fue de 2,41 y 0,1 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En el grupo de SK encontramos 40 casos de la variante clásica, 7 asociados a inmunosupresión y 3 a VIH. La edad media fue de 76 años, 35 en el SK-VIH, y la relación hombre-mujer de 2:1. La localización cutánea más frecuente fue en miembros inferiores y la mayoría eran asintomáticos. Los principales tratamientos empleados fueron cirugía (54%), radioterapia (RT, 8%) y quimioterapia (QT, 12%), en el 34% no se realizó ningún tratamiento activo. Un caso de SK (2%), asociado a VIH, falleció a causa del tumor. En el AS, encontramos 3 pacientes varones con AS esporádico y 1 paciente mujer con AS asociado a RT y linfedema. La edad media fue de 85 y 55 años. El tratamiento inicial fue resección amplia en 3 pacientes (75%) y RT única en 1 (25%). En 2 (50%) pacientes existió recidiva tras la cirugía. Solo un caso de AS (25%) presentó metástasis y falleció a causa del tumor.

**Conclusiones.** Los SVC son tumores poco frecuentes, pero no excepcionales. El SK muestra por lo general un comportamiento indolente. Existen varias opciones válidas de tratamiento, que deberá ser individualizado. El AS es un tumor que puede llegar a ser muy agresivo, con alta tendencia a recidivar y causar metástasis, de modo que es importante un diagnóstico y tratamiento precoces.

## 6. CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO EN EL ÁREA DE SALUD DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

I. Loizate, E. de la Rosa Hernández, I. Llorente González, E. Pelegrina Fernández, M.N. Hernández Hernández, S. Dorta Alom, R. Fernández de Misa y J. Suárez Hernández

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el segundo tumor cutáneo más frecuente, con una incidencia en aumento e infradiagnosticada.

**Objetivos y método.** Estudio observacional descriptivo de pacientes diagnosticados de CEC en el Área Sanitaria Sur de Santa Cruz de Tenerife, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014. Describimos las características epidemiológicas y anatomopatológicas fundamentales de los pacientes con CEC primario y CEC primario infiltrante (CECPI), así como su evolución, con el objetivo de recoger las cifras y características básicas del CEC en nuestra área y reconocer factores de riesgo de recaída y metástasis para orientarnos en el manejo de esta patología.

**Resultados.** Se diagnosticaron 226 pacientes con CEC primario. Más varones (55%) y sin diferencias significativas entre las medianas de edad para cada sexo. El 73% fueron CECPI y el resto enfermedad de Bowen (EB). EB fue más frecuente en mujeres -a diferencia de CECPI-, a edad más joven (mediana de edad 75), y fue más frecuente en extremidades (43%). En el CECPI, la mediana de edad al diagnóstico fue de 80 años, fue más frecuente en otras localizaciones fuera de las extremidades (74%), siendo la localización más frecuente la cara, además de un 2% en región perineal. Se observó que, a mayor edad, mayor era el diámetro lesional. El 65,2% de los CECPI fue de bajo riesgo. Las tasas de supervivencia específica y global a los 5 años fueron del 97% y 60%, respectivamente. Al cierre del estudio, había fallecido el 30,6% de los pacientes.

**Conclusiones.** La mayoría de las características epidemiológicas y anatomopatológicas, así como datos de progresión y supervivencia de estos pacientes, concuerdan con los datos obtenidos en la lite-

ratura. Como en otros estudios, hemos visto que el tamaño del tumor y la localización son factores que se asocian con riesgo de recaída y metástasis.

## Imagen y cirugía

### 7. SECCIÓN PRECOZ DEL COLGAJO FRONTAL PARAMEDIANO MEDIANTE EL USO DE ECOGRAFÍA

J. Castiñeiras González, E. Zorita Argüero, P. Fernández Canga y M.Á. Rodríguez Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El colgajo frontal paramediano es un colgajo de interpolación, consistente en la transferencia de tejido de la región frontal hacia el área nasal, pediculado en la región glabellar e irrigado por la arteria supratroclear. Es uno de los colgajos de elección para cubrir defectos de la punta nasal mayores de 2 cm. Clásicamente, la sección del pedículo vascular se realiza entre los 14 y 21 días. Sin embargo, gracias al buen aporte vascular del área facial y al uso de un colgajo arterializado, este tiempo podría estar sobreestimado. El acortamiento del tiempo para sección, aportaría una disminución en el tiempo de ingreso, lo que reduciría los costes directos para el centro hospitalario, así como de los costes indirectos e intangibles. Nuestro objetivo es demostrar que la ecografía es útil para identificar el momento óptimo de la sección del pedículo en cada paciente.

**Métodos.** Se diseñó un estudio observacional prospectivo, que incluyó pacientes que precisasen intervención mediante colgajo frontal paramediano para cierre de defectos en área nasal. Se recogieron 12 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: tumor cutáneo en punta, dorso o ala nasal, defecto superior a 2 cm y que fuesen candidatos al uso de un colgajo paramediano frontal para su reconstrucción. Como criterios de exclusión se establecieron la gestación y la edad inferior a 18 años. Se seleccionó una cohorte retrospectiva, compuesta por los últimos 12 pacientes que se sometieron a una cirugía mediante colgajo frontal paramediano en nuestro centro. Se compararon la incidencia de complicaciones, así como la media de estancia hospitalaria entre ambas cohortes, realizando un análisis de minimización de costes.

**Resultados.** El tiempo medio hasta flujo, medido por ecografía, fue de 6,6 días, mientras que la media de días hasta sección del pedículo fue de 6,9. El número medio de ecografías realizadas fue de 2,5. El tiempo medio de ingreso fue de 9,2 días. El estudio de minimización de costes mostró una reducción porcentual media del 57%. No se objetivaron complicaciones severas.

**Conclusiones.** El colgajo frontal paramediano puede ser seccionado mucho antes de lo reportado en la literatura clásica, aproximadamente en 7 días. La ecografía cutánea parece un método válido para seleccionar el momento óptimo de sección del pedículo, el cual varía en cada paciente.

### 8. CIRUGÍA DE MOHS EN DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA: RESULTADOS TRAS 6 AÑOS DE INSTAURACIÓN DE LA TÉCNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA

T. Díaz Corpas, F.J. Melgosa Ramos, A. Fuertes Prosper, R. García Ruiz, M.P. Pérez García, F.J. Ferrando Roca, J.M. Sánchez Motilla, A. Estébanez Corrales, A.I. Zayas Gávila y A. Mateu Puchades

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** La cirugía de Mohs es la técnica de elección para el tratamiento de la gran mayoría de las neoplasias cutáneas, pese a todo, no es una técnica realizada en todos los centros.

**Objetivo.** Describir las características y evolución de los pacientes tratados con cirugía de Mohs en el servicio de dermatología del hospital universitario Doctor Peset, así como los resultados obtenidos.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo en el que se incluyen los pacientes tratados con cirugía de Mohs desde enero de 2016 hasta la actualidad.

**Resultados.** Se incluyeron hasta la fecha 95 pacientes (53 mujeres y 42 hombres) con una edad media de 68,47 años, 92 de ellos tratados con cirugía de Mohs convencional y tres de ellos con Mohs diferido, el 99% por carcinoma basocelular. De los pacientes tratados 44,2% no habían recibido tratamiento previo. El resto de los pacientes había recibido tratamiento con cirugía convencional (incluidas exéresis catalogadas como “bordes libres”), crioterapia, radioterapia, terapia fotodinámica y uno de ellos cirugía de Mohs 3 años atrás. El tiempo de evolución fue variable, en rango de 2-164 meses (la mayoría por encima de los 18 meses). Los subtipos histopatológicos más frecuentes fueron morfeiforme e infiltrativo. El tamaño tumoral medio fue de 15,48 mm, y el defecto final medio fue de 22,44 mm. El número medio de estadios fue de 1,87, realizándose debulking en el 89,47%. El cierre principal se realizó por injerto 52,6%, colgajo 38,9% y directo 8,4%. En cuanto a la localización del tumor, sin duda predominaron área nasal (punta, ala, o surco nasogeniano) en 44,21% y el canto interno con 33,6%. El porcentaje de recidiva fue del 3,15% (3 pacientes). Con los años se produjo un aumento progresivo del número de intervenciones (12 anuales en 2016 a 23 en primera mitad de 2021), teniendo en cuenta las limitaciones asistenciales derivadas de la pandemia COVID-19.

**Conclusiones.** La instauración de la cirugía de Mohs requiere un aprendizaje y una logística que hacen que no esté disponible en todos los centros. Los resultados en nuestro centro, asumiendo progresivamente un mayor volumen, y obteniendo una tasa de recidiva muy baja los consideramos satisfactorios. A modo de autocrítica podríamos citar el elevado porcentaje de cierre con injerto libre, muchas veces condicionado por la localización.

## 9. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE LOS RESULTADOS FUNCIONALES Y ESTÉTICOS DE LA TÉCNICA DE PLICATURA CON APROXIMACIÓN FORZADA PARA EL CIERRE DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS

J. Arandes Marcocci, M. Quintana Codina, M.Á. Sola Casas, E. Amores Martín, A. Altemir Vidal, M. Iglesias Sancho, A. Iglesias Plaza, M. Corral Forteza, G. Melé Ninot, D. Marín Piñero, N. Setó Torrent, L. Novoa Lamazares, L. Armillas-Lliteras y M. Salleras Redonnet

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

Los defectos quirúrgicos que se obtienen por tumorectomías amplias suelen requerir de reconstrucciones muchas veces complejas y con resultados no siempre favorables. En 2001 Vilalta et al. describieron una técnica llamada plicatura con aproximación forzada. Dicha técnica consiste en favorecer la cura por segunda intención acercando e invirtiendo los bordes de la herida quirúrgica. De esta manera se consigue que la epidermis y dermis de los bordes estén más cercanos a la profundidad de la herida, acelerando así su reepitelización. Desde la publicación de Vilalta et al., solamente se han publicado casos aislados en los que se ha llevado a cabo esta técnica. Debido a ello, parecen necesarios más estudios para conocer cuáles son los resultados cosméticos y funcionales de la plicatura con aproximación forzada en pacientes con heridas complejas tras una tumorectomía. En nuestro hospital, hemos llevado a cabo un estudio analítico observa-

cional de seguimiento prospectivo de 18 meses de duración con un tamaño muestral de 31 pacientes. En él, hemos recogido los antecedentes personales, hábito tabáquico, género, edad, localización e histología del tumor y diámetro del defecto quirúrgico. Además, presentamos los datos de dos cuestionarios: el primero, a rellenar por el propio paciente, en relación al dolor, prurito y analgesia semanal durante las 4 primeras semanas después de la intervención quirúrgica. El segundo, a rellenar tanto por el paciente como por el médico, en relación al resultado estético y funcional de la cicatriz, así como el dolor, el prurito y otras complicaciones aportadas por nuestros pacientes a los 5 meses después de la cirugía. Con este trabajo queremos dar a conocer las ventajas de una técnica que posibilita intervenir tumores de gran diámetro sin movilizar superficies extensas cutáneas de otras localizaciones para cerrar el defecto. Esto permite no alterar el campo quirúrgico, acortar el tiempo intraoperatorio y, a su vez, evitar la anestesia general con todos los riesgos y sobrecoste económico que supone.

## 10 VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN DE CÁNCER CUTÁNEO EN UNA COHORTE EUROPEA DE RECEPTORES DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

Á. Gómez Tomás<sup>a</sup>, C. Ferrándiz Pulido<sup>a</sup>, V. García-Patos<sup>a</sup>, C. González-Cruz<sup>a</sup>, R. Genders<sup>b</sup>, S. de Jong<sup>b</sup> y J.N. Bouwes Bavinck<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Leiden University Medical Center. Leiden. Países Bajos.*

**Antecedentes y objetivo.** Los receptores de un trasplante de órgano sólido (RTOS) tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo. Recientemente, se ha desarrollado en EE. UU. una sencilla herramienta llamada SUNTRAC (Skin and Ultraviolet Neoplasia Transplant Risk Assessment Calculator) que facilita la identificación de pacientes RTOS con mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo, en el momento de recibir el trasplante. Sin embargo, la herramienta aún no ha sido validada en poblaciones distintas a la utilizada para su creación lo que limita su uso en la práctica clínica. El objetivo de este estudio fue validar la escala de riesgo SUNTRAC en una cohorte de pacientes europeos.

**Métodos.** Realizamos un estudio de validación externa sobre una cohorte prospectiva de RTOS de 3139 pacientes procedentes del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España (N = 1053, años 2011-2021) y del Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos (N = 2086, años 1995-2016). Estos pacientes realizaban seguimiento como parte de un programa de cribado de cáncer de piel en pacientes RTOS. Se determinó su grupo de riesgo según la herramienta SUNTRAC y se llevó a cabo un análisis de supervivencia considerando el desarrollo de cáncer cutáneo como evento principal.

**Resultados.** La herramienta SUNTRAC permitió clasificar a los pacientes de nuestra cohorte en 4 grupos con riesgos significativamente diferentes de desarrollar cáncer cutáneo. El riesgo de desarrollar cáncer cutáneo, estimado mediante subhazard ratios (sHR), en comparación con el grupo de “bajo riesgo” fue 7,6 veces superior para el grupo de “medio riesgo” ([IC 95%, 4,3-13], p < 0,001), 16,3 veces mayor para el grupo de “alto riesgo” ([IC 95%, 9,2-29], p < 0,001) y 54,3 veces superior para el grupo de “muy alto riesgo” ([IC 95%, 28,7-102,56], p < 0,001). El área bajo la curva ROC fue de 0,75 a los 5 años de seguimiento.

**Conclusión.** Nuestros resultados respaldan el uso de la escala SUNTRAC como una herramienta sencilla que permite detectar pacientes con un alto riesgo de desarrollar cáncer cutáneo postrasplante. El auge de la telemedicina a causa de la actual pandemia ha puesto el foco en herramientas como esta que permiten priorizar a los pacientes que más se van a beneficiar de la visita presencial por el dermatólogo.

