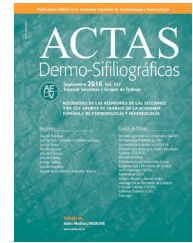




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXVIII Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV (GECIDOC)

Valencia, 27 y 28 de noviembre de 2015

Ponencias

1. EL GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA. SITUACIONES EN LAS QUE NO ESTÁ INDICADO

I. Fernández Canedo

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

El estado de los ganglios es el factor pronóstico más importante de la supervivencia de los pacientes con melanoma. Una vez que el paciente desarrolla metástasis en los ganglios regionales la supervivencia a los cinco años es del 40%. La prueba diagnóstica más sensible y específica para conocer el estado ganglionar es la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). Aunque la recomendación de realizar BSGC en el melanoma cutáneo es para muchos un estándar de calidad en el manejo de pacientes con melanoma, para otros es una prueba diagnóstica que debe ser ofrecida y discutida con el paciente, ya que no se ha demostrado que la resección ganglionar precoz de los ganglios afectados mejore la supervivencia global de los pacientes. Actualmente las indicaciones para su realización están bien establecidas en melanomas con un espesor tumoral ≥ 1 mm, si bien es controvertida en melanomas con un espesor fino (< 1 mm) debido a la baja probabilidad de afectación ganglionar y al escaso impacto en la supervivencia global en este subgrupo de pacientes que ya de por sí es buena (95% a los 5 años), más aún si tenemos en cuenta la morbilidad no despreciable (10%) y los costes asociados de la propia técnica. Aun así, dentro de este grupo de melanomas finos, hasta un 15% progresan por lo que los esfuerzos van dirigidos a investigar factores de riesgo entre los que se incluye el estado ganglionar detectado por BSGC para identificar subgrupos de "alto riesgo". La diversidad metodológica de los distintos estudios hace que no existan por el momento factores de riesgo inequívocos que identifiquen a este subgrupo de pacientes. Tampoco está del todo clara su indicación en melanomas gruesos (> 4 mm) debido a la alta probabilidad de que estos pacientes desarrollen metástasis a distancia. Sí parece existir una mejoría en el control regional de la enfermedad si el ganglio centinela es positivo y se realiza linfadenectomía precoz, respecto de realizar una linfadenectomía con

ganglios clínicamente palpables. Existen otras situaciones donde la indicación de la BSGC es discutible como la presencia de metástasis en tránsito o el embarazo. Como cualquier otra prueba diagnóstica no debemos perder de vista los objetivos principales de la BSGC, que son conocer el estado ganglionar para estratificar a los pacientes de forma homogénea para establecer su pronóstico, y seleccionar a aquellos pacientes candidatos a linfadenectomía terapéutica, terapia adyuvante o inclusión en ensayos clínicos.

2. EL AUTÉNTICO PIONERO DEL TRASPLANTE DE PELO QUE PASÓ INADVERTIDO

F. Jiménez Acosta

Clínica Mediteknia de Dermatología y Trasplante de Pelo. Las Palmas de Gran Canaria. España.

En 1939 se publicaron en el *Journal Japanese of Dermatology and Urology* una serie de artículos sobre trasplante de pelo que componen en su conjunto la obra más fundamental que se haya escrito hasta el momento actual en este campo. El autor fue Shoji Okuda, un médico japonés cuyos trabajos fueron olvidados durante mucho tiempo, pero recuperados recientemente gracias a la traducción de todos sus artículos. En esta conferencia resumiré la magnífica obra científica del Dr. Okuda en relación al trasplante de pelo, una fuente indispensable de inspiración y conocimiento para todos los interesados en el trasplante de folículos.

3. AVANCES EN TRASPLANTE DE PELO (FUE VS TIRA, ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE, ROBOTS...)

E. Villodres Ramos

Instituto de Tricología Villodres. Barcelona. España.

La evolución constante en el trasplante de pelo es motivada por la gran cantidad de intervenciones diarios en todo el mundo. Hay una gran demanda de pacientes que al conseguir una mayor densidad en sus resultados y unas molestias mínimas quieren operarse. Hasta hace solo 30 años era normal el macro punch conocido como "pelo

de muñeca” injertos de 10 a 25 cabellos de 3-4 mm de diámetro... Desde 1985-1991 se produce una transición hacia los micro injertos que ya son el estándar actual usando la conocida como tira, extracción de un huso de cuero cabelludo donante en la zona “segura” occipital. En 1995 se empieza a usar el concepto de unidad folicular y los microscopios estereoscópicos y ya en 2002 se empieza a usar de nuevo los punch, pero ahora de menor tamaño, desde 0,6 hasta 1,2 mm de diámetro iniciando la era del FUE. La necesidad de poco material y poco personal auxiliar que requiere hace que muchos médicos no especialistas se inicien en cirugía de cuero cabelludo. Un gran número de estos médicos adoptan una actitud agresiva comercialmente para atraer más pacientes y exageran las bondades del fue diciendo que no hay ninguna cicatriz ocultando los puntos blancos residuales y exageran las cicatrices lineales enseñando solo las que son visibles y antiguas. El equilibrio de un buen especialista en trasplante capilar pasa por usar ambas técnicas de extracción, tira MÁS fue, no haciéndolas enemigas sino complementarias en muchos pacientes y adecuándose a cada persona. No podremos hacer una extracción en tira a alguien que lleva siempre el cuero cabelludo rapado como estilo de vida ni sería aconsejable un fue en alguien que casi siempre lleva el pelo largo... aunque en muchos pacientes podremos hacer primero una tira y más adelante en una segunda intervención un fue. La alopecia fibrosante frontal no es una buena candidata a ser trasplantada, hay frecuentes recidivas incluso 2-3 años después de la intervención. Aunque hay un porcentaje variable según autores con un resultado estable tras 6 años. En todo caso debería haber inactividad de la enfermedad, por lo menos 2 años antes de intervenir, y hacer primero un test de unos 100 injertos y observar el crecimiento entre 6-12 meses antes de hacer el gran relleno. El mal llamado robot, Artas... es en realidad un brazo robótico que necesita 2 personas que controlen sus parámetros al ordenador y que “solo” hace las incisiones en la zona donante, viene de fábrica con un punch de 1,2 mm (muy grande) y lo pueden mejorar con un punch de 0,9 a demanda del cirujano, tiene una curva de aprendizaje de varios meses y un coste por paciente y cirugía al fabricante de 1.800-2.000 euros, además de un gasto inicial de 300.000 euros. Conocemos algunos médicos a nivel internacional que lo tienen y ya no lo están usando.

4. LÁSER PARA MELASMA Y OTRAS PIGMENTACIONES

I. Sánchez-Carpintero

Clinica Ruber y Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

En esta charla se expondrá el papel que tiene el láser -como tratamiento de elección o tratamiento complementario-, para los diferentes tipos de lesiones pigmentadas como el melasma, nevus de Ota, nevus melanocíticos, manchas café con leche, nevus spilus, entre otras. El láser es una herramienta más que debe indicarse y aplicarse en casos bien seleccionados. Esta tecnología es capaz de resolver muchos problemas sin necesidad de recurrir a procedimientos quirúrgicos. El melasma es probablemente una de las patologías pigmentadas más frecuentes y de mayor dificultad terapéutica. Habitualmente se indica como primera opción terapéutica la aplicación de agentes despigmentantes. Ante la escasa respuesta observada en muchos pacientes, la investigación se ha dirigido hacia la utilización de determinados tipos de láseres, como los fraccionados no ablativos de baja potencia o el láser tulio de 1927 nm. Su empleo junto con la aplicación simultánea de fármacos tópicos despigmentantes puede lograr buenos resultados si bien, en un porcentaje alto de pacientes, las recidivas son frecuentes. Otra patología pigmentada que es motivo frecuente de consulta es la pigmentación difusa junto con la presencia de lentigos solares, tanto en cara como en escote o manos. Estas situaciones se dan con frecuencia en personas de edad avanzada o en pacientes que han recibido una exposición solar crónica y extensa. El tratamiento con láser Q-Switched y tulio 1927nm, en la misma sesión, logra resultados muy buenos.

5. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

Y. Gilaberte Calzada

Hospital San Jorge. Huesca. España.

La terapia fotodinámica con luz de día (TFDL) es una nueva forma de realizar TFD que utiliza la luz del sol como fuente lumínica para excitar el fotosensibilizante. Los primeros estudios clínicos realizados en Dinamarca datan del año 2007. Desde entonces se han publicado ensayos clínicos en diferentes partes del mundo, la mayoría realizados con metil-aminolevulinato (MAL) y algunos con ácido aminolevulínico (ALA). Estos estudios han demostrado que la TFDLD es tan eficaz como la TFD convencional en queratosis actínicas leves y moderadas y más segura, puesto que prácticamente es indolora. La TFDLD con MAL ya tiene indicación en nuestro país y su protocolo de utilización se describe con detalle en los documentos de consenso publicados. Esta ponencia pretende presentar los últimos estudios sobre TFDLD que muestran sus resultados a largo plazo, su utilidad más allá del tratamiento de las queratosis actínicas, las experiencias publicadas con los diferentes fotosensibilizantes, así como algunas propuestas para incrementar su eficacia.

6. DESCUBRIENDO LA TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL. MÉTODO DE APLICACIÓN Y PRINCIPALES INDICACIONES

M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

La terapia fotodinámica convencional es una técnica muy utilizada en dermatología. Aunque se ha utilizado para el tratamiento de otras enfermedades, con resultados variables, está indicada para el tratamiento de lesiones premalignas o carcinomas superficiales. Esto es así debido a la pobre penetración de la sustancia fotosensibilizante y de la luz (2-3 mm). Con la idea de superar esta barrera surgió el concepto de terapia fotodinámica intralesional, donde tanto la sustancia fotosensibilizante como la luz se colocan dentro de la lesión. De esta manera tenemos un control absoluto sobre la profundidad. Para alcanzar este objetivo, han surgido varias modificaciones sobre la técnica clásica. En primer lugar, la sustancia fotosensibilizante es diferente; se utiliza un liofilizado de 5-ácido aminolevulínico al 1%, que posteriormente será disuelto en suero fisiológico para poder infiltrarlo dentro de la lesión. Además, también se ha disminuido el tiempo de incubación, siendo suficiente con 120 minutos. Por último, la luz es láser, no LED, también de 630 nm, con mayor densidad de potencia. Esta luz se introduce directamente en el tejido a través de una fibra óptica. Para algunos tratamientos esta luz puede ser administrada por medio de un aplicador externo. La utilización de uno u otro depende de la lesión a tratar. En el vídeo se explicará detalladamente cada paso. Por último, indicar que esta técnica está en expansión. Se está empleando con buenos resultados en el tratamiento del carcinoma basocelular (independientemente de histología y profundidad), en la hidrosadenitis supurativa en todos los estadios de gravedad (Hurley I-III), fístulas anales, anovulvares, uretroanales, en el tratamiento de los queloides, en los quistes mixoides y por último en las verrugas víricas. Realmente las indicaciones no están cerradas.

7. LESIONES VASCULARES

E. Grillo Fernández

Clinica Biolaser. La Moraleja. Madrid. España.

El tratamiento con láser de lesiones vasculares cutáneas está avanzando rápidamente en los últimos años. La **mancha en vino de Oporto** (Port wine stain [PWS]) es una de las primeras lesiones

tratadas con láser con éxito. El láser de colorante pulsado (PDL) se ha desarrollado basándose en el concepto de la fototermólisis selectiva y se ha posicionado como el tratamiento de elección. Sin embargo, la respuesta obtenida es variable y casi siempre parcial, alcanzándose un aclaramiento sustancial del color de la lesión tras varias sesiones para posteriormente estancarse la respuesta clínica. En estos casos la combinación de otros lasers y fuentes de luz (alejandrita, Nd:Yag, Luz pulsada intensa) así como distintos abordajes (múltiples pases, enfriamiento epidérmico, combinación con productos tópicos) pueden mejorar la eficacia de los tratamientos. En el abordaje de las **malformaciones venosas** clásicamente se ha optado por la escleroterapia y la cirugía aunque, en ocasiones, pueden ocasionar una deformidad importante, dolor prolongado, necrosis cutánea, daño neural o toxicidad sistémica. En este sentido la utilización de láseres "profundos" como el de alejandrita o el Nd:YAG de pulso largo ofrecen resultados muy satisfactorios con mínimos efectos adversos, particularmente buenos en las malformaciones venosas localizadas en mucosas. En el caso de los **hemangiomas** la irrupción del propanolol en el manejo de estas lesiones ha desplazado al láser vascular a unas indicaciones muy concretas tales como el abordaje conjunto en lesiones localizadas en áreas visibles o el tratamiento de hemangiomas ulcerados. Otras patologías no estrictamente vasculares, pero con un componente importante vascular, como las **malformaciones linfáticas**, **malformaciones glomovenosas**, **anomalías vasculares hiperqueratósicas**, **queratosis rubra pilaris**, **hamartomas** entre otras, podrían beneficiarse de un abordaje multidisciplinar en el cual los láseres vasculares jugarían un papel importante. En conclusión, podemos afirmar que los láseres vasculares han ido desplazando progresivamente a la cirugía y escleroterapia como técnicas de elección en el abordaje de las lesiones vasculares cutáneas.