## Melanoma, mastocitosis y linfoma

### 11. DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO Y VALORACIÓN DE SU USO COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO

D. Falkenhain López, J. Fulgencio Barbarin, J. Arroyo Andrés, M. Puerta Peña, C. Vico Alonso, A. Sánchez Velázquez, B. García Bracamonte y P.L. Ortiz Romero

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

En este trabajo presentamos nuestra experiencia clínica en el tratamiento de linfomas primarios cutáneos mediante doxorubicina liposomal pegilada, con el objetivo de detallar la respuesta clínica de los pacientes, tolerancia, efectos adversos y evolución. Se describe una serie de pacientes que han recibido doxorubicina en los últimos 12 años. Además, se resalta también la utilización de este fármaco como terapia de mantenimiento en parte de la muestra. Treinta y cinco pacientes (22 hombres y 13 mujeres) con una media de edad de 58,7 años iniciaron tratamiento con doxorubicina para micosis fungoide avanzada (32) o síndrome de Sézary (2). Todos presentaban afectación cutánea T3-4 exceptuando dos pacientes con estadios T2b refractarios. Además, 10 pacientes presentaban afectación ganglionar (N3), 12 pacientes expresión en sangre periférica y en un caso afectación de vísceras (pulmón). Todos los pacientes habían recibido previamente al menos una línea de tratamiento sistémico y/o radioterápico. En 25 casos se objetivó mejoría de enfermedad cutánea (respuesta parcial o completa). Tres de 10 pacientes con afectación ganglionar experimentaron mejoría y en 5 de 12 se objetivó respuesta en sangre periférica. La supervivencia media fue de 32 meses. La tolerancia al tratamiento fue en su mayoría buena, teniendo que detenerse por efectos secundarios tan solo en 4 casos. La reacción adversa más frecuente fue la linfopenia (n: 14) siendo en general leve-moderada. La función cardíaca fue monitorizada mediante ecocardiografía, sin objetivarse deterioro de la misma en ningún caso. Además, en 18 pacientes se prolongó el tratamiento como una estrategia terapéutica de mantenimiento, con tolerancia al mismo a largo plazo también buena. Todos ellos recibieron entre 15 y 37 infusiones de doxorubicina, alcanzando duraciones de tratamiento de hasta 3 años. Las tasas de respuesta en este subgrupo en piel, sangre periférica y ganglios fueron 77% (14/18), 66% (3/5) y 50% (2/4) respectivamente. Por tanto, en nuestra experiencia clínica la doxorubicina liposomal pegilada es una buena alternativa en el tratamiento de linfomas cutáneos primarios en estadios avanzados, con tasas de respuesta muy aceptables en piel y bien tolerada. Además, puede constituir una novedosa herramienta en la terapia de mantenimiento de estos pacientes, y no solo limitarse a su uso clásico como inductor de respuesta.

### 12. MICOSIS FUNGOIDE. ¿ES POSIBLE PREDECIR SU EVOLUCIÓN?

V. Gargallo Moneva<sup>a</sup>, M. Sánchez Beato<sup>b</sup>, D. Lora Pablos<sup>c</sup>, M.Á. Piris Pinilla<sup>d</sup>, J.L. Rodríguez Peralto<sup>c</sup> y P.L. Ortiz Romero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital del Sureste. Arganda del Rey. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>d</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

La micosis fungoide es el linfoma cutáneo más frecuente. Una gran cantidad de pacientes se mantienen en estadios tempranos durante años y la enfermedad jamás evoluciona. Sin embargo hay un porcentaje de pacientes que progresa y con ello el pronóstico empeora drásticamente. A día de hoy, aunque hay datos que implican peor pronóstico como puede ser edad o niveles de LDH, no disponemos

de medios que nos permitan predecir cuáles de nuestros pacientes desarrollarán formas agresivas de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es determinar si ya en el diagnóstico inicial de estadios tempranos podemos encontrar marcadores genéticos que nos permitan predecir la progresión. Para ello realizamos un estudio de cohortes retrospectivas en las que retomamos muestras de 57 pacientes de biopsias al diagnóstico de pacientes valorados entre 1999-2002 en estadios IA-IIA. Sobre estas muestras se realizó un estudio de microarrays donde se valoró la expresión de más de 5000 genes relacionados con cáncer (onco chip del CNIO).

Con los resultados y los datos de progresión hasta 2020 realizamos un estudio de enriquecimiento genético. En este estudio vimos cómo varias vías relacionadas con ERK, PIK/AKT/mTOR, JAK/STAT y MAPK se encontraban expresadas de forma diferente en los pacientes que evolucionaban vs. los que no. Para la validación de los resultados realizamos un estudio con la tecnología de NanoString en una nueva cohorte de pacientes con un seguimiento de al menos 14 años, salvo progresión.

Nuestros resultados, aunque es necesario hacer más estudios, indican que los pacientes que progresan vs. lo que no, ya al inicio de la enfermedad tienen expresiones genéticas diferentes que pueden predecir evolución.

### 13. EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE PACIENTES CON LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO B DE LA ZONA MARGINAL (LCPZM) EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

B. Baleato Gómez, P.J. Gómez Arias, M.S. Vázquez Díaz, D. Moreno Mesa, D. Díaz Ceca, M.J. Cencerrado, I. Rivera Ruiz, C. Guijarro Sánchez, J.L. Sanz Cabanillas, M. Galán Gutiérrez y A.J. Vélez García-Nieto

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Antecedentes.** El linfoma cutáneo primario B de la zona marginal (LCPZM) (o linfoma MALT extracutáneo) es un tipo poco común de neoplasia de linfocitos B que suele presentarse como nódulos cutáneos solitarios o múltiples. El curso es poco agresivo, y el tratamiento incluye excisión quirúrgica, radioterapia local o rituximab. Habitualmente el primer profesional hospitalario que valora al paciente con esta patología es el dermatólogo/a.

**Objetivo.** Conocer la epidemiología, clínica, tratamiento, evolución y seguimiento de los pacientes diagnosticados de LCPZM en un centro hospitalario de tercer nivel.

**Materiales y métodos.** Se recogieron la totalidad de pacientes diagnosticados de LCPZM en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba entre enero de 2007 y diciembre de 2020.

**Resultados.** Se incluyeron 24 pacientes (15 varones y 9 mujeres, con una edad media de 58 años) que fueron diagnosticados de LCPZM en este periodo. El 33,3% de las lesiones se localizaron en polo cefálico. El nódulo solitario fue la forma más frecuente de presentación (75%). Todos los pacientes presentaron la forma convencional de LCPZM, sin objetivarse afectación medular o ganglionar en ningún caso tras estudio de extensión. La radioterapia local fue el tratamiento más comúnmente administrado (45,8%), seguido de la extirpación quirúrgica (20,8%). Las recidivas se apreciaron en un 29,2% de los casos. Un 70,8% de los paciente presentaron remisión completa del LCPZM. Ningún paciente falleció a consecuencia de su LCPZM.

**Conclusiones.** El LCPZM es una entidad que recibe un manejo multidisciplinar en nuestro centro. En relación al curso clínico de nuestros pacientes no encontramos diferencias con las series descritas previamente, con un excelente pronóstico. El papel del dermatólogo en el diagnóstico, seguimiento, detección de recidiva así como en la decisión de tratamiento, de forma conjunta con el criterio de hematología, es muy relevante, por lo que creemos importante reconocer de forma correcta esta entidad así como el manejo.

#### 14. FACTORES ASOCIADOS CON EL ESTADO DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES ANCIANOS: COHORTE EN PRÁCTICA REAL

P. Rodríguez Jiménez<sup>a</sup>, Í. Lladó<sup>a</sup>, M. Aparicio Domínguez<sup>a</sup>, J. Fraga<sup>a</sup>, E. Gallo<sup>a</sup>, E. Vargas<sup>a</sup>, Y. Delgado-Jiménez<sup>a</sup> y A. Tejera-Vaquerizo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Instituto Dermatológico Globalderm. Palma del Río. Córdoba. España.

**Introducción.** Los melanomas en los ancianos representan el 40% de los melanomas diagnosticados y son responsables del 60,2% de las muertes. La biopsia del ganglio linfático centinela (BGC) se recomienda actualmente como método de estadificación para el melanoma de espesor intermedio (espesor de Breslow, > 1 mm). Diferentes guías establecen que la BGC puede ser recomendada en todas las edades.

**Material y métodos.** El objetivo primario de nuestro estudio fue determinar si existe una diferencia en los predictores del estado de la BGC en dos grupos de edad diferentes, menores y mayores de 75 años. Los objetivos secundarios fueron encontrar predictores del estado del resto del territorio nodal, y describir la diferencia en las complicaciones en ambos grupos. Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, monocéntrico, longitudinal y observacional con todos los pacientes que se han sometido a una BGC desde enero de 2008 hasta diciembre de 2020. Se seleccionaron características demográficas, clínicas e histológicas como variables independientes para comparar en los dos grupos de edad.

**Resultados.** La muestra incluye un total de 150 pacientes sometidos a BNL. El SN se identificó en 146 pacientes (97,3%). La BGC fue positiva en el 29,3% de los pacientes en el grupo de ≥ 75 años frente al 18,3% en el grupo de < 75 años. El análisis multivariante de regresión logística mostró que para el grupo de ≥ 75 años, el riesgo de positividad de la BGC aumenta cuando hay ulceración, con una OR de 13,376 (IC 95%: 2,752-65,013). Además, el riesgo crece cuando aumenta la edad, concretamente las probabilidades se incrementan en un 19% por cada año que supera los 82 años. Como objetivos secundarios, en el grupo de ≥ 75 años, el riesgo de positividad en el resto del territorio nodal tras la DGLC aumenta proporcionalmente a medida que aumenta el Breslow, es decir, las probabilidades aumentan en un 100% por cada milímetro por encima de 1,8 mm. En cuanto a las complicaciones, el 86% de los pacientes no experimentaron ninguna complicación.

**Conclusión.** El presente estudio se centra en pacientes ancianos de 75 años o más. El estudio confirma que la BNC podría recomendarse en los ancianos de forma segura y con gran precisión, especialmente en los mayores de 82 años con melanomas ulcerados.

#### 15. TUMOR MELANOCÍTICO CON INACTIVACIÓN DE BAP-1 (BIMT): REVISIÓN DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

J. Martín Vera<sup>a</sup>, P. Gutiérrez Hernández<sup>b</sup>, J. Morán Marfil<sup>b</sup>, M.I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>c</sup>, R. Fúnez Liebana<sup>b</sup>, N. Blázquez Sánchez<sup>a</sup>, M. Colmenero Sendra<sup>a</sup>, E.B. Sanz Cabanillas<sup>a</sup>, I. Valladares Millán<sup>a</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

Servicio de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Anatomía Patológica y <sup>c</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

**Introducción.** El tumor melanocítico con inactivación de BAP1 (BIMT) es una neoplasia infrecuente, formada por una proliferación melanocitaria de morfología spitzoide y de potencial maligno incierto, que se produce por mutación en el gen supresor de tumores BAP-1. Los BIMT se presentan clínicamente como lesiones pediculadas color piel a eritematosas, siendo confundidas frecuentemente con nevus intradérmicos. Aunque la mayoría son casos esporádicos, es característico de un síndrome familiar de herencia autosómica

dominante que se produce por mutaciones en la línea germinal y que predispone a otros tumores.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de todos los casos diagnosticados como BIMT en el Hospital Costa del Sol durante el periodo 2009-2020. Se analizaron las características clínicas (edad, fototipo, localización, diagnóstico inicial) e histológicas (nidos epidérmicos, presencia de pigmento, nucléolo evidente, infiltrado inflamatorio).

**Resultados.** Se encontraron 18 lesiones que pertenecieron a un total de 6 pacientes, de los cuales 3 de ellos son familiares de 1º grado, en los que se confirmó en estudio genético la mutación BAP-1 c1983+IG > A en heterocigosis. En los otros 3 pacientes cada uno de ellos tuvo un solo BIMT. La edad de presentación fue de 14-61 años. La mayor parte presentó fototipo II (5/6). La localización más frecuente fue en tronco (7/18), seguido de región facial (4/18). La sospecha clínica más frecuente fue de nevus intradérmico. En el estudio histológico seis casos presentaron nidos epidérmicos, siete presentaron pigmento, seis mostraron pleomorfismo nuclear y siete nucléolo evidente. El infiltrado inflamatorio fue peritumoral leve en la mitad de los casos.

**Conclusión.** En el BIMT es típica la escasa correlación entre el aspecto clínicamente anodino y su aspecto microscópico que recuerda al nevus de Spitz, pero con unas características inmunohistoquímicas bien definidas (BAP1-). El estudio genético debe realizarse en pacientes que presentan múltiples BIMT o un nuevo BIMT en pacientes con antecedentes familiares de cánceres relacionados con un síndrome de predisposición tumoral. En los casos con mutación germinal es importante llevar a cabo un seguimiento cutáneo y oftalmológico estrecho, así como pruebas de imagen periódicas.

## Pósteres

### Tumores malignos

#### P1. METÁSTASIS EN CUERO CABELLUDO DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO INTESTINAL

A. E. López Sundh<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>a</sup>, M.C. González Vela<sup>a</sup>, R. Mazorra Horts<sup>a</sup>, J.I. Santamaría Ruiz<sup>b</sup>, A. Calapaqui Terán<sup>a</sup> y M. A. González López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>b</sup>Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. España.

Las neoplasias neuroendocrinas intestinales son tumores relativamente raros, representando un 0,4% de las neoplasias colorrectales. Las metástasis cutáneas de los carcinomas neuroendocrinos intestinales (CNI) son muy poco frecuentes, mientras que los casos de metástasis en el cuero cabelludo lo son aún menos.

Un hombre de 52 años fue intervenido con cirugía radical por una estenosis ileal con diagnóstico de carcinoma mixto (adenocarcinoma y carcinoma neuroendocrino de célula grande) de íleon terminal. Dos meses más tarde acudió al médico de atención primaria por aparición de una tumoración en el cuero cabelludo. Ante la sospecha de un carcinoma epidermoide, la tumoración fue extirpada. El estudio anatomopatológico mostró una tumoración compuesta por células de tamaño pequeño a mediano con citoplasma mínimo, núcleos irregulares con cromatina granular y presencia de nucleolos. Las células tumorales se organizaban en patrón difuso y trabecular, infiltrando en profundidad. El índice mitótico era muy alto. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CD56, sinaptofisina, CDX-2, citoqueratina CAM5.2, CK20 y Villina. Por otro lado, las células tumorales fueron negativas para TTF-1, SOX10 y poliomavirus de Merkel. El diagnóstico fue de metástasis de carci-

noma neuroendocrino de origen intestinal. En el estudio de extensión se observó la presencia de metástasis hepáticas y adenopatías infradiaphragmáticas. Fue derivado a oncología para tratamiento quimioterápico.

Presentamos un caso inusual de CNI con metástasis del componente neuroendocrino como primer síntoma de enfermedad metastásica. Una revisión de la literatura en PubMed reveló solo 2 casos de metástasis cutáneas de CNI. Es importante hacer diagnóstico diferencial con otros tumores primarios cutáneos muy frecuentes en áreas fotoexpuestas tales como melanoma, carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, fibroxantoma atípico y carcinoma de Merkel (CM). El estudio histológico descarta todos los tumores primarios, salvo el CM ya que es histológicamente similar. Además el CM es un tumor que con frecuencia se asocia a otros tumores malignos. En nuestro caso la positividad para villina y la negatividad para poliovirus de Merkel fueron de gran importancia para demostrar su origen intestinal.

## P2. HIDRADENOCARCINOMA, UN TUMOR ANEXIAL INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Mercader Salvans<sup>a</sup>, V. Lukoviek Araya<sup>a</sup>, J. Algarra Sahuquillo<sup>a</sup>, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques<sup>a</sup>, J.M. Ramírez Conchas<sup>a</sup>, R.N. Rodríguez Rodríguez<sup>b</sup> y C. N. Hernández León<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción.** El hidradenocarcinoma es un tumor maligno derivado de las glándulas sudoríparas ecquinas. Puede ser una lesión primaria o secundaria a degeneración de tumores benignos como el hidradenoma. Se caracteriza por una lesión nodular bien circunscrita rojoviolácea de gran tamaño localizada principalmente en cabeza y cuello afectando a pacientes de mediana edad. El diagnóstico se realiza mediante confirmación histológica, donde destacan células con citoplasma eosinofílico y células grandes con mitosis atípicas y pleomorfismo nuclear que expresan marcadores como el EMA, CEA y S100. La inmunohistoquímica es variable, destacando la positividad para el receptor HER2, diana terapéutica en algunos casos. No existen guías de tratamiento, se recomienda la cirugía con márgenes de seguridad de 3 cm considerando el tratamiento adyuvante con radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

**Caso clínico.** Varón de 83 años, con antecedentes de DM y EPOC que consulta por la aparición de lesiones cutáneas frontales de rápido crecimiento con hemorragia intermitente. A la exploración física, destaca una placa tumoral eritematosa ulcerada de 12 cm x 8 cm con lesiones satélites abarcando la totalidad de la frente. Dado el tamaño, se decide realizar biopsia cutánea donde se informa de una proliferación tumoral epitelial maligna dérmica con células neoformadas, de citoplasma eosinófilo vacuolado, atipia y mitosis conformando lóbulos, con inmunohistoquímica positiva para EMA, CK7 y CDX-2. Se descarta el diferencial de metástasis cutáneas por adenocarcinoma gástrico con gastroscopia y TAC toraco-abdominopélvico, ambos negativos y se decide exéresis amplia en dos tiempos, confirmando el diagnóstico de hidradenocarcinoma.

**Conclusión.** El hidradenocarcinoma es un tumor anexial raro y agresivo que suele presentar invasión linfovascular, con capacidad para metastatizar y altas tasas de recidiva. Es fundamental hacer un correcto diagnóstico diferencial con otros tumores como hidradenoma, angioma, linfangioma o carcinoma basocelular, pues su manejo difiere de manera notable. También hay que tener en cuenta que puede mimetizar metástasis de otras neoplasias, tales como las de tiroides, renales y pulmonares. Presentamos el caso de un hidradenocarcinoma de gran tamaño y clínica atípica destacando la importancia de una alta sospecha clínica para llegar al correcto diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno para estos pacientes.

## P3. NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS BLÁSTICAS PLASMOCITOIDES, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J.A. Yagüe Barcia, A. Arechalde Pérez, M. Pretel Irazabal, G. Letamendi Madariaga y N. Vidaurrazaga Olivares

Hospital de Galdakao. Vizcaya. España.

**Introducción.** La neoplasia de células dendríticas blásticas plasmocitoides (NCDBP) es una entidad infrecuente, de la que presentamos 2 casos.

**Caso 1.** Mujer de 76 años que consultó por la aparición en el último mes de varios nódulos violáceos duros, de 1 a 3 cm, en tronco y extremidades. Asociaba un síndrome constitucional de 2-3 meses de evolución. Se realizó una biopsia de una de las lesiones, que demostró una proliferación de células blásticas de mediano tamaño, infiltrando la dermis y dejando una zona de Grenz. La inmunohistoquímica (IHQ) fue positiva para CD4, CD56, CD123 y negativa para CD3, CD8, CD20 y mieloperoxidasa. El estudio radiológico de extensión descartó afectación interna pero en la punción de médula ósea (MO) se evidenció una infiltración por células blásticas. Fue tratada con 2 ciclos diferentes de quimioterapia con buena respuesta inicial y remisión de las lesiones cutáneas, pero falleció a causa de la progresión de la enfermedad 5 meses tras el diagnóstico.

**Caso 2.** Varón de 72 años que consultó por lesiones noduloquisticas en cuero cabelludo, zona clavicolar, dorsal y pliegue anal, así como una púrpura lineal en tronco. El estudio anatomopatológico e IHQ tanto de una lesión como de la piel purpúrica eran similares al caso anterior, y en la TAC se descubrieron adenopatías cervicales; evidenciándose infiltración neoplásica tanto en la MO como en la adenopatía cervical. Se realizó tratamiento quimioterápico pero igualmente falleció 15 meses tras la aparición de las lesiones cutáneas.

**Discusión.** La NCDBP es una proliferación clonal de células dendríticas plasmocitoides que representa el 1% de los tumores hematológicos y 0,7% de los linfomas cutáneos y afecta preferentemente a varones en la 6ª década. La patogénesis de su desarrollo no está clara. Se presenta inicialmente en forma de lesiones cutáneas muy variables, más frecuentemente como placas y nódulos eritematovioláceos firmes diseminados en la parte superior del tronco. Suele haber una rápida progresión a ganglios linfáticos, MO y sangre periférica. El estudio anatomopatológico e IHQ ya descritos son la clave del diagnóstico. El tiempo medio de supervivencia es de 12-14 meses tras el diagnóstico. No existe consenso sobre el tratamiento óptimo, se suelen utilizar diversas pautas quimioterápicas a las que existe una buena respuesta inicial, pero con frecuentes recidivas y una rápida progresión hacia una leucemia fulminante.

## P4. EXPERIENCIA CON VISMODEGIB EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO Y METASTÁSICO

V. Ruiz Salas<sup>a</sup>, I. Alcaraz León<sup>b</sup>, B. Campos Balea<sup>c</sup> y C. Ciudad Blanco<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>b</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>c</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>d</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Antecedentes.** Vismodegib (GDC-0449) es el primer fármaco aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) desde enero del 2012 para el tratamiento del CBC localmente avanzado no tributario de cirugía o radioterapia y para CBC metastásico (Erivedge, Genentech, enero de 2012). Presentamos nuestra experiencia con el empleo de vismodegib en el tratamiento de pacientes con carcinoma basocelular localmente avanzado y metastásico en 4 centros nacionales.

**Material y métodos.** Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo y localización tumoral, tiempo de evolución tumoral, tratamientos previos recibidos, tiempo de tratamiento con vismo-

degib, tipo de respuesta a vismodegib, efectos adversos presentados durante el tratamiento, tratamiento adyuvante y recidivas.

**Resultados.** Un total de 55 pacientes fueron tratados con vismodegib entre noviembre de 2012 y junio de 2021. El tiempo medio de tratamiento ha sido de 9,29 meses con un tiempo medio de inicio de respuesta de 5,72 semanas. La tasa de respuesta global ha sido del 89%. La toxicidad presentada por los pacientes durante el periodo de tratamiento ha sido frecuente, siendo la disgeusia, calambres musculares y alopecia los efectos adversos más frecuentemente observados.

**Conclusiones.** Vismodegib ha sido una alternativa terapéutica eficaz en el control de carcinomas basocelulares complejos permitiendo la curación completa tumoral, con o sin tratamiento adyuvante, en la gran mayoría de los pacientes tratados.

## P5. VISMODEGIB Y CARCINOMA BASOCELULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Martínez Mariscal, P. González Muñoz, P. Cobo Rodríguez, I. Checa Recio y R. Cabana Navia

*Hospital General Universitario. Guadalajara. España.*

**Introducción.** El carcinoma basocelular constituye la neoplasia cutánea maligna más frecuente siendo la cirugía el tratamiento más habitualmente empleado. Otros tratamientos como la radioterapia, el imiquimod, o la terapia fotodinámica son también empleados. Por último, han aparecido fármacos como el vismodegib y, más recientemente, sonidegib que han supuesto una revolución en el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado irreseccable así como en los casos excepcionales de carcinoma basocelular metastásico.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un varón caucásico de 70 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió presentando una tumoración periorbitaria izquierda que refería desde hacía 14 años o más para la que nunca había consultado ni realizado tratamiento. A la exploración física presentaba una tumoración con afectación de 2/3 del arco ciliar superior, párpado superior, sien izquierda y párpado inferior de 5,5 cm de eje largo. Se realizó biopsia cutánea que confirmó la sospecha clínica de carcinoma basocelular, así como analítica básica y tomografía axial computarizada (TAC). Se realizó el diagnóstico de carcinoma basocelular localmente avanzado y se propuso al paciente tratamiento con vismodegib (150 mg diarios) que aceptó.

**Discusión y resultados.** La respuesta al tratamiento fue excelente desde el punto de vista clínico. Tras 6 meses de tratamiento se realizaron dos biopsias cutáneas sin presencia de células tumorales por lo que se decidió finalizar el tratamiento. Como efectos secundarios el paciente presentó calambres musculares leves y caída de pelo que no condicionaron la interrupción del tratamiento. Además dichos efectos secundarios desaparecieron con la suspensión del fármaco una vez finalizado el tiempo de tratamiento. Por último, a pesar de la buena respuesta al tratamiento, el ectropión condicionado por el tumor ha requerido reconstrucción quirúrgica, en dos tiempos, por parte del servicio de oftalmología. En conclusión, presentamos el caso de un paciente con carcinoma basocelular localmente avanzando con excelente respuesta terapéutica a vismodegib. En la actualidad el paciente se encuentra libre de enfermedad clínica, histológica y radiológicamente pasados 12 meses tras el tratamiento.

## P6. SARCOMA DE KAPOSI CON PATRÓN DEL SURCO A LA DERMATOSCOPIA

E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, C. Gómez Bellvert<sup>b</sup>, N. Izquierdo<sup>a</sup> y L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.*

**Introducción.** El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor vascular de bajo grado asociado a la infección por el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8). Están descritas múltiples formas clínicas y variantes histológicas. Los hallazgos dermatoscópicos más frecuentes en el SK son: líneas blancas, terrones ("clods") blancos, descamación, policromatismo (incluido el denominado patrón en arcoiris), y diversos patrones vaculares (en serpentina, puntiformes, curvados y retorcidos).

**Caso clínico.** Varón de 46 años, natural de Nigeria, sin antecedentes de interés, que ingresa en nuestro hospital para estudio etiológico de una neumonía. En la exploración clínica se encuentra una lesión pigmentada localizada en cara interna plantar del pie derecho de 4 meses de evolución. En la dermatoscopia la lesión presenta un patrón del surco. Se realizó una biopsia incisional con sospecha de hiperpigmentación postinflamatoria vs. nevus melanocítico acral. El estudio anatomopatológico fue compatible con SK en fase macular, sin dilataciones vasculares pero con ligera extravasación hemática y tinción positiva para HHV-8. Durante el ingreso se realiza diagnóstico de infección no conocida por VIH con 8 linfocitos CD4+/ul (aunque probablemente lo adquirió hace más de 10 años) así como neumonía secundaria a infección por *P. jirovecii*.

**Discusión.** El SK se incluye dentro de las lesiones cutáneas no melanocíticas que pueden presentar retícula de pigmento y tono azulado homogéneo en la dermatoscopia. El patrón del surco corresponde habitualmente a melanocitos o queratinocitos pigmentados en la crista limitans del surco del dermatoglifo. Desconocemos cuál es la causa de este patrón en nuestro paciente, ya que no se encontró ninguna pigmentación en la histología. No hemos encontrado ningún caso de SK con patrón del surco en la literatura.

**Conclusión.** El patrón dermatoscópico del SK acral está insuficientemente descrito en la literatura. Aportamos un caso único de SK acral con patrón del surco.

## P7. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO E INMUNOSUPRESIÓN: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNA COHORTE DE 391 PACIENTES

M. Pons Benavent, S. Porcar Saura, M. Ballesteros Redondo, E.G. Morales Tedone, C. Albanell Fernández, C. Monteagudo Castro y Á. Revert Fernández

*Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea maligna más frecuente. El papel de vigilancia que el sistema inmunológico ejerce frente a la aparición de neoplasias malignas es bien conocido. Así pues, la inmunosupresión del huésped es un conocido factor de riesgo en términos de incidencia y pronóstico de los CEC.

**Métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de todos los CEC diagnosticados en el servicio de dermatología de nuestro centro entre abril de 2019 y abril de 2021. Posteriormente se revisó la historia clínica digitalizada de cada paciente para la obtención de las características demográficas de los pacientes, las características histológicas de los CEC, la presencia de inmunosupresión y la causa de la misma.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 391 pacientes con diagnóstico histológico de CEC entre abril de 2019 y abril de 2021. La edad media de los pacientes fue de 81,38 años. Un 63,2% (247) eran varones y un 36,8% (144) eran mujeres. Noventa y un pacientes habían presentado alguna causa de inmunosupresión antes del diagnóstico de CEC, lo que representaba un 23,3% del total de pacientes. Entre las causas de inmunosupresión se consideraron neoplasias hematológicas, fármacos inmunosupresores clásicos administrados en contexto de enfermedades autoinmunes y sistémicas o en contexto de trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos, fármacos biológicos y fármacos

quimioterápicos. En nuestra cohorte de pacientes con CEC, la proporción de pacientes inmunodeprimidos fue muy superior a la esperable en la población general. Además, en el grupo de pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en trasplantados o en pacientes con neoplasias hematológicas, se observó un número de recidivas y segundos CEC significativamente superior respecto al grupo de pacientes no inmunodeprimidos.

**Conclusiones.** El papel de la inmunodepresión como factor de riesgo de CEC es bien conocido, no obstante, el concepto de inmunodepresión es amplio y, en ocasiones, ambiguo. Así pues, es muy probable que el riesgo de CEC derivado de las distintas modalidades de inmunodepresión sea distinto. Futuras investigaciones más exhaustivas a este respecto serían de gran interés, pues el envejecimiento progresivo de nuestra población y el uso creciente de fármacos inmunosupresores hacen esperable un aumento de la incidencia de CEC.

## P8 ELECTROQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER CUTÁNEO: EXPERIENCIA EN MÁS DE 200 LESIONES

D. Vega Díez<sup>a</sup>, C. Guirado Koch<sup>a</sup>, R. Pérez Mesonero<sup>a</sup>, M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>, S. Medina Montalvo<sup>a</sup> y L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>

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

**Introducción.** La electroquimioterapia (ECT) es una opción terapéutica para tumores cutáneos, tanto primarios como secundarios que ha experimentado un gran desarrollo durante la última década. Se basa en el empleo de bajas dosis de quimioterápicos asociado a campos eléctricos pulsados de alta intensidad aumentando la permeabilidad de la membrana celular de forma transitoria.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo a aquellos pacientes tratados con ECT en nuestro centro de 2011 a 2020.

**Resultados.** Se incluyeron 19 pacientes, con 8 tipos histológicos diferentes, 202 lesiones fueron tratadas, correspondiendo el 64% de las mismas a lesiones de melanoma (3 melanomas primarios y 127 metástasis cutáneas) perteneciendo a 7 pacientes, el 31% a sarcoma de Kaposi (SK) (63 lesiones en 5 pacientes), 4 carcinomas epidermoides cutáneos en 2 pacientes y una lesión del resto de tipos histológicos. A las 4 semanas el 77,7% de las lesiones tuvieron una respuesta completa (RC), con RC en el 52,6% de los pacientes. Por subtipos histológicos la RC en MM fue 71%, del SK 100% y del CEC del 50%, no encontrando respuesta en las lesiones de angiosarcoma, paracordoma, enfermedad de Paget extramamaria ni en las metástasis cutáneas de cáncer de mama tratadas, si bien fue efectiva en la resolución de la sintomatología asociada a las mismas. La técnica fue bien tolerada sin la aparición de efectos adversos severos. El EA más frecuente fue eritema, hiperpigmentación y dolor leve. Solo 3/19 pacientes sufrieron EA grado 3 o superior.

**Conclusiones.** La ECT se trata de una técnica segura y eficaz en el tratamiento de tumores cutáneos primarios y secundarios, tanto con finalidad curativa como paliativa. Las altas RC en SK hacen de esta técnica una opción interesante para pacientes frágiles o con múltiples lesiones. Pese a lo limitado de nuestra experiencia con el CBC, las tasas de respuesta publicadas del 70-92% hacen de la ECT una buena opción cuando otras técnicas no son posibles. En melanoma la principal indicación de ECT es en la enfermedad en tránsito o metástasis sintomáticas. Las tasas de RC publicadas en la literatura están entre un 20-64%, siendo las nuestras ligeramente mejores, con excelente control sintomático. En conclusión, la ECT es una técnica flexible y bien tolerada aplicable a una gran variedad de tumores cutáneos.

## P9. HIDRADENOCARCINOMA: UNA NEOPLASIA INESPERADA EN UN PACIENTE CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

M.S. Vallejo-Ruiz<sup>a</sup>, A. Guerrero-Torija<sup>a</sup>, R.F. Rubio-Aguilera<sup>a</sup>, G. Baeza-Hernández<sup>a</sup>, R. Khedaoui<sup>b</sup>, D. Arias-Palomo<sup>a</sup>, B. Echeverría-García<sup>a</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

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

**Introducción.** El hidradenocarcinoma es una neoplasia anexial maligna muy infrecuente, que se origina en las glándulas sudoríparas ecninas. Es más frecuente en mujeres, entre la quinta y séptima década de la vida, y habitualmente se originan de novo. Es un tumor muy agresivo, con recurrencias locales en más del 50% de los casos y con metástasis a distancia en aproximadamente el 60%.

**Caso clínico.** Varón de 75 años, en seguimiento en Dermatología por carcinomas basocelulares y epidermoides, presentó en la revisión una pápula infiltrada en región parietal izquierda, mal delimitada, rodeada de piel con intenso daño actínico. La biopsia de la lesión demostró una neoplasia anexial maligna compatible con un hidradenocarcinoma. Se realizó cirugía tridimensional que confirmó la extirpación completa con bordes libres de tumor. Durante los 5 meses de seguimiento se realizó periódicamente una exploración física completa y una tomografía computerizada de cuello y toracoabdominopélvico, que descartaron la presencia de enfermedad a distancia.

**Discusión.** El hidradenocarcinoma suele presentarse clínicamente como nódulos subcutáneos, habitualmente asintomáticos, localizados en cabeza y cuello. A pesar de su mayor frecuencia en zonas fotoexpuestas no se ha descrito en la literatura la relación con el cáncer cutáneo no melanoma. Debido a su poca incidencia, no hay guías de tratamiento estandarizadas. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con un margen amplio, que puede llegar hasta los 3 cm. La cirugía con control de márgenes se ha descrito como una técnica útil para el tratamiento de esta entidad. La biopsia selectiva de ganglio centinela y la linfadenectomía son técnicas controvertidas. La radioterapia postoperatoria, la quimioterapia y la inmunoterapia son alternativas que pueden ser útiles individualizando su indicación.

**Conclusiones.** Presentamos el caso de un paciente con un hidradenocarcinoma tratado con éxito con cirugía tridimensional, sin recurrencia local ni metástasis durante el seguimiento estrecho. Es el primer caso descrito en un paciente con antecedentes de múltiples carcinomas cutáneos no melanoma. Al ser un tumor tan inusual su tratamiento se basa en series de casos y casos aislados, por lo que se necesitan más estudios para poder establecer unas guías para el manejo de estos pacientes.

## P10. ANGIOSARCOMA EPITELIODE CUTÁNEO ASOCIADO A UN NEVUS AZUL: UN TUMOR DE COLISIÓN EXCEPCIONAL

M.C. González Vela, M.S. Rodríguez Duque, E. Trillo Bohajar, A.E. López Sundh, P. Martín Soler, R. Mazorra Horts, S. Armesto Alonso, M.A. González López y J. R. Sanz Giménez-Rico

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.*

Los angiosarcomas cutáneos (ASC) son tumores de células endoteliales malignos, agresivos y raros, que representan menos del 5% de todos los sarcomas cutáneos. Ocurren con mayor frecuencia como tumores esporádicos (ASCprimario) en la piel dañada por el sol de la cabeza y el cuello, y con menos frecuencia son secundarios a factores predisponentes. Los ASC secundarios generalmente se desarrollan después de la radioterapia o en el contexto de un

edema linfático crónico. Presentamos un paciente con tumor de colisión entre un ASC epitelioide y un nevus azul (NA) en el cuero cabelludo.

Paciente varón de 65 años sin antecedentes personales y familiares de interés que presenta una tumoración de crecimiento rápido en la región temporal derecha adyacente a lesión preexistente azulada de años de evolución. La sospecha clínica fue de melanoma maligno sobre nevus azul. Se realizó biopsia escisional que mostraba un nevus azul que en profundidad presentaba una tumoración vascular maligna epitelioide que contactaba con márgenes. La tumoración era positiva para EGRE11, CD31 y c-MYC y negativa para SOX10, CK y VHH8. Se realizó tumorectomía más linfadenectomía cervical derecha. El diagnóstico histológico fue de angiosarcoma epitelioide (11,4 x 6,3 cm) Grado 3 de la FNCLCC con 3 lesiones satélites y metástasis en 4 de los 6 ganglios linfáticos. La existencia de tumores de colisión cutáneos ha sido descrita por numerosos autores. Algunas asociaciones pueden resultar de la participación de tipos de células relacionados, sin embargo, la mayoría son casuales. Los NA pueden existir con otros poblaciones de melanocitos. Raramente, los NA se asocian con células distintas, como de origen neural, mesenquimatoso, muscular. No se ha descrito la asociación de NA con ASC. Una explicación es la colisión de ambas neoplasias, es la existencia de células madre dérmicas totipotenciales. Por otra parte el perfil mutacional de ambas neoplasias es diferente y la coexistencia sería más probable debida al azar.

#### P11. CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON MÁS DE UN TUMOR PRIMARIO E IMPLICACIONES PARA SU SEGUIMIENTO Y SUPERVIVENCIA

E. de la Rosa Fernández<sup>a</sup>, I. Loizate Sarrionandia<sup>a</sup>, G. Servando Carrillo<sup>b</sup>, M.N. Hernández Hernández<sup>a</sup>, E. Pelegrina Fernández<sup>a</sup>, S. Dorta Alom<sup>a</sup>, R. Fernández de Misa Cabrera<sup>a</sup> y J. Suárez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.  
<sup>b</sup>Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción.** El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es un tumor del que hay muy poca información recogida, pese a su incremento en la incidencia en los últimos años y la carga sanitaria que supone.

**Objetivos y método.** El presente trabajo: 1. identifica marcadores de riesgo en el desarrollo de múltiples CEC; 2. analiza el intervalo hasta el segundo CEC y posibles factores asociados; 3. estudia la relación entre el número de CEC desarrollados y la supervivencia global. Se diseña un estudio observacional transversal de los pacientes diagnosticados de CEC en el Área Sanitaria Sur de la provincia de Santa Cruz de Tenerife durante el año 2014.

**Resultados.** De los 134 pacientes diagnosticados con CEC, la mayoría fueron varones (63%). La mediana de edad al diagnóstico del primer CEC fue de 79 años. El 42% desarrolló >1 CEC. Fueron seguidos durante 68 meses (mediana). La media de fármacos con los que los pacientes se encontraban en tratamiento fue 9. Una edad < 78 años al diagnóstico del primer CEC ( $p = 0,004$ ) y un el tratamiento con  $\geq 9$  fármacos ( $p = 0,001$ ) se asociaron de forma independiente con el desarrollo de más de un CEC. Globalmente, el intervalo hasta el segundo CEC fue de 12 meses: en aquellos con AP otros tumores cutáneos malignos, 16 meses ( $p = 0,032$ ); en aquellos con inmunosupresión, 3 meses ( $p = 0,007$ ). La supervivencia global fue del 55%. El desarrollo de más de dos CEC se asocia con una mayor tasa de mortalidad ( $p = 0,035$ ) independientemente de la edad al diagnóstico del primer CEC, los AP de inmunosupresión y del número de fármacos pautados al paciente.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos permitirán mejorar los protocolos de seguimiento de los pacientes con CEC en el Área Sanitaria Sur de Santa Cruz de Tenerife.

#### P12. PLASMOCITOMAS EXTRAMEDULARES TRATADOS CON RADIOTERAPIA A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Heras González, L. Aspe Unanue, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, I. Arrue Michelena, J. Gimeno Castillo, R.M. Escribano de la Torre, P. Malo Díez y R. González Pérez

Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

**Introducción.** Las neoplasias de células plasmáticas son un grupo raro de entidades caracterizadas por la proliferación neoplásica de un único clon de células plasmáticas que se pueden presentar como única lesión (plasmocitoma solitario) o como múltiples lesiones (mieloma múltiple). Los plasmocitomas solitarios habitualmente se presentan en hueso, pero también se pueden encontrar en tejidos blandos (plasmocitomas extramedulares).

**Caso clínico.** Varón de 77 años con antecedente personal de mieloma múltiple Ig A lambda estadio IIA IPI 2 R-ISS 1 diagnosticado en 2019 en tratamiento con múltiples líneas de quimioterapia que acudió a nuestras consultas por unas lesiones de 2 semanas de evolución en región pectoral y región costal derecha. A la exploración física presentaba dos nódulos eritematosos de unos 2 cm de diámetro. El paciente fue biopsiado confirmando la sospecha clínica de plasmocitoma. Se completó el estudio de extensión con radiografía de tórax y de parrilla costal. El paciente fue tratado con radioterapia con respuesta satisfactoria. A lo largo de los últimos meses han ido apareciendo nuevas lesiones presentando todas ellas una respuesta completa a radioterapia.

**Discusión.** Presentamos este caso para destacar la radioterapia además de la cirugía como arma terapéutica en el tratamiento de los plasmocitomas extramedulares.