8. LUZ PULSADA OPTIMIZADA

D. del Ojo Cordero

Dermaláser Siglo XXI. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Los efectos producidos por la aplicación de una fuente de luz sobre un tejido son explicables por el principio de la fototermólisis selectiva, descrito por Anderson y Parrish en 1983, el cual establece que la energía suministrada a un tejido tiene una acción selectiva sobre una molécula diana, denominada cromóforo, sin afectar las estructuras adyacentes o haciéndolo mínimamente. Esta acción selectiva constituye la base de los sistemas no ablativos, como la luz pulsada intensa. Esta luz se diferencia del láser por ser policromática (la radiación emitida incluye múltiples longitudes de onda que habitualmente oscilan entre los 400 y los 1.500 nm) y no es coherente espacial ni temporalmente (las ondas no están en fase y no son paralelas). Las indicaciones clásicas de la luz pulsada podíamos decir que serían la fotodepilación, lesiones pigmentarias benignas, lesiones vasculares, telangiectasia esencial adquirida, rosácea y más tarde se comenzó a usar en el acné, pero en los últimos años se ha usado en otras en otras patologías como cicatrices, queratosis seborréicas pigmentadas, sarcoidosis, lupus eritematoso cutáneo, hidradenitis supurativa, dermatitis atópica, queratosis pilaris atrófica facial, liquen plano actínico pigmentario, estrías, psoriasis y verrugas víricas recalcitrantes, lupus pernio, terapia fotodinámica y rejuvenecimiento cutáneo. En muchos de los usos que hasta la actualidad se le han dado a la luz pulsada hay poca evidencia científica y no siempre se han obtenido buenos resultados. El manejo de la luz pulsada es bastante más difícil que el láser y requiere un aprendizaje más lento al tener que manejar no solo el rango de la longitud de onda con la que queremos trabajar, sino la duración y número de los pulsos, el tiempo entre pulsos y el tamaño del spot para conseguir unos buenos resultados, además de adaptar los parámetros al fototipo de

piel del paciente con objeto de no producir complicaciones como las quemaduras, hiperpigmentación o hipopigmentación, que son las más frecuentes, y en el uso de la luz pulsada para depilación también se han observado la aparición de enfermedad de Fox-Foradyc de localización axilar después de varias sesiones de luz pulsada. Con los nuevos equipos que se han ido introduciendo en el mercado en los últimos años, se ha conseguido que cada pulso se divida en micropulsos con los que se pueden conseguir mejores resultados y disminuir los efectos indeseables y las complicaciones, pero es necesario un conocimiento exhaustivo en esta tecnología para conseguir buenos resultados. Podemos recomendar la luz pulsada para la fotodepilación, lesiones pigmentarias benignas, lesiones vasculares por ser donde se obtienen mejores resultados y muy similares a los obtenidos con los láseres. También es recomendable en rosácea y en cicatrices hipertróficas y queloides, donde se obtiene mejoría de los pacientes y, por supuesto, en terapia fotodinámica con luz pulsada, donde sí existe evidencia científica. Sin duda alguna hacen falta más estudios que comparen resultados y aporten evidencia científica para recomendar la luz pulsada en otras muchas patologías cutáneas y que en el futuro creemos que irán apareciendo.

Comunicaciones orales

1. BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL Y NODULAR

R. Ballester Sánchez^a, O. Pons Llanas^b, C. Candela Juan^c, J. Pérez Calatayud^a y R. Botella Estrada^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología Radioterápica; ^cServicio de Oncología Radioterápica-Sección de Física Radioterápica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción: El manejo terapéutico del carcinoma basocelular (CBC) se basa en la aplicación de terapias invasivas o no invasivas cuya elección dependerá del subtipo histológico, la localización y las comorbilidades del paciente. La radioterapia (RT) es una alternativa terapéutica en el manejo de pacientes seleccionados. La braquiterapia electrónica (BTE) es una nueva modalidad de RT con un uso creciente en dermatología. Este estudio pretende determinar la eficacia y seguridad del sistema Esteya[®] de BTE para el CBC.

Material y métodos: Estudio prospectivo piloto, unicéntrico, no randomizado para estudiar la eficacia y seguridad de la BTE en el CBC superficial y nodular. Se incluyeron dos grupos de 20 pacientes de manera consecutiva y se trataron a diferentes dosis; el primer grupo a 36,6 Gy y el segundo a 42 Gy. Los parámetros estudiados fueron: tasa de curación, toxicidad aguda y tardía y resultado cosmético. Como objetivos secundarios se estudiaron: el papel de la dermatoscopia en la determinación del margen lateral y el uso de la ecografía cutánea en la determinación de la profundidad tumoral.

Resultados: Se obtuvieron tasas de respuesta completa en el 90% de los pacientes del primer grupo y del 95% del segundo grupo con seguimiento a un año. En ambos grupos la toxicidad fue tolerable y la cosmética muy buena. No se demostró una correlación entre la ecografía y la biopsia para medir la profundidad tumoral. La dermatoscopia demostró ser de utilidad para delimitar el margen lateral.

Discusión: Nuestra experiencia inicial con Esteya[®] muestra resultados favorables para el tratamiento del CBC superficial y nodular con 42 Gy administrados en 6 fracciones de 7 Gy.

Conclusiones: El papel de la BTE en el CBC está todavía por definir. Probablemente se convertirá, en un futuro próximo, en una opción establecida para pacientes seleccionados.

2. RADIOTERAPIA. INDICACIONES Y TÉCNICAS EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA

L. Loidi Pascual, A. Larumbe Irurzun, B. Bonaut Iriarte, P. Navarrete Solano y A. Sola Galarza

Servicios de Dermatología y Oncología Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La radioterapia es un arma terapéutica útil para el tratamiento de casos seleccionados de cáncer cutáneo no melanoma como tratamiento primario o en adyuvancia. Se obtienen muy buenos resultados de control tumoral, con buenos resultados cosméticos y preservación funcional.

Material y métodos: El propósito de nuestra comunicación es revisar las indicaciones de radioterapia en el cáncer cutáneo no melanoma y dar a conocer las diferentes técnicas disponibles en la actualidad. Para ello, realizamos una revisión de la literatura, observando las diferentes técnicas y métodos empleados por el Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Navarra.

Discusión: Habitualmente, el cáncer cutáneo no melanoma afecta de forma exclusiva a la piel y tiene muy buen pronóstico, siendo de primera elección la escisión quirúrgica de las lesiones. De forma ocasional, pueden dar lugar a afectación de tejidos en profundidad e incluso metástasis locorregionales y a distancia. Se han establecido diferentes factores de riesgo tanto del paciente, como de la histología del tumor en el carcinoma epidermoide y basocelular y otros tumores como el carcinoma de Merkel, que requieren adyuvancia en muchas ocasiones. El tratamiento de radioterapia puede ser en exclusiva (en tumores superficiales o tumores inoperables) o en adyuvancia, en aquellos casos en los que la extirpación previa con amplios márgenes haya sido incompleta y no podamos reintervenir para asegurar la negatividad de los márgenes y sobre todo, en aquellos casos con invasión perineural significativa (tronco de más de 1mm). La técnica radioterápica se realiza según el tamaño, espesor y localización del tumor. Existen 4 técnicas de radioterapia: radioterapia superficial con kilovoltaje (en desuso), radioterapia externa con electrones, braquiterapia superficial y braquiterapia intersticial.

3. REGIÓN PERIORBITARIA E INFILTRACIÓN PERINEURAL EN CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO: UNA COMBINACIÓN MORTAL

S. Oscoz Jaime, B. Bonaut Iriarte, A. Agulló Pérez, M. Azcona Rodríguez y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: La región periorbitaria es una localización anatómica en la que con frecuencia asientan tumores cutáneos, entre ellos el carcinoma epidermoide. La infiltración perineural es uno de los factores determinantes de mal pronóstico.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de mujeres mayores de 85 años que fueron intervenidas de carcinoma epidermoide en región supraciliar izquierda. En el estudio anatomopatológico se objetivó invasión perineural y vascular en ambos casos, estando los bordes quirúrgicos libres. Fueron tratadas con radioterapia adyuvante no objetivándose recidiva clínica en los siguientes 6 meses. Posteriormente, en controles sucesivos, se objetivaron metástasis intracraneales (seno cavernoso y silla turca) en el primer caso y recidiva locorregional en el segundo. En ninguno de los dos casos fue posible la reintervención y ambas pacientes fallecieron pocos meses después.

Discusión: El carcinoma epidermoide puede ser localmente agresivo y puede metastatizar a través de vía linfática, perineural o hematogena produciendo alta morbilidad y mortalidad. La región periorbitaria es una zona crítica de la región facial, debido a su

proximidad con el sistema nervioso central y el fácil acceso a éste de los carcinomas epidermoides con infiltración perineural a través de los nervios faciales. El diagnóstico y manejo de los tumores en esta localización es esencial ya que como sucedió en las pacientes que presentamos puede darse un desenlace fatal.

Conclusiones: La invasión intracraneal de los carcinomas epidermoides cutáneos localizados en región periorbitaria con invasión perineural histológica es un hecho poco frecuente pero que condiciona de manera significativa el pronóstico del paciente, pudiendo llegar a ser, en muchos casos mortal.

4. TOMA DE DECISIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON MELANOMA. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DETERMINANTES MEDIANTE ÁRBOL DE DECISIÓN

F. Ildefonso Mendonça, T. Ojeda Vila, L. Ferrándiz Pulido y D. Moreno Ramírez

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

Introducción: La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) es el procedimiento estándar de estadificación ganglionar en el paciente con melanoma cutáneo (MC).

Objetivos: Analizar los factores clínicos y demográficos que influyen en la toma de decisiones sobre la realización de la BSGC.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo sobre pacientes con MC primario (estadio T1a-T4b) atendidos en la Unidad de Melanoma del Hospital Universitario Virgen Macarena entre 2009-2014. Como variables explicativas se recogieron edad, sexo, subtipo de MC, estadio T, índice mitótico, ulceración, performance status (PS) y preferencia del paciente. La variable dependiente (realización vs no realización de BSGC) fue analizada mediante un árbol de clasificación siguiendo el método CHAID.

Resultados: Se incluyeron 484 pacientes, con edad media de 53,25 años (IC95% 51,89-54,60) y sin diferencia de sexo (hombre 51,45% vs mujer 48,55% $p > 0,05$). El estadio T más frecuente fue el estadio T1a (41,32%) seguido del estadio T2a (17,98%) y T1b (10,74%). Se realizaron un total de 184 BSGC (64,79% de los pacientes con estadio T1b), de las cuales el 16,85% ($n = 31$) mostraron resultado positivo. La frecuencia de recaída nodal fue del 11,78% ($n = 57$). No se observó diferencia significativa en la frecuencia de recaída entre los pacientes sometidos o no a BSGC (13,16% vs 9,44%, $p > 0,05$). La variable explicativa principal para la decisión de BSGC fue el estadio tumoral (T1b-T3a, $p < 0,001$), seguido de la preferencia del paciente ($p < 0,001$), la edad ($p < 0,001$), el PS ($p < 0,001$) y mitosis ($p = 0,011$).

Conclusiones: Además de los factores pronósticos aceptados la decisión sobre la BSGC se basa en otros factores relacionados con el paciente sin perjuicio demostrado sobre la frecuencia de recaída ganglionar.

5. EJEMPLOS PRÁCTICOS DE CAMPO DE CANCERIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA Y SUS IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

J.L. Artola Igarza, A. Arechalde Pérez, A. de Mariscal Polo, P. Manrique Martínez y V. Morillo Montañés

Hospital Galdakao Usansolo. OSI Barrualde Galdakao-Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Bizkaia. España.

El término de campo de cancerización (CC) aunque descrito en 1953 por Slaughter no ha sido un concepto empleado de una forma habitual hasta hace 5-10 años por la dermatología general e incluso por la dermatología oncológica. Aunque se emplea de forma repetitiva desde el advenimiento de terapéuticas de queratosis actínicas tanto de lesión como las denominadas de "campo", en algunas ocasiones no se conocen en profundidad las implicaciones que el C.C.

tiene en el tratamiento del cáncer cutáneo. Presentamos algunos ejemplos de carcinomas epidermoides de lengua, de labio inferior y de pene, así como queratosis actínicas (carcinomas epidermoides "in situ") con carcinomas epidermoides infiltrantes en localizaciones como piernas que cumplen criterios de CC. El tratamiento de algunas lesiones mediante cirugía de Mohs junto con un método reparativo sin movilizar en exceso tejidos como el cierre directo y un seguimiento iconográfico estrecho nos aportan datos que nos harán diferenciar entre una recidiva y una nueva lesión adyacente en una determinada zona considerada como CC. Tanto las visitas de seguimiento en dermatología oncológica como las decisiones terapéuticas pueden verse influenciadas notablemente por la presencia de un campo de cancerización.

6. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ALTO RIESGO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO

A. Calle Andriño, A. Sahuquillo Torralba, J. Piqueras García, B. Escutia Muñoz y R. Botella Estrada

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

El riesgo de carcinogénesis cutánea en inmunodeprimidos en el contexto de trasplante de órgano sólido es muy elevado. El carcinoma epidermoide es el tumor más frecuente en trasplantados (90% de los casos). El riesgo aumenta con el tiempo tras el trasplante. Los pacientes desarrollan carcinomas epidermoides de forma más temprana y evolucionan con mayor morbimortalidad que la población general debido a su curso más agresivo, con mayor riesgo de metástasis y tumores múltiples. Presentamos una serie de casos de pacientes trasplantados de órgano sólido (corazón, pulmón y renal) con diagnóstico de carcinoma epidermoide "de alto riesgo", en los que la evolución clínica subraya su mal pronóstico pese a las estrategias terapéuticas. Además de los factores de riesgo comunes a la población general para el desarrollo de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), hay que tener en cuenta en estos pacientes los factores de riesgo propios del trasplante. Entre ellos destacan: la edad en el momento del trasplante, tiempo y nivel de inmunosupresión, tipo de injerto, aislamiento del virus del papiloma humano, historia de leucemia o linfoma previa o posterior al trasplante y antecedentes de carcinoma epidermoide o elevado número de queratosis actínicas. Revisamos el manejo de los pacientes trasplantados con carcinoma epidermoide de alto riesgo. Las opciones terapéuticas incluyen cirugía, radioterapia y esquemas de quimioterapia con cetuximab. Es importante revisar la inmunosupresión, con reducción al nivel más bajo que evite el rechazo del injerto o cambio en la fase de mantenimiento de fármacos inhibidores de la calcineurina a inhibidores m-TOR. En casos seleccionados de trasplante renal se plantea necesaria la suspensión de la terapia inmunosupresora e inclusión en programas de diálisis.