#### P13. CARCINOMA SEBÁCEO: SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

A. Muñoz de Lucas, E. García García, J. Martín Alcalde, M. Vela Ganuza, E. Naz Villalba, C. Sarró-Fuente, F. Pinedo Moraleda y J.L. López Esteban

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.

**Introducción.** El carcinoma sebáceo es una neoplasia cutánea poco común pero potencialmente agresiva, que a menudo se clasifica por su ubicación anatómica en ocular y extraocular. Ambos tumores se comportan de manera diferente y pueden manifestarse como neoplasias primarias o pueden presentarse en asociación con el síndrome de Muir-Torre, una forma de síndrome de Lynch caracterizada por tumores sebáceos y otro tipo de neoplasias, siendo las más comunes las que afectan al tracto gastrointestinal. Aún no existe un tratamiento estandarizado, sin embargo, las técnicas de cirugía con control de márgenes, como la cirugía micrográfica de Mohs, podrían proporcionar la menor probabilidad de recurrencia.

**Serie de casos.** Presentamos una serie de casos de 7 pacientes con carcinoma sebáceo, diagnosticados en el servicio de dermatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, entre el año 2005 y 2021.

**Discusión.** El carcinoma de células sebáceas es una neoplasia maligna poco frecuente que suele localizarse en la cabeza y el cuello con predilección por sitios periorcarios. Como el carcinoma de células sebáceas puede simular entidades más comunes, el diagnóstico definitivo suele retrasarse, debido a que suele imitar enfermedades dermatológicas benignas, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad. El diagnóstico requiere la confirmación histológica de las células neoplásicas con diferenciación sebácea,



histopatológicamente, el carcinoma sebáceo a veces puede ser difícil de diferenciar de otras neoplasias cutáneas, incluidos el carcinoma basocelular y espinocelular BCC y el SCC, siendo la inmunohistoquímica de ayuda para respaldar el diagnóstico. La escisión quirúrgica se acepta como el pilar del tratamiento del carcinoma sebáceo tanto ocular como extraocular, siendo la cirugía micrográfica de Mohs el tratamiento de primera línea. Sin embargo, debido a la escasa literatura, las recomendaciones sobre los márgenes quirúrgicos, así como los datos sobre la recurrencia local y la metástasis, aún no están bien definidas.

#### P14. CÁNCER DE VULVA SOBRE LIQUEN ESCLEROSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Cases Mérida<sup>a</sup>, M. Dañino García<sup>a</sup>, R. Solórzano Mariscal<sup>b</sup> y J.A. Márquez Enriquez<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.*

**Introducción.** El cáncer de vulva es una neoplasia infrecuente. Los dermatólogos podemos tomar una actitud activa en la prevención secundaria y terciaria, diagnosticando los casos de novo y tratando lesiones premalignas atribuidas a HPV (virus del papiloma humano) y/o procesos inflamatorios crónicos como el liquen escleroso.

**Caso clínico.** Mujer de 79 años sana sin antecedentes de interés que consultaba por dolor y escozor genital de años de evolución. Se valoró inicialmente mediante teleconsulta indicándose propionato de clobetasol tópico por sospecha de liquen escleroso genital sin mejoría. La exploración física fue dolorosa y permitió evidenciar placas blancas nacaradas que afectaban la totalidad de la vulva, con una mucosa eritematosa y hematomas. En la región del periné se observaban dos tumoraciones exulceradas de unos 5 cm y 3 cm respectivamente. No se palpaban adenopatías inguinales. Se tomó biopsia cutánea que confirmó la presencia de dos focos de carcinoma escamoso invasivo de vulva y dermatitis liquenoide con displasia epitelial leve asociada. En la TAC no se observó metástasis inguinales. Finalmente se remitió a ginecología para manejo quirúrgico.

**Discusión.** El cáncer de vulva supone un 2-5% de las neoplasias ginecológicas. El subtipo más frecuente es el escamoso. Se distingue el carcinoma escamoso verrugoso/basaloide propio de mujeres jóvenes y HPV+ oncogénico (serotipos 16,18,31,33). Por otro lado, el carcinoma escamoso queratinizante es frecuente en mujeres mayores posmenopáusicas asociadas a liquen escleroso o neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (dVIN), con alta capacidad de invasión y raramente asociado a infección por HPV (<2%).

La mayoría de los carcinomas de vulva son independientes de HPV (solo un 40%+) y parece que la mutación driver está en TP53 (35-81%).

Se ha estimado una asociación entre liquen escleroso vulvar y carcinoma escamoso de vulva de un 5%. En un estudio finlandés, se observó que en un 2,1% de las pacientes se diagnosticaban de carcinoma escamoso de vulva en el seguimiento de 8,8 años. Por otro lado, parece que el manejo activo sobre el liquen escleroso vulvar puede disminuir el riesgo de transformación.

Finalmente, se ha observado que la supervivencia depende del número de ganglios positivos, el estadio FIGO, quimioterapia adyuvante, los márgenes de resección y la invasión estromal de > 5 mm.

#### P15. CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO

P. Alonso Penanes<sup>a</sup>, S. Mallo García<sup>a</sup>, Á. Fernández Camporro<sup>a</sup>, E. Rodríguez Díaz<sup>a</sup>, P. Gonzalvo<sup>b</sup> y L.M. Fernández Fernández<sup>c</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.*

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente en seres humanos y su incidencia continúa en aumento. Aun así, los casos de carcinoma basocelular metastásico han sido raramente descritos. Se presenta el caso de un paciente de 60 años sin antecedentes de interés, al que se realiza exéresis de un carcinoma basocelular en la región clavicular izquierda (el informe anatomopatológico describe bordes libres). Diez años después, se objetiva una zona subcutánea muy indurada, cubierta por piel de aspecto normal, discretamente retráctil, de bordes mal delimitados en la región preesternal, en vecindad a la cicatriz de la exéresis previa.

Se realizó biopsia ecoguiada que mostró una neoplasia basaloide con nidos de estroma desmoplásico colagenizado. Una tomografía computerizada identificó varios nódulos pulmonares de aspecto metastásico, realizando biopsia guiada por TAC de uno de ellos y describiendo el informe anatomopatológico tejido pulmonar infiltrado por células por basaloideas atípicas. El estudio inmunohistoquímico fue negativo para TTF1 y positivo para BER-EP4. Con el diagnóstico de carcinoma basocelular metastásico, se inicia tratamiento con vismodegib (150 mg al día) con buena tolerancia y evolución clínica, encontrándose el paciente asintomático y pendiente de confirmación de la mejoría a nivel radiológico.

#### P16. SARCOMA DE KAPOSI SIGUIENDO LAS LÍNEAS DE BLASCHKO

G. de la Vega Calvo Moreno, A. Andamoyo Castañeda, E. López Vera, J.M. García-Hirschfeld, J.A. Llamas Carmona, M.D. Fernández Ballesteros, D.J. Godoy Díaz y L. Martínez Pilar

*Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.*

**Introducción.** El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular multifocal con afectación preferentemente cutánea. Consiste en una proliferación de células endoteliales en respuesta a la infección por VHH-8, junto con la interacción de factores ambientales e inmunológicos. Suele manifestarse como una dermatosis bilateral con predominio en miembros inferiores. Las lesiones pueden describirse como manchas y placas eritematovioláceas, que no desaparecen con vitropresión.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente de 37 años con historia de infección por VIH y SIDA sin tratamiento. A la llegada, linfocitos CD4 479 y carga viral 323280 copias/ml. Fue ingresado por síndrome diarreico en contexto de enfermedad de Crohn y lesiones cutáneas maculopapulosas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi. Dichas lesiones se objetivaron en tronco, extremidades, paladar, pene y región perianal; el diagnóstico se confirmó mediante biopsias cutáneas, cuyas técnicas inmunohistoquímicas evidenciaron células neoplásicas positivas para D2-40 y VHH-8. Llamativamente, estas lesiones presentaban una distribución que seguía las líneas de tensión de la piel, especialmente sugerentes en la zona superior del tórax, donde adquirirían una conformación ineludiblemente lineal. Durante el ingreso, el paciente permaneció estable y afebril, y se inició tratamiento antirretroviral con buena tolerancia.

**Discusión.** Si no se profundiza en materia, puede parecer que las lesiones que acompañan a las enfermedades dermatológicas siguen una distribución azarosa por la piel, sin un patrón de propagación determinado. No obstante, en un amplio número de pacientes, las dermatosis se disponen siguiendo un mapa ficticio conformado por las líneas de tensión de la piel, imperceptibles al ojo humano. En nuestro caso, las protagonistas son las líneas de Blaschko, que representan las vías de migración de las células epidérmicas desde la cresta neural durante el desarrollo embrionario, y corresponde a mosaicismos cutáneos pigmentarios. Otras dermatosis blaschkolineales son el liquen estriado, el eritema fijo medicamentoso o la morfea lineal, entre otros.

### P17. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: LA IMPORTANCIA DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA SU CORRECTO DIAGNÓSTICO

R. Navarro Tejedor<sup>a</sup>, S. Berenger Ruiz<sup>a</sup>, M. Aparicio Domínguez<sup>a</sup>, Í. Lladó Fernández<sup>a</sup>, A. Miguélez Hernández<sup>a</sup>, E. Gallo Gutiérrez<sup>a</sup>, M. Llamas Velasco<sup>a</sup> y J. Fraga Fernández<sup>b</sup>

Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivo.** El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna neuroendocrina, poco frecuente, pero de mal pronóstico. Histológicamente se caracteriza por ser una tumoración dérmica constituida por grupos de células redondas, basófilas, monomorfas, con núcleos grandes. El 90% de los casos presenta una tinción positiva para citoqueratina 20 (CK20) y negativa para CK7. Queremos poner de manifiesto la importancia del estudio inmunohistoquímico de este tumor, presentando un caso con un patrón infrecuente.

**Caso clínico.** Varón de 84 años que consulta en dermatología de otro centro por la aparición de una lesión nodular en región temporal izquierda de un mes de evolución y crecimiento progresivo. La biopsia confirma el diagnóstico de células de Merkel, siendo las células tumorales positivas para marcadores neuroendocrinos y negativas para CK7, CK20 y TTF-1 (factor de transcripción del tiroides). Derivado a nuestro hospital, se realiza una ecografía cutánea que muestra una tumoración mal delimitada en dermohipodermis constituida por un nódulo hipoecoico-heteroecoico de bordes irregulares y otras estructuras hipoecoicas de menor tamaño, con aumento de vascularización. El PET-TAC también muestra nódulos parotídeos y adenopatías cervicales izquierdas. Se decide extirpación y linfadenectomía junto con radioterapia. El estudio inmunohistoquímico de la pieza revela positividad para CK AE1/AE3 y sinaptofisina y negatividad para cromogranina, CK20, CK7 y TTF-1. Finalmente, el paciente fallece a los 9 meses.

**Conclusiones.** El estudio inmunohistoquímico es clave en el diagnóstico del carcinoma de células de Merkel ya que se trata de un carcinoma neuroendocrino, que presenta una expresión conjunta de citoqueratinas y marcadores neuroendocrinos. Entre estos últimos, destacan la cromogranina y la sinaptofisina; si bien, como en nuestro paciente, no siempre ambas son positivas. La CK20 ha representado uno de los pilares para su diagnóstico. Sin embargo, su ausencia en nuestro caso no lo descarta. En un reciente trabajo de Mendoza et al. el 14,5% mostraba CK20 negativa o baja. Queremos destacar el papel del TTF-1, que es típicamente positivo en el cáncer de pulmón y tiroides y negativo en el carcinoma de células de Merkel, de modo que se considera más específica la negatividad del TTF-1 que la positividad para CK20.

### P18. UNIDAD DE CÁNCER CUTÁNEO DE ALTO RIESGO: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA

L. Turrión Merino, C. Martínez Mera, R. Cabeza Martínez, I.B. Salguero Fernández, E. López Negrete Arenal, F. Alfageme Roldán, M. Grau Pérez, L. Quintana Castanedo, Á.M. Rosell Díaz, M. Elosúa González, M.M. Sigüenza Sanz, M. Hospital Gil y L. Gastón Rouston Gullón

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

**Introducción.** La incidencia del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) está aumentando en las últimas décadas. En los últimos años se ha producido un cambio de paradigma en el tratamiento y seguimiento del CCNM de alto riesgo, con mayor número de pruebas complementarias, la aparición de nuevos tratamientos como los inhibidores de la vía hedgehog (IHH) o la inmunoterapia (IT), y un seguimiento más estrecho de los pacientes, que hace necesario la especialización del dermatólogo en este tipo de patología. En 2017

en nuestro centro se inició una unidad monográfica destinada al tratamiento y seguimiento de los pacientes con tumores cutáneos de alto riesgo

**Resultados.** En el tiempo que lleva en funcionamiento la unidad se ha realizado la evaluación y seguimiento de 137 pacientes con 150 tumores de alto riesgo, cuyos diagnósticos se desgranar en la tabla 1. En nuestra serie el 24,1% de los pacientes presentaban alguna condición de inmunosupresión. La prueba de imagen más realizada en nuestra serie fue la TAC de cabeza y cuello (71 casos). El 20% de los tumores recibió RT. Otros tratamientos complementarios incluyeron inhibidores de la vía del hedgehog, QT convencional, quimio-RT e inmunoterapia. Tan solo el 2,9% de nuestros pacientes fallecieron por causas relacionadas con el tumor cutáneo (CBC metastásico, CECAR con invasión intracraneal, CECAR metastásico; CCMk metastásico).

**Discusión.** En nuestra serie llama la atención el elevado porcentaje de pacientes inmunodeprimidos, poniendo de manifiesto la necesidad de mejorar la prevención del CCNM en estos pacientes. Entre nuestros pacientes la mayoría de los CEC que desarrollaron metástasis fueron clasificados como T3 según la AJCC y T2b (con 2 FR según la BWH) por lo que hace necesario realizar mejoras en la clasificación que nos permita discriminar los tumores de mayor riesgo.