7. TUMOR DE WEISNER MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Blázquez Sánchez^a, M.I. Fernández Canedo^a, R. Fúnez Liébana^b, J.L. Rodríguez Peralto^c y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: En los últimos años ha sido descrita una nueva entidad, el tumor de Wiesner o variante de nevus de Spitz, caracterizada por la escasa correlación entre su apariencia clínica bastante anodina (semejante a un nevus de Mieschner) y su aspecto histopatológico atípico, con inactivación de BAP1 y mutación de BRAF. Aunque puede presentarse de forma esporádica, la aparición de

múltiples nevus de Wiesner de predominio en tronco suele asociarse a un síndrome hereditario que se caracteriza por la presencia de nevus spitzoides atípicos, melanoma cutáneo y uveal, carcinoma de pulmón, meningioma, mesotelioma y otros cánceres.

Caso clínico: Mujer de 35 años, con fototipo II e historia de exposición solar recreativa. Entre sus antecedentes familiares destacaba la presencia de un melanoma en el padre y de una neoplasia spitzoide de potencial maligno incierto en el hermano. Fue diagnosticada de melanoma dorsal estadio IB en el año 2009. Durante su seguimiento dermoscópico digital se extirparon múltiples lesiones melanocíticas, correspondiendo a nevus melanocíticos compuestos (7 de ellos con rasgos spitzoides) y uno a un segundo melanoma infiltrante. El examen histológico de los dos melanomas extirpados mostraba proliferaciones melanocíticas atípicas, de morfología epitelioide y predominio intradérmico, con índice mitótico bajo. Las dos lesiones mostraban inactivación de BAP1 y mutación de BRAF. Las pruebas complementarias realizadas descartaron la presencia de otras neoplasias asociadas.

Discusión: Con este caso queremos destacar la importancia del conocimiento de esta nueva entidad, que obliga a un seguimiento clínico/dermoscópico estrecho, así como a un despistaje de otros procesos tumorales asociados. Incidir además en la importancia del consejo genético en el contexto de casos familiares.

8. PLESIOTERAPIA DE ALTA TASA EN EL CARCINOMA BASOCELULAR: ESTUDIO DE EFICACIA EN 58 CASOS

A. Toll Abelló^a, I. Membrive Conejo^b, A. Reig Castillejo^b, M. Algara López^b y R. Pujol Vallverdú^a

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. ^bServicio de Oncología Radioterápica. Hospital de l'Esperança. Barcelona. España.

Introducción: La radioterapia es una herramienta terapéutica que ofrece buenas tasas de respuesta en el carcinoma basocelular. La plesioterapia es una modalidad de braquiterapia cuya eficacia ha sido poco evaluada.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los carcinomas basocelulares tratados mediante radioterapia de alta tasa con iridio 192 entre los años 2008 y 2013, en nuestro centro. Se utilizaron moldes personalizados o aplicadores cónicos con dosis totales de 40-60 Gy. Se consideraron recidivas aquellos casos en los que se confirmó histológicamente la reaparición de carcinoma basocelular.

Resultados: En el período de estudio fueron tratados 78 carcinomas basocelulares mediante plesioterapia. Se incluyeron en el análisis solamente los pacientes tratados que recibieron visitas de seguimiento dermatológico. Un total de 56 pacientes, con 58 lesiones, fueron finalmente evaluados. La edad media fue de 80 años. La proporción hombres:mujeres fue de 1:1. Once pacientes eran inmunosuprimidos. El tamaño medio de las lesiones fue de 13,9 mm, aunque 16 casos fueron tratados en adyuvancia a la cirugía tras confirmarse bordes quirúrgicos afectos en el estudio anatomopatológico. Se observó recidiva en el 15,5% de los casos. Los principales parámetros que se asociaron con la recidiva fueron la inmunosupresión y el tamaño tumoral. Debe destacarse que los subtipos histológicos agresivos (morfeiforme, infiltrativo/micronodular) no se asociaron con un mayor riesgo de recidiva. Asimismo, la tasa de recidivas fue equivalente en aquellos casos tratados con radioterapia en adyuvancia respecto a aquellos tratados como modalidad única. El tiempo medio de seguimiento en los casos no recidivados fue de 22 meses (intervalo 2-82 meses).

Conclusiones: La plesioterapia es una modalidad terapéutica bien tolerada con respuestas completas a los dos años de aproximadamente el 85% de los casos. Los pacientes inmunosuprimidos y con lesiones de más de 2 cm de diámetro presentan una mayor tasa de recidivas.

9. MÉTODO DE DETECCIÓN DE LA RECURRENCIA INICIAL EN EL MELANOMA CUTÁNEO: IMPLICACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

A. Tejera-Vaquerizo^a, C. Requena^b, V. Soriano^c, V. Traves^d y E. Nagore^b

^aServicio de Dermatología. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. ^bServicio de Dermatología; ^cServicio de Oncología; ^dServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: El seguimiento óptimo de los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo no está definido actualmente. Existe una importante variación en las diferentes guías clínicas en cuanto al tipo e intervalos de los controles clínicos, analíticos o radiológicos. **Objetivos:** El objetivo principal de este estudio ha sido analizar la primera recidiva de los pacientes con melanoma en los que se ha evaluado el tiempo y lugar de la primera recidiva, el método de detección y la supervivencia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron datos concernientes a la primera recidiva como la localización, la persona o método de diagnóstico (autoexploración, síntomas, médico o pruebas complementarias) y el estado de supervivencia.

Resultados: Un total de 239 (19,9%) pacientes presentaron algún tipo de recidiva en el seguimiento). La mayor parte de las recidivas se descubrieron por autoexamen (38,5%), seguido por los test complementarios (23,7%), examen médico (19,5%) y la aparición de síntomas (18,3%). La supervivencia de los pacientes sintomáticos fue inferior al resto de los grupos ($p = 0,001$). El análisis multivariante demostró que el sexo masculino, el estadio III, la aparición de síntomas, las recidivas sistémicas y la falta de tratamiento adyuvante con interferón, se relacionaron con una peor mortalidad.

Conclusiones: La rentabilidad de la autoexploración y exploración física de las recidivas es superior a los procedimientos diagnósticos complementarios en los pacientes con melanoma. La rentabilidad de las pruebas complementarias es menos aún si se tiene en cuenta la capacidad de diagnóstico de recidivas tratables quirúrgicamente. Parece más razonable reforzar la formación de los pacientes para la autodetección de recidivas.

10. CARCINOMA ESCAMOSO DESARROLLADO A PARTIR DE UNA QUERATOSIS ACTÍNICA TRAS APLICACIÓN DE INGENOL MEBUTATO 150 MICROGRAMOS/G

F.J. Vázquez Doval^a, E. Ortiz^b y P. Malo^b

^aDermaclinic. La Rioja. Logroño. ^bMedipat S.C. Logroño. España.

Introducción: Con el fin de tratar las lesiones individuales y el campo de cancerización se han introducido diversos tratamientos tópicos como 5-FU tópico, ingenol mebutato, imiquimod y diclofenaco. El paciente que presentamos desarrollo un CE (carcinoma escamoso) tras un ciclo de tres días de tratamiento con ingenol mebutato sobre una queratosis actínica (QA) de la mejilla.

Caso clínico: Varón de 55 años de edad. Antecedentes personales. Dos QA (mejilla izquierda y sien izquierda), confirmadas por biopsia, en abril de 2015. Se aplica ingenol mebutato 150 microgramos/g durante los días 18, 19, 20 de mayo. Carcinoma epidermoide bien diferenciado, desarrollado sobre la queratosis actínica de la mejilla derecha en agosto de 2015.

Discusión: El mecanismo de acción de ingenol mebutato es doble: inducción de una rápida muerte celular que comienza a las pocas horas de su aplicación, seguido de una reacción inflamatoria capaz de eliminar las células tumorales residuales. La gran ventaja de este producto es la comodidad de aplicación, en solo tres días, y los moderados efectos adversos (eritema, descamación, pústulas, ampollas, vesículas) que presentan los pacientes. Estas reacciones desaparecen entre 2 y 4 semanas después de suspender la medica-

ción. Hasta ahora solo se han descrito dos casos de CE de crecimiento rápido tras la aplicación de ingenol mebutato. Sin embargo, en estos casos no existe biopsia previa de las lesiones; por tanto, no se puede excluir que ya existiesen antes del tratamiento con ingenol mebutato. Pensamos que la intensa reacción inflamatoria que este medicamento ocasiona podría inducir en algunas QA su evolución a CE, ya que la respuesta inmune y los queratinocitos normales modulan el comportamiento de las QA.

11. NEVUS DE SPITZ ATÍPICOS VS MELANOMA SPITZOIDE: UTILIDAD DE LA TÉCNICA FISH

M.T. Monserrat^a, F. Moreno^a, M. Biscuola^b, J. Domínguez^a, T. Zulueta^b, J. Bernabéu^a y J. Conejo-Mir^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los nevus de Spitz son lesiones melanocíticas compuestas por células epitelioides o fusiformes. A veces la distinción entre nevus de Spitz atípico (NSA) y melanoma spitzoide (MS) puede ser extremadamente compleja, siendo de gran utilidad las técnicas de inmunohistoquímica y de análisis molecular como el FISH (fluorescence in situ hybridization), que detecta anomalías estructurales cromosómicas presentes con frecuencia en los melanomas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los casos de NSA diagnosticados en la Unidad de Gestión Clínica de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) entre los años 2000 y 2014. Desde 2009 se procedió a la realización de FISH en los casos de NSA, utilizando las sondas 6p25 (RREB), 6q23 (MYB), 11q13 (CCND1) y control de la sonda CEP6 en agua para el diagnóstico diferencial de NSA y ms. Se consideraron criterios positivos para el diagnóstico de ms la presencia de > 29% de núcleos con > 2 señales RREB, > 38% de núcleos con > 2 señales CCND1, > 55% de núcleos con más señales RREB > CEP6 o > 40% de núcleos con señales MYB < CEP6.

Resultados: Se incluyeron un total de 18 NSA. El rango de edad fue de 2-23 años. Se incluyeron NSA extirpados a 10 mujeres y 8 hombres. El tamaño osciló en un rango de 0,5-1,5 cm diámetro. El 55,6% se situaban en el tronco, el 22,2% en la cara y el 22,2% en las extremidades. Se realizó FISH en 11 casos, siendo positivo en el 36,6% (4/11). A estos cuatro ms se les realizó biopsia selectiva del ganglio centinela, siendo positiva en 1.

Discusión y conclusiones: La distinción entre NSA y ms puede ser extremadamente dificultosa a la par que necesaria, ya que tiene implicaciones en el manejo y pronóstico de estos pacientes. El FISH es una herramienta útil en casos dudosos, ya que nos permite el diagnóstico del ms.

12. EL POLIMORFISMO P.T241M (XRCC3) AUMENTA EL RIESGO DE DESARROLLAR UNA SEGUNDA NEOPLASIA NO CUTÁNEA EN PACIENTES CON MELANOMA. ESTUDIO DE 1.648 PACIENTES

E. Nagore^a, C. Andrés Peiró^a, C. Requena^a, Z. García Casado^a y R. Kumar^b

^aServicio de Dermatología. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^bGerman Cancer Research Center. Heidelberg. Alemania.

Introducción: Los pacientes diagnosticados de melanoma tienen un mayor riesgo de desarrollar otras neoplasias durante el seguimiento, tanto cutáneas como no cutáneas. El objetivo de este estudio es evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de las segundas neoplasias no cutáneas y, en particular, algunos polimorfismos en genes implicados en la reparación del ADN.

Material y métodos: Se seleccionaron 1.648 pacientes diagnosticados de melanoma e incluidos en la base de datos de nuestro centro

de forma prospectiva desde el año 2.000. Se disponía de material biológico necesario para el análisis de polimorfismos en 1.153 casos. Se calcularon las incidencias acumuladas según cada uno de los parámetros seleccionados mediante el método de Kaplan-Meier. Se midió la magnitud de la asociación de forma uni- y multivariada mediante modelos de regresión de Cox.

Resultados: Tras un seguimiento mediano de 58 meses, 78 (4,7%) pacientes desarrollaron una segunda neoplasia no cutánea. La edad, el tipo histológico lentiginoso acral, un número de nevus < 50 y la presencia del polimorfismo p.T241M se asociaron al desarrollo de una segunda neoplasia. Tras el ajuste multivariado, sólo la presencia del polimorfismo (HR 2,4; IC95% HR 1,25-4,68) y la edad (HR 4,2 para ≤ 65 vs. ≤ 45 años; IC95% HR 1,98-9,05) mantuvieron su significación estadística.

Discusión y conclusiones: El polimorfismo p.T241M en XRCC3, un gen componente del sistema de reparación del ADN, se ha visto asociado previamente a un mayor riesgo de cáncer de mama, vejiga y tumores de cabeza y cuello. Por ello, es coherente que se presente como un factor de riesgo para el desarrollo de segundas neoplasias no cutáneas en pacientes con melanoma. Pendiente de ser corroborado en otras series, se trata de un candidato interesante para seleccionar pacientes con un mayor riesgo y que puedan beneficiarse de medidas de detección precoz.