**Conclusiones.** Presentamos la serie de pacientes tratados en la unidad de CCNM de alto riesgo de nuestro hospital. Consideramos que la unidad de CCNM de alto riesgo es una herramienta útil en el seguimiento y el tratamiento de los pacientes de alto riesgo que permite una mayor especialización del profesional y una mejor atención al paciente.

### P19. TUMORACIÓN AXILAR COMO FORMA DE MANIFESTACIÓN DE UN CÁNCER DE MAMA OCULTO

L. Aspe Unanue, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, I. Arrúe Mitxelena, A. Sáenz Aguirre, I. Trébol Urra, A. Onaindia Pérez, P. Rosés Gibert y R. González Pérez

Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

**Introducción.** La afectación cutánea por neoplasias extracutáneas se considera un signo de mal pronóstico, pudiendo ser el primer hallazgo de un tumor oculto. Presentamos un caso en el que se llegó al diagnóstico de un carcinoma de mama (CM) por su afectación cutánea.

**Caso clínico.** Mujer de 69 años que consultaba por una lesión axilar derecha de 4-5 años de evolución con empeoramiento sustancial en los últimos meses presentando ulceración y exudado seroso. La paciente asociaba astenia, así como molestias locales e impotencia funcional. A la exploración física se apreciaba una placa de consistencia pétreo con bordes excrecentes y centro ulcerado. Se realizó un estudio histológico que mostraba infiltración cutánea por carcinoma ductal de origen mamario. Las pruebas de imagen evidenciaron una masa en hueso axilar derecho sugestiva de conglomerado adenopático junto con marcado engrosamiento del complejo dermoepidérmico de la mama derecha. En el estudio de extensión se apreciaban múltiples lesiones compatibles con metástasis viscerales y ganglionares. Tras el diagnóstico de CM en estadio avanzado, se inició tratamiento quimioterápico, a pesar del cual, la paciente falleció.

**Discusión y conclusiones.** Se conoce como metástasis cutánea (MC) al compromiso de la dermis o del tejido celular subcutáneo por una neoplasia maligna sin contigüidad con el tumor primario. El carcinoma de mama (CM) es el tumor que más frecuentemente produce MC en mujeres, siendo su prevalencia variable (3,4-24%). La mayoría se producen por extensión locorregional, desarrollándose entre los 6 meses y los 4 años tras el diagnóstico del CM. Las localizaciones más afectadas son tórax y abdomen. Se han descrito varias formas de presentación clínica, siendo la más frecuente la nodular. Resulta fundamental la detección de las MC, ya que condicionan la

estadificación de la enfermedad, así como su pronóstico y tratamiento.

## P20. CARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO CUTÁNEO VERSUS METÁSTASIS DE CARCINOMA DE MAMA

J. Carrero Martín<sup>a</sup>, S. Reyes García<sup>a</sup>, B. Gómez Vila<sup>a</sup>, B. Vivanco Allende<sup>b</sup>, C. Galache Osuna<sup>a</sup>, L. Palacios García<sup>a</sup> y J. Santos-Juanes<sup>a</sup>

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

**Introducción.** El carcinoma mucinoso es un tumor dérmico que se caracteriza por presentar abundante mucina. Puede aparecer como un tumor primario en la piel o como una diseminación metastásica desde órganos como la mama o el tracto gastrointestinal. Histológicamente no es posible la distinción entre un tumor primario y uno metastásico. Se recomienda descartar una metástasis cutánea de un tumor gastrointestinal o mamario antes de hacer el diagnóstico de carcinoma mucinoso cutáneo primario (CMCP).

**Caso clínico.** Comunicamos el caso de una mujer de 88 años que acude por presentar varias lesiones induradas en hemitórax izquierdo. Entre los antecedentes personales presenta una mastectomía izquierda por carcinoma ductal infiltrante (estadio III) en 1999 y una demencia por cuerpos de Lewy. En la exploración física presenta múltiples nódulos de distribución zosteriforme infiltrados en zona de mastectomía previa. La biopsia de una de las lesiones presenta un epitelio escamoso sin alteraciones. En la dermis se observan nidos de aspecto glandular compuestos por células con escaso pleomorfismo, sin necrosis ni hemorragia y destaca la presencia de abundante mucina PAS positiva. El estudio inmunohistoquímico presenta positividad para CK-7, CK-8 y EMA. Ante estos hallazgos se realiza el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma mucinoso sin poder descartarse su origen metastásico. A pesar del antecedente del carcinoma de mama, debido a la edad y las comorbilidades de la paciente, la familia decide evitar estudios adicionales para confirmar el origen y la posible extensión y opta por el tratamiento exclusivamente sintomático.

**Discusión.** El carcinoma mucinoso es un tumor dérmico raro, cuya edad media al diagnóstico son 71 años. Histológicamente presenta abundantes depósitos de mucina en los que se encuentran flotando nidos de células epiteliales. Conocer el origen de un carcinoma mucinoso supone un desafío diagnóstico dado que presentan unas características histológicas e inmunohistoquímicas similares. En nuestra paciente, dado el antecedente del cáncer de mama y la localización de las lesiones en la zona de mastectomía, podría tratarse de una siembra metastásica. La negativa a realizar estudios complementarios no permite descartar metástasis en otras localizaciones. En este caso el diagnóstico más probable es de recaída cutánea irrecusable de un cáncer de mama (estadio IV).

## P21. AFECTACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE. SERIE DE 6 CASOS

M. Pretel Irazabal, V. Morillo Montañés, A. Arechalde Pérez, J.A. Yagüe Barcia, I. Vicente Sánchez, N. González Romero, P. Manrique Martínez, J.L. Artola Igarza e I. Zabalza Estévez

*Hospital de Galdakao. Vizcaya. España.*

**Introducción.** El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia hematológica rara caracterizada por una proliferación clonal de células plasmáticas en la médula ósea. La enfermedad extramedular se define como la infiltración de células plasmáticas neoplásicas fuera de la médula ósea. La afectación cutánea del MM es extremadamente rara.

**Objetivo.** Evaluar las características clínico-patológicas y el seguimiento clínico de una serie de casos de 6 pacientes con afectación cutánea específica por MM vistos en nuestro servicio a lo largo de 20 años.

**Resultados.** Nuestra serie de casos con afectación cutánea específica por MM presentaban una edad media de 73 años con una igual distribución por sexos (3 mujeres y 3 hombres). En todos los casos la afectación medular precedió a la aparición de las lesiones en la piel. Respecto al tipo de MM, 4 casos fueron IgA (2 lambda/2 kappa); 1 caso fue IgG kappa y otro únicamente mostró proteinuria de Bence-Jones en orina. El tiempo medio desde el diagnóstico del MM hasta la aparición de lesiones cutáneas fue de 47 meses. El tiempo medio desde la aparición de estas lesiones en la piel hasta el fallecimiento de los pacientes fue de 7 meses. Desde el punto de vista clínico, las lesiones consistían en nódulos o placas (solitarias o múltiples) de coloración violácea con una localización variable. Algunas presentaban ulceración. Histopatológicamente las lesiones presentaban dos patrones: nodular e intersticial difuso.

**Conclusiones.** La afectación cutánea específica por MM es extremadamente rara. Los pacientes con MM tienen una supervivencia muy corta una vez aparecen las lesiones cutáneas, independientemente de la terapéutica administrada. En nuestra serie de casos hemos observado una mayor frecuencia de afectación cutánea en mielomas IgA.

## P22. SARCOMA DÉRMICO PLEOMÓRFICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sanz Correa<sup>a</sup>, I. Prats Caelles<sup>a</sup>, T. González Pessolani<sup>b</sup>, M. Martín de Santa-Olalla y Llanes<sup>a</sup>, R.M. Ceballos Rodríguez<sup>a</sup> y P. Maldonado Cid<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El sarcoma dérmico pleomórfico (SDP) es un tumor maligno de origen dérmico infrecuente con características clínicas e histopatológicas superponibles al fibroxantoma atípico (FXA). Se presenta un caso de SDP y se destaca la importancia de un correcto diagnóstico diferencial anatomopatológico frente al FXA debido a las implicaciones pronósticas y terapéuticas.

**Métodos.** Se presenta el caso de un varón de 91 años sin antecedentes de interés. Consultaba por aparición de lesión tuberosa rojiza con collarete descamativo en región frontal izquierda de 1,5 centímetros de 3 meses de evolución. Con la dermatoscopia se observa un parche blanco e inferiormente 2 erosiones. Se decide extirpación.

**Resultados.** Histológicamente se aprecia una tumoración mesenquimal fusocelular maligna con intensa atipia citológica y abundantes mitosis que ocupa todo el espesor de la dermis e infiltra superficialmente la hipodermis. También hay infiltración perineural. La inmunohistoquímica (IHQ) fue positiva para vimentina, CD 10, CD 68 y CD 99 y negativa para CKPAN, SOX10, S100, desmina y CD34. Con estos datos se llega al diagnóstico de SDP. Por ello, se amplían 2 centímetros los márgenes.

**Conclusiones.** El SDP es un tumor mesenquimal maligno infrecuente. Aparece típicamente en la octava década de la vida en zonas fotoexpuestas. El diagnóstico es histológico y es de exclusión. Histológicamente es muy similar al FXA. Ambos tumores presentan células con un patrón fascicular, IHQ siempre negativa para citoqueratinas, S100, desmina y CD34 e IHQ habitualmente positiva para vimentina, CD 10, CD 99 y CD 68. No obstante, el SDP, a diferencia del FXA, presenta al menos 1 de estos 4 rasgos: invasión profunda de tejido subcutáneo, perineural o linfovascular o necrosis tumoral. El SDP tiene una tasa de recurrencia local del 28% y en un 10% de los casos da metástasis, mientras que en la FXA hay entre un 3-20% de recurrencia local y excepcionalmente metástasis. El tratamiento de elección en ambos es quirúrgico, aunque en la FXA

se recomienda extirpación con bordes no afectos mientras que, en el SDP, extirpación con márgenes de 2 centímetros. Una alternativa para ambos casos es la cirugía de Mohs. Se destaca la importancia de realizar un correcto diagnóstico anatomopatológico para un adecuado enfoque terapéutico.

### P23. INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PIEL, NUESTRA EXPERIENCIA

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

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

**Antecedentes y objetivos.** Los anticuerpos contra el receptor de muerte programada (PD-1) o su ligando (PD-L1) son el tratamiento de elección para varios tipos de cáncer de piel avanzado. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestra unidad, así como los efectos adversos inmunomediados (irAEs) presentados y su manejo.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de nuestros pacientes tratados con inmunoterapia, desde mayo de 2019 a agosto de 2021, reclutándose un total de 28 pacientes.

**Resultados.** De los 28 pacientes, la proporción mujer: hombre fue del 50%. La mediana de edad fue 71 años, con un rango de 24 a 91 años. La mayoría de pacientes recibieron tratamiento con pembrolizumab (71%), seguido de nivolumab (18%), cemiplimab (7%) y avelumab (4%). La indicación más frecuente fue adyuvancia en melanoma estadio III resecado (68%), seguido de primera línea de tratamiento sistémico en cáncer de piel localmente avanzado o metastásico (32%). De estos últimos, 6 pacientes recibieron tratamiento por carcinoma de células escamosas, 2 pacientes por carcinoma de células de Merkel y un paciente por angiosarcoma primario cutáneo. Un 64% de pacientes presentaron irAEs, de los cuales el 94% fueron manejados en nuestra unidad de dermatología. Los irAEs más prevalentes fueron los reumatológicos (artromialgias, polimialgia reumática-like) y la astenia (50%). El 78% de los irAEs tuvieron una gradación menor de 3 según los Criterios de Terminología de Eventos Adversos (CTCAE), que se resolvieron en su mayoría sin tratamiento o asociando hidroxycloquina 200 mg al día con o sin prednisona oral a dosis bajas. Cuatro pacientes presentaron irAEs graves con gradación mayor de 3 que requirieron suspensión de la inmunoterapia y tratamiento precoz con pulsos de corticoides e inmunosupresores. Un paciente presentó recaída tras suspensión de la inmunoterapia por irAE grave, que se manejó mediante cambio a otro anti-PD-1. Un solo paciente falleció por irAE a causa de una miocarditis inmunomediada.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de 28 pacientes tratados con inmunoterapia a lo largo de más de dos años de experiencia en nuestra unidad. Destacamos la importancia de manejar estos fármacos para el cáncer de piel avanzado y sus posibles toxicidades por parte del dermatólogo.

### P24. INVOLUCIÓN TUMORAL COMPLETA TRAS INFILTRACIÓN DE METOTREXATO INTRALESIONAL EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO: NUESTRA EXPERIENCIA A MEDIO PLAZO

M. Bergón Sendín, A. Pulido Pérez, L.M. Nieto Benito, I. Balaguer Franch, E. Hernández de la Torre Ruiz, R. Suárez Fernández y L. Barchino Ortiz

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El metotrexato intralesional (MTX-il) es un tratamiento eficaz en la reducción del tamaño tumoral en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). La involución tumoral com-

pleta tras este tratamiento está ampliamente descrita en la literatura. El objetivo de nuestro trabajo es analizar evolución oncológica de los CEC que tras la administración de MTX-il, alcanzan la resolución completa.

**Métodos.** Hemos realizado un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con CEC tratados con MTX-il que alcanzaron la resolución tumoral completa entre enero de 2017 y junio de 2019. Siguiendo el protocolo de nuestro centro, cada paciente recibió dos dosis de 20mg de MTX-il, separadas entre sí por una semana. Tanto el diagnóstico de CEC antes del tratamiento como la involución completa tras las infiltraciones fueron confirmadas histológicamente.

**Resultados.** Se incluyeron 68 pacientes (38 hombres, 30 mujeres) con una edad media de 81,6(9,8) años. El periodo de seguimiento medio fue de 36,24(7,87) meses. La mortalidad global de la serie fue del 31%, no relacionada con el CEC cutáneo en ningún caso. No se han detectado recidivas locales ni metástasis a distancia en ninguno de nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Nuestro estudio apoya la seguridad oncológica del tratamiento con MTX-il, al no haberse detectado recidivas ni lesiones a distancia en los pacientes que alcanzaron la resolución completa del CEC después del tratamiento. Esto coincide con lo descrito en la bibliografía disponible, aportando datos de una serie con un importante número de casos y con un tiempo medio de seguimiento superior a tres años. Aunque consideramos que el tratamiento con MTX-il debe plantearse en neoadyuvancia a la cirugía, nuestra experiencia apoya la seguridad de esta terapia cuando se alcanza la involución tumoral completa antes del tratamiento quirúrgico.

### P25. CARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO CUTÁNEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LOCALIZACIÓN FRONTAL

L. Revenga Porcel<sup>a</sup>, L. Rodríguez Lago<sup>a</sup>, C.F. Figueroa Martín<sup>a</sup>, Y. Peñate Santana<sup>a</sup>, P.M. Bueno Ortiz<sup>b</sup>, L. Borrego Hernando<sup>a</sup> y J. Hernández Santana<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno - Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.*

El carcinoma mucinoso primario cutáneo (CMPC) es un carcinoma de las glándulas sudoríparas poco frecuente con unos 170 casos descritos en la literatura. Aparece como una tumoración rosada indolora de lento crecimiento. Su diagnóstico es de exclusión, y se basa en una histología e inmunohistoquímica compatibles y en descartar la presencia de carcinomas primarios a otros niveles, fundamentalmente en la mama. Una mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus insulino dependiente e hipotiroidismo consultó por una lesión asintomática de crecimiento progresivo en región frontal de 2 años de evolución. En la exploración cutánea presentaba un nódulo de superficie traslúcida de 1 cm de diámetro. El estudio histológico mostró una tumoración dérmica compartimentalizada por septos fibrosos formando grandes lagos de mucina donde estaban suspendidas las células tumorales. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CK7, GCDPF-15 y receptores de estrógenos y progesterona. Fue negativo para CK20 y CEA policlonal. Se solicitó TAC toraco-abdomino-pélvico y mamografías sin hallazgos patológicos. El CMPC afecta con mayor frecuencia la cabeza y cuello y su distribución por sexos no muestra diferencias significativas. La edad media de aparición es en torno a los 60 años. Su diagnóstico diferencial clínico incluye al carcinoma basocelular y espinocelular, los quistes epidermoides, sebáceos o triquilemales y el pilomatrixoma. La identificación histológica de lagos de mucina compartimentalizados donde se encuentran suspendidas las células tumorales permite orientar el diagnóstico hacia los carcinomas mucinosos. Esta histología es similar a la que presentan las metástasis de carcino-

ma mucinoso de origen mamario o colónico, aunque es posible distinguirlo de las últimas gracias a la inmunohistoquímica: el CMPC será CK7 positivo y CK20 y CEA negativo. Las metástasis de carcinoma mucinoso mamario suelen mostrar una histología e inmunohistoquímica indistinguibles del CMPC, y resulta imprescindible descartar mediante pruebas dirigidas como mamografía o ecografía mamaria y axilar la presencia de tumor primario mamario. El CMPC es por tanto un diagnóstico de exclusión. Su tratamiento es la exéresis completa y no es frecuente que produzca metástasis ni recurrencias.

## P26. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS. SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

M.N. Hernández Hernández, R. Fernández de Misa Cabrera, I. Loizate Sarrionandia, E. de la Rosa Fernández y J. Suárez Hernández

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo de bajo-intermedio grado y lento crecimiento que acontece entre el 1-5% de todos los sarcomas. La incidencia es baja, afectando a adultos jóvenes y no hay una clara predilección por sexos. La localización más habitual es el tronco, seguido de la región proximal de las extremidades. El tratamiento quirúrgico es de elección, y citogenéticamente, la mayoría de los DFSP presentan translocación t(17;22) que condiciona en el gen de fusión COL1A1-PDGFB, que es diana terapéutica en neoadyuvancia, tumores inoperables o enfermedad diseminada.

**Material y método.** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de DFSP del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria desde el año 2006 hasta el 2021.

**Resultados.** Se incluyeron 24 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de DFSP, 15 varones y 9 mujeres con una mediana de edad de 49 años. La localización más frecuente es el tronco (9 pacientes), seguido de la región de cabeza-cuello (7), pubis-inguinal (4), miembros inferiores (3) y miembros superiores (1). Todos los pacientes fueron intervenidos, y el 23% mediante la técnica de Mohs, 1 paciente precisó neoadyuvancia con imatinib durante un año. En nuestra serie, con una mediana de 59 meses de seguimiento (rango 1-339 meses), todos los pacientes están libres de enfermedad.

**Conclusión.** El DFSP es un tumor cutáneo infrecuente que tiene su importancia en la dermatología oncológica y el dermatólogo juega un papel fundamental en el manejo y abordaje multidisciplinar.

## P27. METÁSTASIS CUTÁNEA DE OSTEOSARCOMA

S. Requena López, Y. Hidalgo García, B. Vázquez Losada, P. Morales del Burgo, C. Gómez de Castro y Santiago Gómez Díez

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

**Introducción.** Las metástasis cutáneas de tumores de órgano sólido son raras, su incidencia varía de 0,7 a 9%. El osteosarcoma es una neoplasia maligna muy agresiva con metástasis en el 20% de los pacientes en el momento de la presentación inicial. Sin embargo, las metástasis cutáneas son excepcionales. Los sitios donde con más frecuencia metastatiza son el pulmón, el hueso y el riñón. Presentamos el caso de un osteosarcoma con metástasis cutánea.

**Caso clínico.** Hombre de 58 años acudió a consulta por lesión dolorosa y sangrante en la pierna derecha desde hacía 5 meses. Cuatro meses antes de notar dicha lesión había sido intervenido quirúrgicamente de un osteosarcoma fibroblástico tibial derecho mediante

reconstrucción con prótesis y, actualmente, se encontraba en tratamiento adyuvante con quimioterapia. En la exploración se observaba una tumoración violácea de 2,5 cm, infiltrada en los bordes y friable y sangrante en el centro. La lesión se encontraba en el límite inferior de la cicatriz, correspondiente al nivel prótesis-hueso. Con la sospecha de metástasis cutánea de osteosarcoma se realizó una biopsia de la lesión, objetivándose infiltración cutánea por sarcoma de alto grado. En el estudio de extensión también se hallaron metástasis pulmonares.

**Discusión.** Las metástasis cutáneas pueden ser la clave que indique la recurrencia de un tumor o incluso ser el primer signo de un tumor previamente no conocido. Su diagnóstico supone un cambio en la estadificación de la enfermedad tumoral, con implicaciones terapéuticas y pronósticas. Por tanto, ante la presencia de nuevas lesiones cutáneas en un contexto clínico correcto, sobre todo si el paciente tiene antecedente de neoplasia, debemos plantearnos la sospecha de metástasis cutáneas y realizar una biopsia para estudio histológico e inmunohistoquímico.

## P28. DESARROLLO DE CARCINOMAS EPIDERMÓIDES CUTÁNEOS AGRESIVOS EN DOS PACIENTES TRATADOS CON RUXOLITINIB

L. Puebla Tornero, D. Revilla Nebreda, N. Segurado Tostón, A. Romo Melgar, F. Domínguez de Luis, A. Conde Ferreirós, M.E. Cardeñoso Álvarez, C. Román Curto y J. Cañueto Álvarez

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

**Introducción.** El ruxolitinib es un inhibidor de la Janus cinasa 1-2 (JAK1-2) aprobado para el tratamiento de la mielofibrosis idiopática y de la policitemia vera. El efecto adverso más común del ruxolitinib es la anemia y trombopenia, aunque rara vez conducen a su discontinuación. Respecto al cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), se han publicado varios casos aislados de pacientes tratados con ruxolitinib que han desarrollado carcinomas epidermoides cutáneos (CEC) especialmente agresivos. Los datos de eficacia y seguridad a los 5 años mostraron una frecuencia de 17,2% de CCNM en comparación con un 2,7% en el grupo que no recibieron este fármaco. En la ficha técnica se recomienda realizar evaluaciones cutáneas periódicas.

**Casos clínicos.** Caso 1: varón de 35 años con antecedente de leucemia linfocítica aguda de línea B sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Desarrolla una enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónica de tipo esclerodermiforme, iniciándose tratamiento con ruxolitinib a través de un ensayo clínico. Durante el ensayo, sufre la aparición de dos CEC sincrónicos en labio inferior de rápido crecimiento, que requieren extirpación quirúrgica y obligaron a suspender el ruxolitinib. Caso 2: varón de 75 años en tratamiento con ruxolitinib por una leucemia neutrofílica crónica que desarrolla un CEC en región nasal sin especiales criterios histopatológicos de mal pronóstico. Sufre dos recaídas profundas en surco nasogeniano que obligaron a varias intervenciones quirúrgicas, una de ellas junto con el Servicio de otorrinolaringología debido a la invasión profunda.

**Discusión.** La inmunosupresión es un factor de riesgo bien conocido para el desarrollo de CEC. Entre los fármacos clásicamente asociados al desarrollo de CEC se encuentran la ciclosporina y la azatioprina, especialmente cuando se asocia radiación ultravioleta. Se ha propuesto que ruxolitinib es capaz de inhibir el efecto de la proliferación inducida por ciclosporina en el CEC, pero existe una creciente evidencia de la influencia de ruxolitinib sobre el desarrollo de CEC de alto riesgo en pacientes con síndromes mieloproliferativos. En este trabajo presentamos dos casos que demuestran la posible implicación de este fármaco y de la inhibición de la vía de señalización de citocinas Janus cinasa/transductor de señal y activador de transcripción (JAK/STAT) en el desarrollo del CEC.

### P29. RESULTADOS Y UTILIDAD DE LA RADIOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO CON MÁRGENES POSITIVOS TRAS CIRUGÍA: UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

L. Revelles Peñas, L. Puebla Tornero, S. Becerril Andrés, C. Román Curto y J. Cañueto Álvarez

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

**Antecedentes y objetivos.** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor más frecuente en humanos con una incidencia creciente. Su tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes libres, si bien esto no siempre es posible. El objetivo de este estudio fue evaluar el pronóstico de los CEC con enfermedad residual microscópica y la evolución en función de la intervención realizada.

**Métodos.** Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte obtenida a partir de información de los pacientes diagnosticados de CEC entre 2010 y 2019 en el Hospital Universitario de Salamanca y se seleccionaron los casos con enfermedad residual microscópica tras la extirpación (n = 244). Los factores de estudio principales fueron la recidiva local, metástasis ganglionares y muerte debida a CEC.

**Resultados.** El estudio incluye 244 pacientes (145 hombres (59,43%) y 69 inmunodeprimidos (28,28%)), con una mediana de edad 88 años (IQR:10,5). La mediana de diámetro y grosor tumoral fue 19 mm y 6,4 mm (IQR 11 y 5,5) respectivamente. Veintitrés casos fueron tratados mediante reextirpación, 46 mediante radioterapia postoperatoria y 175 mediante observación. Los tratados con reextirpación son los que tuvieron mejor comportamiento con un 4,3% de recaídas frente al 11,30% y 29,71% de recaídas en los tratados con RT y observación. Comprobamos que en estadios avanzados de la enfermedad la RT es más eficaz que la observación, sobre todo de cara a reducir el riesgo de recidiva local.

**Conclusiones.** Los hallazgos de nuestro estudio nos permiten determinar la importancia de alcanzar márgenes libres tras la extirpación del CEC primario, ya que lo contrario supone un pronóstico desfavorable. En caso de no ser posible, la actitud ideal es la reextirpación, y si esta no pudiese llevarse a cabo, la radioterapia sería el tratamiento de elección para el control local de la enfermedad.

### P30. EXPERIENCIA CON INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Peñuelas Leal, C. Labranderoy Hoyos, A. Casanova Esquembre, J. Lorca-Sprohnlé, F. Partarrieu-Mejías, Á. Martínez Doménech, E. Cerro Rubio, A. Grau Echevarría, J.L. Sánchez Carazo y G.M. Pérez Pastor

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

El carcinoma basocelular (CBC) es el tipo de cáncer cutáneo no melanoma más frecuente, estimándose una incidencia anual que oscila entre el 0,5 y el 1%. En su mayoría el tratamiento es eminentemente quirúrgico o mediante otras terapias convencionales, como crioterapia, imiquimod tópico o terapia fotodinámica. No obstante, en aquellos casos en que estas opciones estén contraindicadas o en formas irsecables (CBC localmente avanzado) y en CBC metastásicos estas opciones terapéuticas resultan insuficientes o inadecuadas. En este tipo de pacientes cobran especial interés los inhibidores de la vía Hedgehog (VHh). Las mutaciones hiperactivadoras en esta vía se dan tanto en los CBC esporádicos (PTCH1 se encuentra mutado en un 85-90% de los casos, frente al 10% de SMO), como en el síndrome de Gorlin en que se encuentra mutada germinalmente. Vismodegib y sonidegib actúan inhibiendo la proteína SMO, siendo los dos tratamientos aprobados actualmente para el manejo de los CBC avanzados y metastásicos. Am-

bos fármacos han demostrado tener un perfil de seguridad y efectividad similar. Aunque, a día de hoy, no hay estudios “head to head” que los comparen directamente. En este póster recogemos los datos de seguridad y efectividad de los pacientes tratados con vismodegib y sonidegib en nuestro servicio en la práctica clínica habitual.