13. VERSATILIDAD DEL COLGAJO PANGENIANO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE LA MEJILLA MEDIAL

E. Moreno Artero, M. Ivars Lleó, I. Bernad Alonso, E. Querol Cisneros y P. Redondo Bellón

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

Introducción: La piel de la mejilla es fácilmente distensible, especialmente en las personas de edad avanzada, característica que permite el cierre de grandes defectos cutáneos. Una de las mejores opciones reconstructivas en esta subunidad anatómica es el colgajo pangeniano de avance con incisiones de descarga en los pliegues naturales de la regional facial.

Material y métodos: Presentamos una serie de 10 pacientes con grandes defectos cutáneos en la mejilla medial (≥ 4 cm de diámetro), secundarios a la extirpación de tumores cutáneos. En todos ellos se diseña la reconstrucción mediante un colgajo pangeniano de avascularización de la piel adyacente, haciendo coincidir las incisiones de descarga en el pliegue infrapalpebral y en el surco nasolabial o en una línea paralela a este.

Resultados: En todos los pacientes se obtiene un excelente resultado estético sin asimetrías significativas, escondiendo las cicatrices en pliegues o arrugas naturales.

Discusión: En función de la localización y tamaño del defecto se pueden introducir variantes en la planificación y desarrollo del colgajo pangeniano. Estas consisten fundamentalmente en la prolongación de las incisiones, en la localización de los triángulos de Burrow y en la asociación de un pequeño colgajo secundario para cerrar el área cruenta generada por el desplazamiento primario de la piel. En la exposición se ilustran con iconografía seriada los diferentes pasos de cada una de las variantes utilizadas además del diseño clásico convencional.

14. SOLUCIÓN PARA EL CIERRE DE DEFECTOS DEL CUERO CABELLUDO MEDIANTE CORTES DE DESCARGA

N. Barrado Solís, C. Lloret Ruiz, S. Lucas Truyols, F. Millán Parrilla y E. Gimeno Carpio

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

Introducción: El cuero cabelludo es un área anatómica que puede conllevar dificultades a la hora de realizar un cierre directo tras la exéresis de tumores de un tamaño considerable.

Casos clínicos: Presentamos cuatro pacientes con defectos secundarios a la exéresis de lesiones tumorales en el cuero cabelludo que no permitían realizar una sutura directa. Para conseguir un cierre directo eficaz y seguro realizamos cortes de descarga. Un corte de descarga consiste en un corte paralelo al lado mayor de la incisión, separado a una distancia equivalente al diámetro menor del defecto. La profundidad de estos cortes debe alcanzar el mismo plano que el defecto inicial. Posteriormente, realizamos una tunelización a partir de dicho corte en toda su longitud, diseccionando los tejidos en dirección al defecto hasta alcanzarlo. Se comprueba la reducción de la tensión al aproximar los bordes del defecto. Si continuara habiendo tensión a pesar de este corte de descarga, se puede realizar un segundo corte contralateral al primero. Por último, realizamos la sutura directa tanto del defecto principal como de las incisiones de descarga realizadas. De nuestros cuatro pacientes, en uno conseguimos una sutura directa mediante un corte de descarga y en tres, mediante dos cortes, todos ellos con muy buen resultado cosmético.

Discusión: Los cortes de descarga están indicados para el cierre de defectos secundarios a exéresis que no permitan, por escasa distancia a los bordes, la sutura directa, o bien esta proporcione una tensión que pueda producir complicaciones, tales como la necrosis de los bordes o la dehiscencia de la sutura al retirar los puntos. Con esta técnica se reduce considerablemente la tensión al suturar el defecto y evitamos así la necesidad de un cierre mediante colgajo o injerto.

15. COLGAJO COMBINADO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO DE MEJILLA Y FRONTAL PARAMEDIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO NASAL Y PARANASAL

L.I. Gimeno Mateos, J.C. Santos Durán, D. Bancalari Díaz, A. Romo Melgar y E. Fernández López

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: Los tumores recurrentes con cirugías previas suponen un reto quirúrgico. En ocasiones es necesario el empleo de técnicas combinadas cuando los defectos son grandes y afectan a varias unidades anatómicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 85 años intervenida de un carcinoma basocelular en vertiente nasal derecha en 1994. Reintervenida en 2006 por recidiva y posterior adyuvancia con radioterapia. Recurre en 2015 y nos la derivan para cirugía de Mohs. Al examen físico, presentaba una lesión indurada que infiltra el área heminasal derecha desbordando a mejilla, de límites mal definidos. El TAC evidencia que la tumoración contacta con tabique nasal y maxilar sin erosionar su superficie. Se realiza cirugía de Mohs con bordes libres en tres pases, quedando un defecto de espesor total del ala, lateral derecho nasal y mejilla adyacente. Para la reconstrucción de la parte interna del ala nasal y de la mejilla se empleó un colgajo de avance triangular de pedículo subcutáneo cuya parte medial se invirtió para cubrir el defecto mucoso. Se reforzó el ala con injerto de cartilago auricular. El resto del defecto nasal se cerró mediante un colgajo frontal paramedial contralateral. A las 3 semanas se secciona el pedículo con perfecta viabilidad del colgajo, así como una correcta funcionalidad del orificio nasal. **Conclusiones:** Presentamos un caso de difícil planteamiento quirúrgico tanto por la biología del tumor como por la gran extensión del defecto quirúrgico y la afectación de diferentes estructuras anatómicas. En estos casos es fundamental la combinación de diferentes técnicas quirúrgicas en aras de conseguir la mayor funcionalidad posible.

16. PRESERVACIÓN DE LA PLASTIA CUTÁNEA LOCAL PREVIA EN LA CIRUGÍA DE MOHS DE LA PERSISTENCIA TUMORAL

V. Ruiz Salas y J.R. Garcés Gatnau

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

Introducción: El manejo terapéutico mediante cirugía de Mohs de la persistencia de carcinoma basocelular tras una cirugía exéretica simple previa y reciente, en la que se ha utilizado un colgajo local para la reconstrucción del defecto quirúrgico resultante requiere, en muchas ocasiones, del sacrificio de la plastia local, incrementando de esta manera la complejidad de una segunda reconstrucción.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes con carcinoma basocelular persistente tras sendas cirugías simples recientes en las que se empleó un colgajo cutáneo local de transposición para la reconstrucción del defecto quirúrgico. Tras disecar y levantar la plastia local, se realizó cirugía de Mohs tanto del lecho quirúrgico como del extremo libre del colgajo, es decir, de todo el tejido que pueda estar implicado en la persistencia tumoral. Se requirió en ambos casos de una única etapa para la resolución completa tumoral y se empleó el mismo colgajo local para la reconstrucción del defecto resultante.

Resultados: A los 6 meses de la cirugía de Mohs, no se ha objetivado recidiva tumoral, con buenos resultados cosméticos.

Discusión: A la hora de plantearnos la práctica de esta modalidad quirúrgica hemos de tener en cuenta principalmente el tipo de tumor, el grado y la posible ubicación de la persistencia tumoral (afectación de márgenes profundos y/o laterales) así como la localización anatómica en la que trabajaremos. A priori, creemos que los tumores que podrían beneficiarse de esta técnica serían aquellos carcinomas primarios no complejos e inicial y relativamente bien delimitados.

Conclusiones: El empleo de la técnica que describimos puede resultar especialmente útil en el tratamiento quirúrgico de la persistencia de determinados tumores y en localizaciones anatómicas concretas, pudiendo minimizar la complejidad de una segunda reconstrucción.

17. APLICACIONES DEL COLGAJO KEYSTONE EN DERMATOLOGÍA. SERIE DE 9 PACIENTES CON DEFECTOS ONCOLÓGICOS EN MIEMBROS INFERIORES

M. Gutiérrez Pascual, A. Sánchez Gilo, A. Nuño González, J. Sanz Navarro y F.J. Vicente Martín

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

Introducción: El colgajo Keystone (CK) es un colgajo fasciocutáneo descrito por Behan en 1990. Aportamos nuestra experiencia clínica en nueve pacientes.

Material y métodos: Serie de nueve pacientes con defectos oncológicos en miembros inferiores reconstruidos con colgajos Keystone (8 de la variante clásica y uno de la variante modificada) desde mayo de 2013 hasta septiembre de 2015.

Resultados: Satisfactorios sin ningún caso de necrosis parcial/total del colgajo. Se observó un caso de dehiscencia parcial de la herida quirúrgica y otro de celulitis secundaria.

Discusión: La irrigación del CK proviene de las arterias perforantes musculares, a diferencia de los colgajos cutáneos clásicos que dependen del plexo dérmico superficial. Esto le confiere una rica vascularización y un menor riesgo de necrosis. Asocia además menos dolor postoperatorio y edema secundario.

Conclusiones: Proponemos el CK como técnica de reconstrucción quirúrgica en zonas de piel poco distensible (zona distal de miembros). La morbilidad postquirúrgica asociada es menor que en los colgajos clásicos/injertos con unos resultados estéticos satisfactorios.

18. LOS INJERTOS PUNCH DE FOLÍCULOS PILOSOS TRASPLANTADOS EN ÚLCERAS CRÓNICAS ESTIMULAN LA CURACIÓN EN MAYOR MEDIDA QUE LOS INJERTOS PUNCH SIN PELO

M.L. Martínez Martínez^a, E. Escario Travesedo^b, F. Jiménez Acosta^c y M. Gómez Sánchez^a

^aHospital General de Villarrobledo. Albacete. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^cClínica Mediteknia. Gran Canaria. España.

El folículo piloso representa el principal reservorio de células madre cutáneas. En respuesta a una herida, las células madre epiteliales del folículo contribuyen a la reepitelización epidérmica, mientras las células madre mesenquimales contribuyen a la regeneración del tejido dérmico. El cuero cabelludo, por su gran densidad de folículos pilosos en fase anágena y la gran cantidad de células madre, sería teóricamente la zona donante ideal, con el objetivo de estimular la curación de heridas. Para confirmar esta hipótesis realizamos un estudio comparando la capacidad regeneradora de los injertos punch de cuero cabelludo frente a injertos punch de piel sin pelo, trasplantados ambos en el lecho de úlceras venosas crónicas de miembros inferiores. Este ensayo clínico se realizó con un total de 12 pacientes con úlceras crónicas venosas en miembros inferiores. El tamaño medio inicial fue de 23,34 cm² y el tiempo de evolución medio de 6 años. Cada paciente presentaba una sola úlcera en miembro inferior que fue dividida en dos mitades de igual superficie, una mitad correspondería al área experimental que recibiría los injertos punch de cuero cabelludo y la otra al área control que recibiría los injertos punch de piel abdominal. Al finalizar el estudio (18 semanas) el porcentaje de reducción medio del grupo trasplantado con punches de cuero cabelludo fue del 75,15%, mientras en el grupo trasplantados con punches de piel no pilosa fue de 33,7% (p = 0,002). El trasplante de injertos punch de cuero cabelludo estimula más la curación de las úlceras que el trasplante de injertos punch de piel sin folículos pilosos. El trasplante de folículos pilosos debe ser considerado una alternativa terapéutica en las úlceras venosas crónicas que no curan con tratamiento convencional. La realización de futuros ensayos clínicos será necesaria para evaluar su uso en otros tipos de úlceras crónicas de otras etiologías.

19. RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO QUIRÚRGICO EN EL CUERO CABELLUDO DE ESPESOR TOTAL MEDIANTE EL REGENERADOR DÉRMICO INTEGRA®

O. Suárez Amor, M. Cabanillas, B. Monteagudo, B. Fernández Jorge y C. de las Heras

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

Introducción: Los defectos quirúrgicos del cuero cabelludo de espesor total son un desafío reconstructivo. Cuando debido a consideraciones oncológicas es necesario realizar la exéresis del periostio la reconstrucción puede ser más compleja.

Material y métodos: Un varón de 75 años fue valorado por una recidiva de un carcinoma basocelular en la región parietal central. La lesión había sido extirpada previamente y el defecto quirúrgico reconstruido mediante un injerto de piel total. Una tomografía axial computarizada craneal descartó afectación ósea.

Resultados: Bajo anestesia general se realizó exéresis del injerto con un margen lateral de 1 cm y en profundidad incluyendo el periostio, creando un defecto quirúrgico de aproximadamente 8 x 7,5 cm. Tras el fresado de la tabla externa se implantó el regenerador dérmico Integra®. Cuatro semanas después la lámina de Integra® presentaba el característico color amarillo-anaranjado indicativo de maduración hacia una neodermis. Bajo anestesia local, se realizó cobertura de la misma mediante un injerto de piel parcial. A los 8 días el injerto laminar estaba integrado sobre la neodermis.

Discusión: En defectos quirúrgicos del cuero cabelludo de espesor total sin periostio las opciones reconstructivas son limitadas. En el caso de los colgajos locales con o sin injertos cutáneos asociados, hay que tener presente que los pacientes ancianos y aquellos con múltiples comorbilidades pueden no tolerar grandes colgajos o un tiempo quirúrgico prolongado. El injerto cutáneo es posible sobre superficies óseas sin periostio tras el fresado de la tabla externa, pero habitualmente el resultado estético es subóptimo.

Conclusiones: La utilización de Integra® junto con un injerto laminar frente al uso de un injerto aisladamente, tiene la ventaja de un mejor resultado estético y los inconvenientes de un mayor coste y de necesitar un segundo tiempo quirúrgico.