### P31. LINFEDEMA CRÓNICO EN PACIENTE HEMODIALIZADO: ETIOLOGÍA INFRECUENTE DEL ANGIOSARCOMA CUTÁNEO

A.M. Carballido Vázquez, C.M. Delgado Mucientes, A.M. Antón Márquez, T.L. Vega López, D. Ruiz Sánchez, J. Valtueña Santamaría, V. Volo Bautista, L. Barrutia Etxebarria, G. Martínez García y P. Manchado López

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

**Introducción.** El angiosarcoma cutáneo (ASc) es una neoplasia maligna muy poco frecuente, sin embargo, es uno de los tumores cutáneos más agresivos y de peor pronóstico. Puede ser idiopático o secundario a radioterapia o a linfedema crónico (LC). Aunque la etiopatogenia no está establecida, en el caso del LC, se cree que este produce inmunodeficiencia local a la vez que actúa como un estímulo angiogénico favoreciendo así la oncogénesis.

**Caso clínico.** Varón de 58 años, con enfermedad renal crónica en estadio 4. Desde hace 7 años, presentaba linfedema crónico en la extremidad superior izquierda (ESI) y hemitórax ipsilateral, secundario a la obstrucción de un acceso vascular para hemodiálisis. Acudió al Servicio de Urgencias por presentar agravamiento del edema asociado a dolor, sin fiebre ni otra clínica. En la exploración cutánea, la ESI estaba indurada, caliente y presentaba numerosas lesiones cutáneas en forma de pápulas infiltradas eritematovioláceas y vesículas, así como una placa verruciforme de varios centímetros de diámetro con superficie costrosa de aspecto impetiginizado. Análíticamente, presentaba ligera elevación de reactantes de fase aguda. Las serologías para citomegalovirus, virus herpes simple y virus varicela zóster fueron negativas, así como el cultivo del exudado de una lesión. Tras ecografía se decidió ingreso por una probable celulitis bacteriana. Debido a la falta de respuesta al tratamiento antibiótico se realizó interconsulta al Servicio de Dermatología que realizó biopsia cutánea ante la sospecha clínica de ASc. El examen histológico reveló una neoplasia maligna infiltrante, con expresión de vimentina y CD34 y negativa para citoqueratinas, confirmando el diagnóstico. Desgraciadamente, el paciente falleció antes de que se pudiese realizar la orientación terapéutica.

**Discusión.** El ASc asociado a LC es una entidad bien documentada en el contexto de patología oncológica de la mama (síndrome de Stewart-Treves). Sin embargo, la asociación con otras etiologías causantes de linfedema es menos conocida lo que favorece el retraso diagnóstico. El caso que presentamos subraya esta problemática pues la marcha diagnóstica inicial se orientó hacia complicaciones más frecuentes del paciente hemodializado (patología vascular o infecciosa). Destacamos también la labor del dermatólogo que, ante sospecha clínica, debe realizar biopsia cutánea precoz.

### P32. CARACTERIZACIÓN DERMATOSCÓPICA Y CLÍNICA DEL CARCINOMA BASOCELULAR INDUCIDO POR RADIOTERAPIA

A. Daoud, J.J. Domínguez Cruz, A. Alcalá Ramírez del Puerto, R. Corbi Llopis, R. Barabash Neila y J. Conejo-Mir Sánchez

*H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción.** El carcinoma basocelular (CB) constituye el 70-80% de todos los cánceres cutáneos (CC) y es el tumor más frecuente en

humanos. Ocasionalmente importante repercusión en la calidad de vida, con morbilidad funcional y estética, y supone una importante carga asistencial para los dermatólogos y el sistema de salud. Se ha reconocido con amplitud el papel de la fotoexposición, donde esta ha sido aceptada como el determinante de mayor importancia para el desarrollo del CB. Entre los factores predisponentes relevantes para desarrollar el CB también se encuentran: fototipo cutáneo, tratamiento previo con UVA/PUVA, radiaciones ionizantes: la exposición ocupacional y la administración de tratamientos de radioterapia prolongados, se han asociado con CC no melanoma. El incremento del riesgo para CB, se limita al área expuesta a la radiación y se desarrolla entre 20 a 40 años después de la exposición.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo para caracterizar los hallazgos clínicos y dermatoscópicos del CB inducido por radioterapia (RT). Se incluirán en el estudio los CBs de pacientes que hayan sido tratados previamente con RT en la zona donde se localice la lesión. Se recogerán los datos clínicos (sexo, edad, localización, tamaño, tipo de CB -nodular, superficial, esclerodermiforme, otro-, pigmentado vs. no pigmentado) y dermatoscópicos (criterios de lesión melanocítica, ulceración, telangiectasias arboriformes, glóbulos azul-gris, estructuras en hojas de arce y/o ruedas de carro, otras). Se analizarán los datos con el programa estadístico SPSS 28.0®

**Resultados y discusión.** Se desarrollarán los resultados de las características clínicas y dermatoscópicas del CB inducido por RT comparadas con lo descrito previamente en la literatura del CB no relacionados con la RT.

### P33. TASA DE RECURRENCIAS TRAS CIRUGÍA DE MOHS EN NUESTRA SERIE

A. Jiménez Antón, I. Navarro Navarro, G. Gallo Pineda, M. Viedma Martínez y M. Linares Barrios

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

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) es la técnica que presenta las tasas de curación más elevadas en el tratamiento de los tumores cutáneos gracias a la exéresis secuencial del tumor y a la observación microscópica de los márgenes hasta su extirpación completa. Se describe nuestra experiencia tras la implantación de la CMM en nuestro centro. Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluye todos los casos de tumores cutáneos tratados en nuestro hospital con cirugía de Mohs desde febrero de 2016 hasta agosto de 2021. Nuestra serie se compone de un total de 174 casos. El 90,22% de los tumores intervenidos fueron carcinomas basocelulares (CBC) y la localización más frecuente fue la nariz (45,14%). Uno de los casos, con patrón histológico de CBC infiltrativo morfeiforme, se consideró inoperable tras persistencia tumoral en el séptimo pase. Durante el seguimiento posterior de los pacientes en nuestras consultas se ha observado recidiva tumoral en 11 de ellos (6,32%). El tipo histológico predominante en las recidivas fue el de CBC patrón infiltrativo (45,45%). Tras la confirmación de recurrencia, 8 de los casos (72,72%) se reintervinieron mediante CMM, un paciente (9,1%) se sometió a cirugía convencional, otro caso (9,1%) se resolvió con biopsia excisional con confirmación histológica de márgenes libres y otro (9,1%) inició tratamiento con Sonidegib. Este estudio describe las características de los tumores cutáneos intervenidos mediante CMM en nuestro centro y su seguimiento posterior. La CMM presenta excelentes tasas de curación a los 5 años del cáncer de piel no melanoma de hasta el 99% en el CBC primario, 94,4% en el CBC recurrente, entre el 92-99% en el carcinoma espinocelular (CEC) primario y del 90% en el CEC recurrente. La CMM también se ha empleado como tratamiento de otras variantes de tumores menos frecuentes, como el dermatofibrosarcoma protuberans, la enfermedad de Paget extramamaria o el carcinoma de células de Merkel. Con respecto al dermatofibrosarcoma protuberans, la literatura muestra tasa de recidivas de hasta el 6,03%, no

encontrándose ningún caso de recidiva en los 6 casos de nuestra serie.

### P34. TUMOR EXOFÍTICO DE CRECIMIENTO PROGRESIVO EN REGIÓN PLANTAR

M. Antonetti Roso, S. García González, A. Lapeña Casado, J. Monte Serrano, E. Aura Bularca, P. Villagrasa Boli, A.L. Morales Moya y M. Ara Martín

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.*

El carcinoma cuniculatum es una variante rara de carcinoma epidermoide (CE) bien diferenciado y de bajo grado, de localización habitualmente plantar, de crecimiento progresivo y capacidad invasiva local, siendo excepcional el desarrollo de metástasis. Presentamos un caso de una lesión en planta del pie de larga evolución, compatible con esta variante tumoral.

Mujer de 52 años edad, que presenta lesión cutánea plantar, de al menos un año de evolución, de crecimiento progresivo y acelerado durante el último mes, dolorosa, que interfiere con las actividades diarias y la deambulacion. La lesión fue biopsiada en múltiples ocasiones con diagnóstico compatible con papiloma plantar. A la exploración física se evidencia un tumor exofítico queratinizante y cupuliforme de tres centímetros de diámetro máximo con ulceración central, localizado en cuarto metatarsiano de planta del pie derecho, sin lesiones satélites ni adenopatías locorregionales. Ante la mala evolución y el intenso dolor de la lesión, se programó biopsia de planos profundos con sedación, con resultado de carcinoma escamoso bien diferenciado y queratinizante, Clark V, con invasión perineural. Se realizó estudio de extensión, demostrándose invasión de tejidos blandos perióseos, procediendo a la amputación transmetatarsiana del pie. Se descartó la presencia de metástasis. Se desestimó el tratamiento adyuvante con radioterapia. Esta variedad de CE se caracteriza por un crecimiento epitelial de queratinocitos bien diferenciados de aspecto hiperplásico no neoplásico, que requiere biopsias incisionales amplias y profundas, ya que una biopsia superficial puede no ser concluyente, y confundirse con otros procesos de carácter banal o infeccioso, por ejemplo las verrugas víricas, llevando al retraso en el diagnóstico, que suele ocurrir. Se aconseja la realización de resonancia magnética y tomografía axial para valorar la afectación ósea, que en caso de presentarse hace necesaria la amputación y no solo la exéresis amplia del tumor. Se recomienda descartar metástasis a pesar de ser excepcional que ocurra. La radioterapia aumenta el riesgo de transformación anaplásica, de peor pronóstico. Este tumor infrecuente debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones crónicas de evolución tórpida en región plantar con la finalidad de diagnosticarlo precozmente y así evitar intervenciones quirúrgicas más agresivas.

### P35. METOTREXATE INTRALESIONAL: EXCELENTE RESULTADO EN UN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

J. Ruiz-Rivero, C. Horcajada-Reales, G. Baeza-Hernández, B. Echeverría-García, D. Arias-Palomo y J. Borbujo-Martínez

*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.*

Se presenta el caso clínico de un paciente de 102 años que consultaba por una tumoración en el pabellón auricular derecho de dos semanas de evolución con rápido crecimiento y muchas molestias locales. A la exploración física se apreciaba un tumor de 4 cm de diámetro que abarcaba toda la parte superior del pabellón auricular, y que afectaba a los pilares del antehélix, la fosa escafoidea y la fosa triangular. El tumor estaba formado por un tejido hiperqueratósico y friable cubierto parcialmente por una costra serohemática muy adherida que condicionaba cierto abombamiento del

pellón auricular. Se realizó una biopsia cutánea, que confirmó la sospecha clínica de queratoacantoma. A pesar de que los únicos antecedentes del paciente eran hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata, la fragilidad del paciente no permitía la intervención quirúrgica. Se decidió, de forma conjunta con la familia y el paciente, la infiltración de metotrexate intralesional como medida paliativa. En total se realizaron dos infiltraciones de metotrexate 25 mg separadas por dos semanas. Tras la primera infiltración se produjo una mejoría discreta, con disminución del volumen del tumor, y fue tras la segunda infiltración cuando el diámetro del tumor se fue reduciendo progresivamente. La mejoría continuó hasta que dos meses después se consiguió la práctica desaparición de la lesión clínica.

Con este caso queremos resaltar la utilidad del metotrexate intralesional como medida paliativa en el tratamiento de los queratoacantomas en pacientes de alto riesgo quirúrgico, especialmente de edad avanzada y cuando los tumores asientan en localizaciones especiales o son de gran tamaño.

### **P36. EXPERIENCIA CON VISMODEGIB Y SONIDEGIB EN CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO EN LA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ**

M. Viedma Martínez, I. Navarro Navarro, G. Gallo Pineda, A. Jiménez Antón y M. Linares Barrios

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

**Introducción.** Vismodegib y sonidegib son inhibidores selectivos de la vía de señalización Hedgehog aprobados para el tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado y metastásico. Describimos nuestra experiencia con ambos fármacos entre los años 2019 y 2021.

**Material y métodos.** Estudio unicéntrico observacional descriptivo retrospectivo en el que incluimos a todos los pacientes de nuestra unidad tratados con alguno de estos fármacos con indicación aprobada.

**Resultados.** Nuestra serie la conformaron 8 pacientes con una mediana de edad de 67 años con 5 mujeres y 3 hombres. Cinco pacientes recibieron el fármaco por CBC localmente avanzado y 3 pacientes CBC múltiples en el contexto de síndrome de Gorlin (SG). Todos los tumores tratados son recidivas, con una mediana de tiempo de evolución de 10 años. Los tumores se distribuyeron en su mayoría en polo cefálico. La mediana del tamaño fue de 1,5 cm. Siete de ellos recibieron vismodegib como primer fármaco, y 1 sonidegib. Dos de los pacientes tratados inicialmente con vismodegib cambiaron a sonidegib por disgeusia severa (caso 7) y progresión tumoral (caso 8). La mediana de tiempo de administración de vismodegib fue de 196 días y en el caso de sonidegib de 33 días. Con el primer fármaco se consiguieron 2 respuestas completas (RC), 3 respuestas parciales (RP), una estabilización y una progresión. Los efectos adversos más frecuentes fueron la disgeusia y la alopecia. En el caso del segundo fármaco no es posible valorar su respuesta debido al poco tiempo observado.

**Discusión y conclusiones.** Vismodegib y sonidegib han demostrado ser unos fármacos seguros y eficaces. El porcentaje medio de respuesta de los pacientes tratados con vismodegib fue de 71,4% (43,3% a 99,5%). Debe tenerse en cuenta la aparición de efectos adversos por su alta frecuencia, en el 100% de nuestra serie, aunque de carácter leve y obviados con descanso de tratamiento. Estos resultados son comparables con la serie española estudiada por la Fundación del Instituto Valenciano de Oncología, en donde analizaban una serie de 22 pacientes tratados con vismodegib entre los años 2013 y 2018 (obtuvieron una tasa de respuesta del 54-86% y todos presentaron algún efecto secundario leve). Respecto a sonidegib, es necesario tratar mayor número de pacientes y más tiempo de seguimiento para poder describir su porcentaje de respuesta y efectos.