20. CORRECCIÓN DE “OREJAS DE PERRO” MEDIANTE “SUTURA MERCEDES”

B. Moyano Almagro, F. Russo de la Torre, C. Méndez Abad, J. Delgado Ceballos y A. Collado Minguillón

Servicio de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: El exceso de tejido que aparece en los extremos de una cicatriz quirúrgica cutánea constituye la llamada “oreja de perro”. Esta deformidad aparece en defectos circulares que no poseen una relación longitud-anchura apropiada para un cierre lineal; o bien, en determinadas localizaciones, en las que ni con la escisión fusiforme es posible evitar el exceso cutáneo terminal.

Objetivos: Presentamos una serie de casos en los que describimos la “sutura mercedes” como una nueva técnica de reconstrucción de defectos quirúrgicos circulares o elípticos, y de corrección de “orejas de perro”.

Discusión: Para el cierre de un defecto quirúrgico circular, lo más empleado es la escisión fusiforme, que permite transformarlo en una cicatriz lineal sin exceso cutáneo terminal. Asimismo, la corrección de las “orejas de perro” suele realizarse mediante la división de su base y extirpación de un pequeño colgajo triangular, para alinear los bordes; o bien, mediante la variante “M-plastia”, que además disminuye la longitud final de la cicatriz. Respecto a estas técnicas clásicas, describimos la “sutura mercedes”, que consiste en diseñar y extirpar un triángulo invertido cuyo vértice inferior está por debajo del extremo final de la incisión y engloba el exceso de tejido. Posteriormente se procede al cierre del defecto triangular mediante un punto que entra por un lado del vértice inferior, atraviesa el centro de la base del triángulo y sale por el otro lado del vértice formando una cicatriz en “estrella de tres puntas” similar al logotipo de “Mercedes”.

Conclusiones: La “sutura mercedes” aporta las siguientes ventajas respecto a otros métodos: 1) Corrige la oreja de perro con un solo punto de sutura; 2) disminuye la longitud final de la cicatriz, y 3) repara el exceso cutáneo terminal que se forma en cicatrices de determinadas localizaciones como la mano y que con la escisión fusiforme no es posible modificar.

21. HIDROSADENITIS AXILAR. EXÉRESIS COMPLETA DE LA UNIDAD ANATÓMICA Y CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN

L. Ferrándiz, F.I. Mendonça, T. Ojeda Vila, F.J. Martín Gutiérrez y D. Moreno Ramírez

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

Introducción: La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica y recidivante relacionada con la inflamación del folículo pilosebáceo en áreas anatómicas ricas en glándulas apocrinas y de importante repercusión en la calidad de vida.

Material y métodos: Dos pacientes con hidrosadenitis axilar grave (Hurley III) de más de 20 años de evolución. Habían realizado múltiples terapias tópicas, sistémicas (antibióticos, metotrexato, ciclosporina, glucocorticoides, rifampicina), radioterapia y tratamiento antiTNF (infiximab y adalimumab) con escasa respuesta. Finalmente se procedió a exéresis amplia de la región axilar afecta y cierre mediante segunda intención.

Resultados: Bajo anestesia general se extirpó en bloque de la piel y tejido celular subcutáneo de la axila hasta la fascia clavipectoral sin incluirla. Para facilitar el cierre por segunda intención se aplicaron plicaturas de aproximación y cura oclusiva con sulfadiazina argéntica tópica. Los pacientes no presentaron complicaciones durante el tiempo quirúrgico ni postquirúrgico inmediato, por lo que fueron dados de alta a las 24 horas. Los pacientes iniciaron rehabilitación a la semana y alcanzaron la epitelización completa entre 6 y 8 semanas sin limitación funcional. Los pacientes refirieron satisfacción máxima con el tratamiento.

Discusión: Existen numerosos tratamientos para la HS entre las que destacan antisépticos, antibióticos, retinoides, inmunosupresores, terapia fotodinámica y radioterapia. El tratamiento antiTNF de la HS grave ha demostrado en ensayos fase III una reducción del 50% en el recuento de lesiones inflamatorias en el 50% de los pacientes. Sin embargo, la persistencia de la respuesta clínica es limitada y el coste del tratamiento elevado.

Conclusiones: La axila permite la extirpación la totalidad del área afectada por la HS con escasas implicaciones cosméticas y funcionales. El cierre por segunda intención evita además la creación de áreas cruentas en otras unidades anatómicas. La exéresis completa de la axila podría plantearse como primera elección en el paciente con HS grave.

22. COMBINACIÓN DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA UNA RECONSTRUCCIÓN AMPLIA DEL PABELLÓN AURICULAR

P. García Montero, N. Blázquez Sánchez, J.F. Millán Cayetano, C. García Harana y M. de Troya Martín

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

Introducción: El carcinoma escamocelular es la segunda neoplasia más frecuente del pabellón auricular siendo esta una localización de alto riesgo de metástasis. En ocasiones, el tratamiento de este tipo de tumores requiere resecciones amplias y de espesor total cuya reconstrucción supone un reto para el cirujano. La escasez de grandes zonas dadoras de piel circundantes, su estructura cartilaginosa y sus numerosas concavidades y convexidades son sus principales inconvenientes. Del mismo modo, la simetría de las orejas tiene un marcado peso en la fisionomía facial, implicando la necesidad de un resultado lo más estético posible. Presentamos a continuación un caso de reconstrucción compleja del pabellón auricular mediante combinación de diferentes técnicas quirúrgicas.

Caso clínico: Mujer de 88 años que acudió a consulta por presentar una tumoración ulcerada de 2 cm en concha auricular izquierda de un año de evolución. El estudio histológico estableció el diagnóstico de carcinoma escamocelular in situ con focos de microinfiltración, siendo el estudio de extensión negativo. Se realizó la exéresis completa del tumor en un único pase de técnica de Mohs en diferido, con extirpación de concha, antitrago y tercio inferior de hélix y antehélix. La reconstrucción de la cara anterior del pabellón auricular se realizó mediante un colgajo en puerta giratoria. Para la reconstrucción de hélix y cara posterior se empleó un colgajo pediculado preauricular en dos tiempos, con interposición de injerto de cartilago de hélix contralateral. La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias, obteniéndose buenos resultados estéticos y funcionales.

Discusión: La reconstrucción de defectos amplios y de espesor total del pabellón auricular es con frecuencia una tarea compleja. La

utilización de una única técnica quirúrgica puede resultar en ocasiones insuficiente, siendo necesaria la combinación de varias con el objetivo de lograr un óptimo resultado estético y funcional, en ausencia de enfermedad.

23. RECONSTRUCCIÓN LABIAL TRAS EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DEL ESPESOR LABIAL

P. López Jiménez, E. Herrera Acosta, J.A. González Saavedra, R. Bosch García y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

El tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de labios, superior e inferior, supone en muchas ocasiones una amplia resección de una parte importante de esta área anatómica, ocasionando un defecto resultante cuya reconstrucción supone un reto quirúrgico. Se han descrito en la literatura muchos métodos, cada uno con sus ventajas e inconvenientes. En líneas generales, la reconstrucción del labio trata de recuperar la apariencia y función del labio utilizando tejido circundante residual con fibras musculares, sobre todo en el labio inferior. Tras grandes defectos quirúrgicos postextirpación de grandes tumores, el objetivo de la reconstrucción labial debe ser doble: conseguir una adecuada recuperación de la función esfinteriana para la contención de la saliva y alimentos, y un resultado estético adecuado. Presentamos varios casos de tumores epiteliales, carcinomas basocelulares y epidermoides, que asentaban en labios, en los que, tras una extirpación de la lesión, bien con cirugía convencional, bien por cirugía controlada al microscopio (Mohs), fueron reparados mediante diversas técnicas, comentando su idoneidad y resultados.

24. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS NASALES DE ESPESOR TOTAL

M. Ivars Lleó, E. Moreno Artero, I. Bernad Alonso, E. Querol Cisneros y P. Redondo Bellón

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Presentamos dos casos de reconstrucción de grandes defectos nasales de espesor total mediante la combinación de colgajos.

Casos clínicos: **Caso 1:** mujer de 76 años con carcinoma basocelular en lateral nasal izquierdo, dorso y ala que se extiende hacia la mejilla, remitida para cirugía de Mohs. Tras la extirpación de la lesión, el defecto sobrepasa la línea media nasal y expone los huesos propios de la nariz. El defecto se reconstruye mediante la combinación de un colgajo paramediofrontal y un colgajo de avance pangeniano de la mejilla. En un segundo tiempo se secciona el pedículo del colgajo paramediofrontal y se retoca la unión entre ambos colgajos. **Caso 2:** varón de 83 años con carcinoma basocelular destructivo en ala y lateral nasal derecho que extiende hacia la mejilla, remitido para cirugía de Mohs. Tras la extirpación del defecto, queda expuesto el maxilar nasal. El defecto se reconstruye mediante un colgajo de trasposición digitiforme del surco nasolabial que se pliega en forma de espiral para cubrir toda el área cruenta. El defecto generado tras el desplazamiento, se cierra directamente. En un segundo tiempo se realiza una sección parcial del tejido desplazado que se pliega sobre sí mismo, cubriéndolo con un injerto laminar para reconstruir la coana nasal (colgajo "hot dog").

Discusión: Ilustramos con fotografías seriadadas los pasos de las técnicas quirúrgicas utilizadas. Se muestran los resultados inmediatos y a los 6 meses de seguimiento. En los dos casos se decide cubrir la zona extirpada mediante colgajos en lugar de injertos, al tratarse de defectos de espesor total con exposición de periorstio. La mucosa cicatriza satisfactoriamente por segunda intención.

25. PULSOS CORTOS EN IPL, LA NUEVA ERA DE LOS TRATAMIENTOS VASCULARES

A. Zulaica Gárate

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Vigo. Consulta Privada Ander Zulaica Dermatología. Vigo. Pontevedra. España.

De acuerdo con la teoría de la fototermólisis selectiva, la hemoglobina responde a longitudes de onda entre los 530 y 750 nm y los vasos más finos requieren duraciones de pulsos extremadamente cortos (0,5 - 1,5 ms); hasta día de hoy sólo alcanzables con el láser de colorante pulsado (PDL). Hasta el momento, dentro de la familia de las IPL, los diferentes equipos del mercado ofrecen terminales que emiten bloques de longitudes de onda que van entre los 400 y 1200 nm según la marca, y que ofrecen como duración del pulso más corta una oscilación entre 2,5 y 10 ms. Según distintos estudios y autores (J. Ren en *Journal of Cosmetic & Laser Therapy* y *Babilas Lasers in Surgery and Medicine* 42:720-727 (2010)), y en términos generales, la duración más efectiva para los vasos más finos es de 1,5 ms. Con las mejoras introducidas en la tecnología de Selective Waveband Technology (SWT) se ha iniciado la era de los submilisegundos (0,5 ms) para el IPL, consiguiendo superar los límites establecidos hasta el momento. Basándose en la evidencia clínica, este avance tecnológico se traduce en forma de más eficacia clínica, tratando alteraciones vasculares resistentes y cromóforos más claros (rosa) hasta el momento no tratables con luz pulsada. La combinación entre la emisión de pulsos en submilisegundos y la amplia gama de aplicadores en SWT permite al médico tratar gran variedad de lesiones que se presentan en diferentes cromóforos e intensidades y tamaños muy variables. Esto es sinónimo de más eficacia y versatilidad, a la vez que abre nuevos horizontes a futuras aplicaciones.

26. TERAPIA FOTODINÁMICA EN ADULTO SOBRE QUEMADURA TÉRMICA FACIAL EN LA INFANCIA

M. Fernández Guarino y J. Barrio Garde

Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Se trata de un varón de 87 años sin antecedentes de interés que consulta por queratosis actínicas (QA) faciales y en cuero cabelludo de años de evolución. Había recibido tratamientos previos con 5-fluorouracilo tópico e Imiquimod con muy mala tolerancia en la cara, por lo que sólo había sido tratado con crioterapia desde entonces. Refiere que tuvo una quemadura en la cara por gasolina incandescente en la infancia, no sabe el grado, pero requirió ingreso varias semanas y desde entonces tiene la piel muy sensible. No refiere antecedentes de exposición solar intensa. A la exploración presenta un fototipo claro (II) y queratosis actínicas moderadas en la cara, especialmente en la zona de la quemadura y en el cuero cabelludo. Se inicia tratamiento con terapia fotodinámica (TFD) convencional en el cuero cabelludo con buena respuesta y tolerancia. A continuación se aplican sesiones repetidas en la zona de la quemadura con buena tolerancia y respuesta. Durante dos años se aplican tres sesiones. Una quemadura térmica intensa en la piel produce cambios crónicos en la zona afectada: la cicatriz provoca un aumento del colágeno hialino, vasos verticales y pérdida de fibras elásticas, la pérdida de glándulas sudoríparas y sebáceas dificulta la sudoreación y produce una piel más seca y aparece hipopigmentación por pérdida de melanocitos. Todos estos cambios hacen de esta piel un 20% más débil que la piel que reemplaza y más sensible, también al daño de la radiación ultravioleta. El aumento del riesgo de carcinoma epidermoide tras una quemadura está bien descrito (Marjorin) si bien estudios posteriores no han sido tan concluyentes. La TFD en este paciente se indica por doble motivo, para el tratamiento de múltiples QA y como prevención de campo de cancerización. Tras 3 años de seguimiento el paciente no ha desarrollado

ningún carcinoma sobre las zonas tratadas. Su tolerancia fue excelente con los efectos adversos esperados. No fueron seleccionadas otras opciones de tratamiento de campo por su mala tolerancia previa, posible o por su falta de eficacia en casos moderados.

27. TERAPIA FOTODINÁMICA DAY LIGHT: ESTUDIO PILOTO PARA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA HORA DE EXPOSICIÓN A LUZ DE DÍA

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

^aServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^bLaboratorio de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Facultad de Medicina de Málaga. España.

Introducción: La terapia fotodinámica con luz de día (TFD-LD) es una modalidad terapéutica de eficacia similar a la terapia convencional (TFD-c) aunque mejor tolerada por el paciente. La localización meridional de la Costa del Sol (Málaga) permite un buen aprovechamiento de la técnica, dado el elevado número de días de sol al año. Además, el alto nivel de irradiancia registrado permitiría, según algunos modelos teóricos, alcanzar un nivel de energía suficiente para completar la activación del fotosensibilizante en solo una hora.

Material y métodos: Entre julio y agosto de 2015 se llevó a cabo un estudio piloto con 9 pacientes con campos de cancerización en cara y cuero cabelludo. El protocolo terapéutico utilizado se modificó respecto del habitual. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: uno de ellos realizó fotoexposición durante 1 hora (n = 5) y el segundo durante 2 horas (n = 4). En ambos grupos se procedió a incubar la crema de metil aminolevulinato durante dos horas. Se estimaron las dosis de exposición solar efectiva para la activación de protoporfirina IX a partir de los espectros de radiación solar. Se evaluaron los siguientes parámetros: Consumo de fotosensibilizante mediante diagnóstico de fluorescencia residual, respuesta clínica a la semana y al mes del tratamiento y nivel de dolor medido por escala visual analógica.

Resultados: Tanto el nivel de fluorescencia residual como la eficacia del tratamiento al mes del tratamiento fueron similares en ambos grupos. La tolerancia fue mejor en pacientes sometidos a una hora de exposición.

Discusión: En latitudes como la nuestra podrían alcanzarse resultados terapéuticos óptimos con exposiciones más cortas a las establecidas en los protocolos estándar, lo que disminuiría el tiempo de tratamiento y la dosis de exposición solar evitando hipotéticos riesgos derivados de aquella. No obstante, el nivel de dolor referido por los pacientes supone una limitación a tener en consideración.

Conclusiones: Los resultados obtenidos avalan una mayor irradiancia efectiva para la activación de PpIX en áreas geográficas como la Costa del Sol. Esta circunstancia permitiría una disminución del tiempo necesario para alcanzar dosis adecuadas (8 J/cm) capaz de activar toda la PpIX acumulada en la piel de los pacientes.

Pósteres

1. CARCINOMA BASOCELULAR PERIANAL: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

J. Ruiz Martínez^a, A. López Gómez^a, M. Dorado Fernández^a, E. García Martínez^a y F.A. Pastor Quirante^b

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

El carcinoma basocelular constituye la neoplasia maligna cutánea más frecuente, presentándose generalmente en áreas fotoexpues-

tas, resultando el área perianal una localización excepcional con una incidencia menor al 0,1%. Los factores de riesgo descritos para esta localización son traumas crónicos, cicatrices o antecedentes de radioterapia local surgiendo además la teoría de un efecto inmunosupresor de la radiación UV a distancia. En esta localización debe hacerse diagnóstico diferencial con el carcinoma basaloide de células escamosas por sus diferencias en el pronóstico, por lo que el estudio histológico con técnicas de inmunohistoquímica resulta de gran importancia. Presentamos tres casos de pacientes con carcinoma basocelular perianal con resección completa de la lesión con márgenes no afectos y sin datos de recidiva tras 2 años de seguimiento. Generalmente la patología perianal resulta infradiagnosticada, por lo que ante lesiones sospechosas o sin respuesta a tratamiento debe plantearse el estudio histológico mediante biopsia.

2. CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO CON DIFERENCIACIÓN APOCRINA

A. Jaka Moreno^a, A. Tuneu Valls^a, S. Vildosola Esturo^a, A. Toll Abelló^b, A. Martínez Palmer^c y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. Gipuzkoa. ^bServicio de Dermatología; ^cServicio de Oftalmología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: El carcinoma anexial microquístico (CAM) es un tumor poco frecuente y localmente agresivo que se manifiesta como un nódulo subcutáneo localizado principalmente en cabeza y cuello. Estos tumores suelen ser lesiones de lento crecimiento, con patrón infiltrativo donde puede haber afectación perineural, y son difíciles de diagnosticar clínica e histológicamente.

Caso clínico: Varón de 31 años con fotoenvejecimiento (trabajador de la construcción), sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión asintomática naso-palpebral de crecimiento progresivo en los últimos 3 años. A la exploración presentaba un nódulo subcutáneo mal delimitado, no adherido a planos profundos y sin cambios epidérmicos, con un diámetro máximo de 1,5 x 1 cm. El estudio histopatológico de la biopsia reveló una proliferación epitelial en dermis superficial y profunda, constituyendo estructuras tubulares con diferenciación apocrina, que presentaba un patrón más disperso e infiltrativo en profundidad con estructuras tubulares de una sola capa celular. No se objetivó atipia celular y se observó una baja actividad mitótica. Ante la sospecha de carcinoma anexial microquístico se derivó para extirpación con cirugía micrográfica de Mohs, ya que la cirugía convencional precisaría un amplio margen de seguridad dada la localización.

Discusión: El origen del CAM es discutido, a pesar de que antes se describía un origen dual folicular y glandular ecrico, estudios posteriores apoyan la diferenciación ductal apocrina. Además, esta última teoría se refuerza con la descripción del CAM con diferenciación sebácea, que une el origen embriológico común de la unidad folículo-sebáceo-apocrina. El diagnóstico diferencial principal se debe establecer con el tricoepitelioma desmoplásico, el tricoadenoma, el siringoma y el carcinoma basocelular esclerosante. La cirugía micrográfica de Mohs permite una mayor selección del volumen tumoral extirpado, preservando la exéresis de piel sana en este tipo de tumores.

3. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO CON VISMODEGIB: NUESTRA EXPERIENCIA EN CUATRO PACIENTES

A. Torrijos Aguilar^a, E. Gimeno Carpio^a, P. Hernández Bel^b y J. López Davia^b

^aHospital Arnau de Vilanova. Llíria. Valencia. ^bConsortio Hospital Provincial de Castellón. España.

Introducción: Vismodegib es un nuevo fármaco que administrado vía oral consigue tasas de respuestas completas y parciales superiores al 30% en el tratamiento de carcinomas basocelulares localmente avanzados (CBC LA) y metastásicos (CBC m) en los que está contraindicada la radioterapia y/o la cirugía, de las que se derivarían importantes defectos estéticos.

Material y métodos: Presentamos cuatro pacientes con CBC LA, tratados con Vismodegib 150 mg/día durante una media de 6 meses. Todos ellos fueron sometidos al Comité de Tumores donde se desestimó tanto la radioterapia (RT) como la cirugía, bien por el estado del paciente, contraindicación o mutilación resultante inaceptable.

Resultados: Dos de los cuatro pacientes que presentaban afectación nasal presentaron remisión completa hasta la fecha tras 5 meses de tratamiento. El tercer caso que afectaba la mejilla no respondió al tratamiento e incluso progresó de manera exagerada ocluyendo la visión de la paciente a los 2 meses de iniciar Vismodegib. El último caso que afectaba canto interno de ojo y órbita presentó remisión completa con RMN y biopsias de control a los cuatro meses de tratamiento, recidivando a los 10 meses de suspender la medicación. Los efectos secundarios más relevantes fueron la disgeusia, los calambres, la alopecia y la fatiga. Aunque mal tolerados por los pacientes, ninguno tuvo que suspender la medicación debido a ellos.

Discusión: Vismodegib se perfila como una alternativa terapéutica a tener en cuenta en pacientes con síndrome de Gorlin y CBC LA y M en los que la cirugía y la RT o bien están contraindicadas o su empleo resultaría en un defecto estético inaceptable. En nuestros pacientes consideramos un éxito terapéutico el haber evitado la enucleación de un ojo, así como la voladura nasal. Son necesarios más estudios y experiencia clínicas para determinar dosis óptimas, así como períodos de descansoreinicio.

4. MENINGIOMA ECTÓPICO

I. Pérez López, G. Blasco Morente, A. Martínez López, A. Bueno Rodríguez y J. Tercedor Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: El meningioma ectópico (ME) es un tumor poco frecuente. Se han informado ME en localizaciones tan dispares como la cabeza, el cuello, el mediastino, piel o tejidos blandos. La cabeza es la localización más frecuente de este tipo de tumor representando el 0,8-1,8% del total de meningiomas.

Caso clínico: Varón de 33 años, sin antecedentes de interés. Consulta por una lesión localizada en la zona interparietal del cuero cabelludo, la cual, había sido intervenida previamente por cirugía general con resultado anatomopatológico de área fibrosa de aspecto cicatricial. A la exploración presentaba un nódulo de 3 cm, adherido a planos profundos y de consistencia media. En la ecografía cutánea presentaba una lesión ovalada, hiperecólica, mal delimitada y situada en hipodermis, sin incremento de la vascularización en el modo Doppler. La anatomía patológica de la lesión, una vez extirpada con dificultad, fue informada de ME tipo meningotelomatoso. RMN dentro de la normalidad. En la última revisión el paciente está asintomático con ausencia de signos de persistencia o recidiva en el momento actual.

Discusión: Los ME y concretamente los cutáneos, suponen un reto diagnóstico debido su infrecuencia. Hay que plantear el diagnóstico diferencial con el resto de lesiones subcutáneas de consistencia dura que pueden aparecer en el cuero cabelludo o en áreas perivertebrales, como fibrohistiocitomas o dermatofibrosarcomas. Ante la sospecha de este tumor debe estudiarse la conexión con el neuroeje utilizando pruebas de imagen, ya que esto tendrá un valor pronóstico-terapéutico. En caso de excluir dicha conexión, la extir-

pación completa con márgenes de seguridad y posterior reconstrucción del defecto será la alternativa terapéutica a emplear. El pronóstico en estos casos es bueno.

Conclusiones: Los ME son tumores raros que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones subcutáneas de consistencia dura, especialmente cuando se localizan en el cuero cabelludo.

5. ENFERMEDAD DE BOWEN PIGMENTADA. SERIE DE 8 CASOS

V.P. Beteta Gorriti^a, J.C. Santos Durán^a, A. de Dios Velázquez^a, M. Yuste Chaves^a y A. Santos Briz Terrón^b

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

Introducción: La enfermedad de Bowen (EB) representa una variante de carcinoma de células escamosas in situ. En ocasiones se acompaña de grados variables de depósitos de melanina, denominándose enfermedad de Bowen pigmentada (EBp).

Material y métodos: Presentamos 8 casos de EBp atendidos en nuestro servicio en los últimos 5 años.

Resultados: La media de edad fue de 74,5 años. La distribución por sexos de 1:1. La localización más frecuente la pierna (4/8), presentándose en tres mujeres y un varón. Las otras localizaciones fueron pabellón auricular, hombro, mejilla y pectoral. El fototipo predominante el III (5/8), seguido por el II (3/8). La media del tiempo de evolución de 4,75 años. En todos los casos el crecimiento era progresivo, siendo en 4 más acelerado en el último año. La presentación clínica en forma de placas pigmentadas de color marrón oscuro irregulares, con distintos grados de hiperqueratosis. El diagnóstico clínico inicial más frecuente fue de melanoma (5/8), seguido de lentigo maligno melanoma (4/8), carcinoma basocelular pigmentado (2/8), queratosis seborreica irritada (2/8), queratosis actínica pigmentada (1/8) y EBp (1/8). Todos los casos se diagnosticaron de EBp mediante estudio histológico. El tratamiento más empleado fue la extirpación (5/8), seguido por imiquimod 5% (2/8) y crioterapia (2/8). Sólo hubo recurrencia en un caso tras tratamiento.

Discusión: La EBp constituye menos del 2% de todos los casos de EB. Su diagnóstico diferencial es amplio, siendo de especial importancia con el melanoma. La dermatoscopia puede ser de utilidad. La histología demuestra queratinocitos atípicos en toda la epidermis con depósito de melanina, además de melanófagos en dermis papilar. Entre los tratamientos destacan 5-fluorouracilo e imiquimod tópicos, acitretina, terapia fotodinámica, crioterapia, electrocoagulación, láser y extirpación.

Conclusiones: La EBp es una entidad rara que debe diferenciarse clínicamente del melanoma dada la diferencia en el tratamiento y pronóstico.

6. MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE

J.M. Azaña Defez^a, J.A. Sánchez Gaviño^b, M.T. López Villaescusa^b y R. Vera Berón^c

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bServicio de Dermatología. Hospital General de Almansa. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: La melanosis atípica del pie (MAP) o hiperplasia melanocítica atípica acral es una lesión melanocítica poco frecuente y de naturaleza ambigua, con características clínicas y dermatoscópicas de malignidad, pero cambios histopatológicos sutiles. Presentamos tres nuevos casos.

Casos clínicos: **Caso 1:** mujer 71 años. Lesión pigmentada en talón izquierdo de aparición hace 15-20 años, asintomática y de crecimiento lento. A la exploración, mancha de 2 x 2,5 cm de límites

netos y coloración no uniforme. Dermatoscopia: patrón paralelo en cresta. Biopsia: nevo de la unión lentiginoso con ocasionales teclas. **Caso 2:** varón 78 años. Lesión plantar derecha desde hace más de 10 años, con discreto crecimiento en los últimos meses. Dermatoscopia: patrón paralelo en cresta. Biopsia: nevo de la unión de tipo lentiginoso. **Caso 3:** mujer 69 años. Lesión en pulpejo de primer dedo de pie izquierdo de unos 6-7 años de evolución, en forma de mancha discrómica de límites netos. Dermatoscopia: patrón paralelo en cresta. Biopsia (5 muestras en 3 ocasiones): discreto aumento de melanocitos sin atipia.

Discusión: La MAP presenta características clínicas y dermatoscópicas atípicas que sugieren el diagnóstico de melanoma lentiginoso acral, pero con cambios histopatológicos no concluyentes. Considerada como el estadio inicial del melanoma lentiginoso acral, se han publicado casos cuya evolución apoya esta hipótesis, además de que las alteraciones genéticas son comunes. Los datos clínicos y dermatoscópicos serían de mayor utilidad en el diagnóstico de esta entidad.

7. NEVUS AZUL CON SATELITOSIS SIMULANDO UN MELANOMA

E. Samaniego González^a, A. Pérez Bustillo^a, M.J. Suárez Valladares^a, A. de la Hera Magallanes^b y M.A. Rodríguez Prieto^a

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

Introducción: El nevus azul habitualmente no ofrece dificultades en el diagnóstico clínico y dermatoscópico. Sin embargo, en ocasiones, puede plantearse el diagnóstico diferencial con un melanoma o metástasis en tránsito. Presentamos un caso de nevus azul celular con lesiones satélite simulando un melanoma.

Caso clínico: Mujer de 71 años que consulta por una tumoración azulada en la pierna izquierda de 2 x 1 cm que refiere "de toda la vida". En los últimos 2 años la lesión había crecido y habían aparecido tres lesiones puntiformes periféricas. La dermatoscopia muestra un patrón homogéneo azul-blanquecino y ausencia de otras estructuras dermatoscópicas. El estudio histológico tras la exéresis confirma el diagnóstico de nevus azul celular. Llama la atención la observación de células névicas con disposición perivascular separadas del tumor principal.

Discusión: Desde el punto de vista clínico, la aparición de satelitos en una lesión melanocítica previa sugiere la diseminación periférica de un melanoma. Sin embargo, se han descrito nevus azules con lesiones satélites. Hasta la fecha sólo se han publicado siete casos. La dermatoscopia puede apoyar el diagnóstico de nevus azul cuando se observa un patrón azul homogéneo en ausencia de otros patrones asociados a malignidad. No obstante, es conveniente su exéresis para estudio histológico y confirmación diagnóstica. El hallazgo de las lesiones satélites se explicaría por la extensión de las células névicas a lo largo del espacio perivascular manifestándose clínicamente como lesiones gutatas o lineales.

Conclusiones: Se aporta un nuevo caso de nevus azul con satelitos. Es importante el conocimiento de estas lesiones para incluirlas en el diagnóstico diferencial de un melanoma/nevus azul maligno con diseminación local.

8. EFECTIVIDAD DE INGENOL MEBUTATO EN COMPARACIÓN A UN SOLO CICLO DE TERAPIA FOTODINÁMICA EN PACIENTES CON QUERATOSIS ACTÍNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

R. del Río-Gil

Servicio de Dermatología. Fundació Hospital L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

Introducción: El ingenol mebutato (IM) es un tratamiento de reciente comercialización indicado para la queratosis actínica (QA),

con una pauta de administración más corta en comparación a otros tratamientos aprobados de eficacia similar, como la terapia fotodinámica (TFD). Se recogieron datos retrospectivos para evaluar la efectividad y seguridad de ambas alternativas terapéuticas.

Material y métodos: Se incluyeron 10 pacientes > 55 años que habían recibido tratamiento con IM 150 g durante 3 días o un ciclo de TFD con metilaminolevulinato entre diciembre 2014 y febrero 2015.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a los datos descriptivos antes del inicio del tratamiento. La media de edad de los pacientes (todos hombres) fue de 78 ± 8 años. Nueve pacientes tenían antecedentes de cáncer cutáneo no-melanoma. El 100% de los casos presentaban QA previas a las lesiones nuevas. Un 50% de los pacientes tenían 6-12 lesiones que requerían tratamiento y el 40% > 12 lesiones. El 60% de los pacientes presentaban QA de grados I, II y III, localizadas mayoritariamente (80%) en el cuero cabelludo. Al mes posterior al inicio del tratamiento, el número medio de lesiones visibles fue de 2 ± 1 lesiones en el grupo de IM y 5 ± 3 lesiones en el grupo de TFD ($p = 0,06$). El porcentaje de aclaramiento de las lesiones también fue ligeramente superior para el grupo de IM que el de TFD ($76\% \pm 3$ vs $61\% \pm 16$; $p = 0,09$). Todos los pacientes presentaron alguna reacción cutánea local, que en ningún caso requirió suspender el tratamiento. Todos los participantes valoraron como excelente el resultado cosmético en la zona tratada. El cumplimiento fue del 100% en todos los casos.

Conclusiones: IM demostró ser de elección para el tratamiento de las QA en la práctica clínica en pacientes con un número elevado de lesiones y de diferentes grados, con una efectividad similar a un solo ciclo de TFD.

9. POROCARCINOMA ECRINO VARIANTE BOWENOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Navarro Triviño^a, A.M. Almodóvar Real^a, J.A. Retamero Díaz^b, R. Armijo Lozano^a y M.A. Fernández Pugnaire^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Granada. España.

Introducción: El porocarcinoma ecrino es un tumor maligno derivado de las células del acrosiringio de las glándulas sudoríparas ecrinas descrito en 1963 por Pinkus y Mehregan. Su presentación clínica varía desde una placa indurada a una lesión polipoide ulcerada y de fácil sangrado. Más rara es su variante bowenoide, que se caracteriza por la presencia de áreas de diferenciación escamosa y presentación clínica atípica. Presentamos una paciente con esta variante clínico-histológica y el tratamiento quirúrgico mediante colgajo local.

Caso clínico: Mujer de 82 años con antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial y ACVA, que consulta por tumor plano, asintomático de 6 cm de diámetro localizado en glúteo izquierdo de más de 10 años de evolución. Se realiza una biopsia con la sospecha de enfermedad de Bowen y se confirma el diagnóstico. Posteriormente se realiza la extirpación de la totalidad del tumor y cierre del defecto mediante colgajo local. El informe histológico de la pieza tumoral es de porocarcinoma ecrino con diferenciación escamosa. En la actualidad la paciente sigue controles en consulta.

Discusión: El porocarcinoma ecrino es el tumor maligno más frecuente derivado de las glándulas sudoríparas ecrinas. Aparece en personas de edad avanzada y la localización típica son los miembros inferiores. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma escamoso, la enfermedad de Bowen y el granuloma piógeno. La variante escamosa presenta en la histología además de la formación de lóbulos y trabéculas, áreas de diferenciación escamosa, lo que puede dificultar la diferenciación del porocarcinoma ecrino del carcinoma escamoso. Presentamos un nuevo caso de porocarcinoma ecrino de diferenciación escamosa que creemos de especial interés por la presentación clínica e histológica atípica y por el excelente resultado de la técnica quirúrgica elegida para su tratamiento.

10. TIMOLOL 0,5% GEL COMO TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE KAPOSÍ CUTÁNEO NO ASOCIADO A VIH: EXPERIENCIA EN 4 CASOS

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

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

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) clásico es un tumor angioproliferativo de bajo grado asociado al herpes virus tipo 8. A pesar de su habitual curso indolente, su alta tasa de recurrencia hace que su manejo sea complejo en la mayoría de los casos. Actualmente existen múltiples alternativas terapéuticas, si bien no siempre resultan satisfactorias ni están exentas de efectos adversos.

Material y métodos: Presentamos 4 casos de SK clásico cutáneo tratado con timolol 0,5% gel, aplicado de forma tópica cada 12 horas. Tres de los pacientes no habían recibido ningún tratamiento de forma previa, mientras que uno de ellos había recibido radioterapia local con respuesta parcial. Ninguno de los pacientes incluidos realizaba de forma concomitante tratamiento con betabloqueantes orales.

Resultados: En los 4 casos la respuesta al tratamiento fue muy favorable, con una tolerancia excelente y sin efectos adversos asociados. El estudio ecográfico de las lesiones objetivó una reducción progresiva tanto del tamaño tumoral como de la vascularización. Cabe resaltar que las lesiones de SK con una neovascularización intratumoral más prominente en el estudio ecográfico mostraron una mayor respuesta al tratamiento con timolol.

Discusión y conclusiones: El timolol es un antagonista no selectivo de los receptores beta-adrenérgicos cuyo uso y efectividad en los hemangiomas infantiles es ampliamente conocido. Estudios han demostrado una intensa expresión de receptores beta-adrenérgicos hasta en el 75% de los SK, motivo por el cual el timolol podría ser útil en el tratamiento de esta entidad. Hasta el momento tan solo han sido publicados dos casos de SK clásico tratados con timolol tópico. Presentamos una serie mayor de casos en los que el gel de timolol al 0,5% se ha mostrado efectivo y seguro. Asimismo, la correlación ecográfica refrenda la efectividad clínica observada.

11. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO SARCOMATOIDE EN TRASPLANTADO RENAL

R. Miñano Medrano^a, L. Ascanio Armada^a, X. Rodríguez Vázquez^a, E. Fernández Cogolludo^b y F. Pinedo Moraleda^a

^aHospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ^bHospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Introducción: Los pacientes inmunodeprimidos presentan una mayor tasa de incidencia de carcinomas epidermoides, con un riesgo aumentado de recurrencia y metástasis.

Caso clínico: Varón de 62 años con los antecedentes personales de trasplante renal en septiembre 2003, hepatitis por virus C, cardiopatía isquémica, EPOC, diabetes mellitus tipo 2. En tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg, micofenolato sódico, tacrolimus, simvastatina, insulina. Remitido a nuestro servicio para realización de cirugía micrográfica de Mohs de carcinoma epidermoide fusocelular/sarcomatoide (CES) recurrente localizado en pabellón auricular derecho. Se observaba sobre cicatriz de extirpación previa una neoformación erosionada de 10 mm. El estudio de extensión fue negativo. En marzo de 2015 se realizó extirpación de la lesión mediante cirugía de Mohs diferida, 2 estadios hasta confirmación de márgenes libres. En mayo de 2015 presentó recidiva de la lesión, realizándose una nueva ampliación con margen afecto, decidiéndose realizar radioterapia. Finalizó el tratamiento en septiembre de 2015 después de 33 sesiones, 60 Gy. En revisión postratamiento con radioterapia se observó persistencia del tumor y se confirmó histológicamente una metástasis ganglionar.

Discusión: La presencia de varios factores de riesgo para recurrencia y metástasis del CES ensombrece el pronóstico. En el caso descrito la localización del tumor (pabellón auricular), recurrencia tras 2 cirugías previas, el subtipo histológico (fusocelular/sarcomatoide) y la inmunosupresión explican la mala evolución clínica. En pacientes inmunodeprimidos el riesgo de recurrencia locoregional oscila entre el 13 y el 41%, metástasis a distancia 15% y una tasa de mortalidad de hasta el 25%.

Conclusiones: La mala evolución clínica en estos pacientes debe plantearnos nuevas estrategias de tratamiento.

12. CARCINOMAS SEBÁCEOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M.E. Gómez Sánchez^a, M.L. Martínez Martínez^a, F. de Manueles Marcos^b, J.M. Azaña Defez^b y R. Vera Berón^c

^aServicio de Dermatología. Hospital General de Villarrobledo. Albacete. ^bServicio de Dermatología. Hospital General de Albacete. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Albacete. España.

El carcinoma sebáceo es un tumor anexial poco frecuente, agresivo, con tendencia a la recidiva local y potencial metastásico. Se considera como uno de los marcadores del síndrome de Muir Torre, que asocia tumores de estirpe sebácea y neoplasias viscerales. Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de los carcinomas sebáceos diagnosticados en nuestro hospital. Se realizó una búsqueda en la base de datos de anatomía patológica de nuestro hospital de los pacientes con carcinomas sebáceos (oculares y extraoculares) desde el año 1993 hasta julio de 2015. Se obtuvieron 10 carcinomas sebáceos, 40% oculares y 60% extraoculares. 80% fueron mujeres y 20% varones. La edad media fue de 78,9 años (DE \pm 10,13). Ningún paciente tenía antecedentes de trasplante o radiación previa. La localización más frecuente de los tumores perioculares fue el párpado superior (75%). Los tumores extraoculares se localizaron en el 100% en cabeza y cuello. El tipo de lesión predominante fue el tumor (80%). Todos fueron tratados mediante cirugía convencional con márgenes libres, salvo un caso con exéresis parcial con cauterización. Presentaron recidiva dos casos de localización periorcular, uno con recidiva local y otro con recidiva metastásica. Ningún caso asoció durante el seguimiento neoplasia visceral y tres casos asociaron tumores cutáneos no melanoma. El tiempo de seguimiento medio fue de 2,57 años (DE \pm 5,05). El carcinoma sebáceo es un tumor raro que predomina en mujeres de edad avanzada. Se le ha relacionado con pacientes trasplantados y con historia de radiación previa. Es un marcador del Síndrome de Muir Torre, enfermedad en la que se han detectado mutaciones en determinados genes reparadores del ADN. En pacientes con carcinoma sebáceo, se debe realizar una adecuada anamnesis, exploración física completa y pruebas complementarias pertinentes para excluir neoplasias viscerales asociadas (colon y genitourinarias principalmente). En la actualidad, no se han encontrado en la literatura protocolos concretos de despistaje; sin embargo, mediante el estudio inmunohistoquímico y molecular de estas lesiones, se pueden identificar pacientes portadores de mutaciones asociadas a este síndrome que requieran un seguimiento más estrecho.

13. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN ALBACETE (2009-2015)

S. Ezsol Lendvai^a, M.C. Martín de Hijas^a, M.E. Gómez Sánchez^a, L. Íñiguez de Onzoño Martín^b y L. Pérez García^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: A pesar de que la incidencia del carcinoma de células de Merkel (CCM) está en aumento en las últimas décadas, sigue

siendo un tumor poco frecuente. La incidencia estimada ajustada por edad en EEUU es 0,6/100.000 en los últimos años. En Australia y Nueva Zelanda se registran más casos, hasta 1,6/100.000 entre 2006-2010. En España los datos son pocos y parciales: en Girona comunicaron una tasa bruta de incidencia de 3 casos/100.000/año entre 1995 y 2005. Probablemente es el tumor cutáneo primario más agresivo, con supervivencia relativa a los 5 años más baja que la del melanoma (54%: media de todos los estadios). Afecta sobre todo a personas mayores y de raza blanca. Sus factores de riesgo principales son fotoexposición e inmunodepresión.

Objetivos: Conocer la incidencia de CCM en los últimos 5 años en nuestra área sanitaria (250.00 habitantes) y analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo: análisis de datos de todos los pacientes con diagnóstico de CCM atendidos en el Complejo Hospitalario de Albacete entre enero 2009 y septiembre 2015.

Resultados: Hallamos 15 pacientes, siendo la tasa bruta de incidencia anual 2,25/100.000. La media de edad: 83,3 años (Rango 58-96). Se observó predominancia de mujeres (10/15: 66,6%). La localización más frecuente fue la cara (8/15), seguida por las extremidades (4/15), siempre en zonas fotoexpuestas, excepto en un paciente con localización glútea. La forma de presentación de las lesiones fue variada. En cuanto al tiempo de evolución, la mayoría tenían lesiones recientes de rápido crecimiento. Diez pacientes se presentaban en estadio I-II. Siempre se realizó ampliación de margen, excepto en una paciente que debutó en estadio IV con metástasis hepáticas. El tratamiento se individualizó en cada caso. Siete pacientes (47%) presentaron algún tipo de recidivas (local/ganglionar/sistémica) durante el periodo del estudio.

Conclusiones: La incidencia encontrada de CCM en nuestra área sanitaria coincide con otros estudios. Sin embargo, encontramos diferencias: predominio de mujeres y variabilidad de la morfología de las lesiones. Solo 2 pacientes presentaban inmunodepresión, factor de riesgo muy conocido. Hay varios puntos controvertidos en su manejo terapéutico, que debe ser multidisciplinar, en comité y frecuentemente individualizado por afectar a pacientes con mucha comorbilidad.

14. MASA EN CUERO CABELLUDO DESCUBIERTA POR TRAUMATISMO PREVIO FORTUITO

H. Cocunubo Blanco, E. Samaniego González, M.J. Suárez Valladares, E. Varas Meis y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El carcinoma folicular de tiroides es la segunda neoplasia maligna del tiroides más frecuente después del carcinoma papilar. Su diseminación es rara y se produce por vía hematógena, principalmente a pulmón y hueso. Las metástasis cutáneas en cuero cabelludo con afectación de la calota son excepcionales.

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes personales de HTA, hipercolesterolemia e hipotiroidismo secundario a tiroidectomía realizada en el año 2000 por bocio multinodular adenomatoso asociado a neoplasia folicular. Acude a dermatología por presentar desde hace 2 meses una lesión asintomática en cuero cabelludo, que relaciona con un traumatismo previo. A la exploración física se aprecia una masa blanda de aproximadamente 7 centímetros de diámetro en región parietotemporal izquierda. La ecografía evidencia una lesión lítica que ocasiona destrucción de la calota craneana de 7 x 4 cm. Los cortes histológicos muestran una neoplasia epitelial maligna positiva para tiroglobulina y TTF1 en la inmunohistoquímica, compatible con un carcinoma folicular del tiroides. En los estudios de imagen se descarta compromiso del parénquima cerebral. La paciente fue intervenida mediante craneotomía con extirpación de la lesión, además de tratamiento complementario con I-131.

Discusión: Las metástasis del carcinoma folicular de tiroides son poco frecuentes, siendo muy rara la diseminación a cuero cabelludo

y huesos craneales. Generalmente se presentan como masas asintomáticas de lento crecimiento, como en éste caso. Son lesiones osteolíticas, por lo que, ante la sospecha, es fundamental que además del estudio histológico, se realicen pruebas de imagen. El manejo es quirúrgico, debido a la pobre respuesta con yodo radiactivo. El pronóstico es mejor cuando son lesiones aisladas.

Conclusiones: En pacientes con antecedentes de patología tumoral tiroidea, independientemente del tiempo transcurrido desde su tratamiento, sugerimos incluir la posibilidad de una metástasis entre los diagnósticos diferenciales de una masa en cuero cabelludo.

15. DIAGNÓSTICO RÁPIDO MEDIANTE DERMATOSCOPIA Y MICROSCOPIA CONFOCAL DE REFLECTANCIA (VIVASCOPE 3000) DE UN PACIENTE CON MÚLTIPLES CARCINOMAS BASOCELULARES

E. Manubens Mercadé, A. Barreiro Capurro, S. Podlipnik, A. Bennàsar Vicens y S. Puig Sardà

Hospital Clínic. Barcelona. España.

El manejo de los pacientes con carcinoma basocelular (CBC) múltiple representa un reto dermatológico. Actualmente disponemos de varias herramientas diagnósticas, terapéuticas y de monitorización. Dado que se trata de pacientes que ya han sido sometidos a múltiples procedimientos, el objetivo del dermatólogo es ofrecer una atención lo más eficaz posible con las menores comorbilidades asociadas. Presentamos el caso de un paciente de 84 años tratado con vismodegib (ensayo Mickie) de junio de 2013 a noviembre de 2013 por presentar 31 CBCs en zona cervicofacial, presentando respuesta completa de las 3 lesiones diana y de las 28 lesiones no diana, interrumpiendo el tratamiento por toxicidad. En mayo del 2014 se mantenía en respuesta y en diciembre del 2014 presentó 33 nuevas lesiones sugestivas de CBC. Se confirmaron mediante microscopia confocal de reflectancia (Vivascope 3000, Mavig GmbH, Munich, Lucid-Tech Inc., Henrietta, NY, USA) 26 CBC (tiempo requerido = 29 minutos). Se realizó tratamiento con Picato gel 500 mcg/g dosis única. Tras 2 meses se realizó monitorización clínica, dermatoscopia y MCR. La evaluación clínica mostró respuesta en 50% de las lesiones tratadas. La exploración con MCR (tiempo empleado = 33 minutos) reveló persistencia parcial en 22 de las 26 lesiones tratadas (respuesta completa 15% de las lesiones). Las imágenes dermatoscópicas fueron analizadas por cuatro evaluadores, obteniendo un porcentaje de aciertos en relación a la MCR del 76, 68, 57 y 76%. La monitorización mediante MCR ofrece varias ventajas a los pacientes tratados de CBC múltiple. Permite efectuar una evaluación completa y a nivel microscópico de la totalidad de la lesión y más precisa que la dermatoscopia. Además, la exploración puede realizarse de forma rápida y mínimamente invasiva, siendo así muy bien tolerada por el paciente. El tratamiento con Picato 500 mcg/g dosis única representa una opción sencilla y poco invasiva, aunque con respuesta limitada, en pacientes con múltiples CBCs.

16. TUMOR PILAR PROLIFERANTE DE CUERO CABELLUDO

L. Ascanio Armada, X. Rodríguez Vasquez, R. Miñano Medrano, F. Pinedo Moraleta y J.L. López Esteban

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: El tumor pilar proliferante maligno (TPPM) es un tumor cutáneo raro que afecta predominantemente el cuero cabelludo.

Caso clínico: Varón de 78 años, con antecedentes de carcinoma epidermoide de cuerda vocal derecha tratado con QT y RT, HTA y DM, acudió a consultas de dermatología por una lesión en cuero cabelludo de años de evolución. Refería aumento de tamaño reciente secundario a traumatismo. A la exploración física presentaba, en región parieto-occipital, nódulo de 4 x 6 cm, bien delimitado, de consistencia blanda en zona inferior y con superficie eritematocostrosa infiltrada

en polo superior. En la resonancia magnética se observaba tumoración subcutánea de límites bien definidos, sin afectación ósea. Se realizó extirpación de la lesión y cierre del defecto por segunda intención con sustituto de piel biosintético. El estudio de anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue compatible con tumor pilar proliferante maligno. Así pues, se realizó ampliación de márgenes y estudio de extensión con TC de cuello y tórax, que fue normal.

Discusión: El TPPM afecta predominantemente el cuero cabelludo, párpados, cuello y cara de mujeres de edad avanzada. Se presenta como lesión única multilobulada, de crecimiento lento, que ocasionalmente se ulcera. A veces tiene un curso clínico agresivo y propensión a las metástasis ganglionares y a distancia. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma sebáceo, hidradenocarcinoma de células claras y metástasis cutánea de carcinoma renal. El tratamiento de elección es la escisión local amplia con un margen de 1 cm. La quimioterapia adyuvante y la radioterapia se han utilizado para prevenir la recurrencia.

17. MELANOMA UNGUEAL: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS

X. Rodríguez Vázquez^a, E. Gómez de la Fuente^a, F. Pinedo Moraleda^b, R. Miñano Medrano^a y J.L. López Estebanar^a

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

Introducción: El melanoma de la unidad ungueal (MU) es poco frecuente, constituye un reto diagnóstico y su demora empeora el pronóstico.

Material y métodos: Hemos recogido los datos clínicos e histopatológicos de los MU diagnosticados en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, desde su apertura en 1998 hasta 2015.

Resultados: Se diagnosticaron cuatro casos de MU en nuestro centro, representando el 0,60% del total de melanomas. La proporción hombre/mujer fue de 1:3, la media de edad de 64,5 años. La presentación inicial fue onicolisis en 2 de los casos, pigmentación periungueal en 1 caso y pápula amelanótica periungueal en el otro. Dos se localizaron en el pulgar, una en el índice y otra en el primer dedo del pie. En 3 de los casos, el tipo histológico fue de melanoma lentiginoso acral. El Breslow medio fue de 3,24 mm y la demora diagnóstica, 1,5 años. Un caso presentó metástasis a distancia al diagnóstico. La cirugía realizada en los MU de la mano fue amputación proximal y en el pie amputación distal. Todos los pacientes siguen vivos, sin recaídas, con un rango de seguimiento de 8 meses a 16 años.

Discusión: La unidad ungueal es una localización poco frecuente del melanoma (0,5-2,5%). Su diagnóstico plantea dificultades retrasándose en una media de 2 años. La mortalidad es del 50% a los 5 años. La dermatoscopia y la microscopía confocal de reflectancia (MCR) intraoperatoria aumentan la precisión diagnóstica. Se ha observado que las amputaciones distales y cirugías conservadoras de la función del pulgar no aumentan las recurrencias locales ni disminuyen la supervivencia.

Conclusiones: En nuestra serie un caso presentó enfermedad a distancia al diagnóstico, los otros 3 casos fueron diagnosticados de enfermedad localizada y no han presentado recurrencias. La técnica quirúrgica utilizada en nuestro hospital principalmente ha sido la amputación proximal.

18. ESTUDIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

E. de Eusebio Murillo, A. Ballano Ruiz, F. Alcántara Nicolás, V. Melgar Molero y R. Pérez Mesonero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción: Los tratamientos disponibles para las queratosis actínicas (QA) que tratan el campo de cancerización tienen diferentes niveles de eficacia, aceptabilidad cosmética, efectos secundarios, y frecuencia y duración del tratamiento. Cuando son tratamientos autoadministrados la adherencia es importante porque se ha demostrado que la adherencia a los tratamientos tópicos es baja en enfermedades cutáneas crónicas.

Objetivos: **Objetivo principal:** Describir la adherencia al tratamiento de las QA con las distintas opciones terapéuticas autoadministradas autorizadas y disponibles en nuestro medio. **Objetivos secundarios:** Valorar la satisfacción del paciente, las reacciones cutáneas y la eficacia de los mismos y la relación entre los distintos factores.

Material y métodos: Estudio unicéntrico prospectivo sin control con placebo y de grupos paralelos. Pacientes con diagnóstico de QA múltiples grado 1 que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Se dividió al conjunto en cuatro grupos de forma aleatoria asignándoles tratamiento con imiquimod 5%, imiquimod 3,75%, ingenol mebutato y diclofenaco 2% con las pautas de tratamiento habituales en la práctica clínica. Valoración a los 30 y 60 días. **Variables analizadas:** Adherencia a los 30 y 60 días del tratamiento. Satisfacción con el tratamiento (escala TSQM) a los 30 días. Reacciones cutáneas locales con escala LRS a los 30 días. Eficacia a los 30 y 60 días.

Resultados: Completaron el estudio 35 pacientes. La adherencia al tratamiento fue mayor en el grupo tratado con ingenol mebutato seguido por imiquimod al 5%, imiquimod al 3,75% y diclofenaco. se relacionó con eficacia a los 30 y 60 días. Las reacciones cutáneas locales se relacionaron con la satisfacción del paciente pero no con la adherencia al tratamiento.

Conclusiones: En tratamientos autoadministrados para el campo de cancerización en QA, la adherencia al tratamiento es un factor determinante en la eficacia de los tratamientos. Las reacciones cutáneas influyen en la satisfacción del paciente.

19. LEIOMIOSARCOMA CUTÁNEO. CASUÍSTICA ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2015 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

A. Agulló, B. Bonaut, L. Loidi, A. Córdoba y J.I. Yanguas

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

Introducción: El leiomioma superficial primario de partes blandas, constituye una forma de leiomioma poco frecuente (< 1% de todos los sarcomas de partes blandas) y de mejor pronóstico que su variante profunda. Según criterios histológicos se dividen en cutáneos o dérmicos y en subcutáneos, división muy importante desde el punto de vista pronóstico-evolutivo de la enfermedad. Presentamos nuestra experiencia con este tipo de tumores en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Caso clínico: Describimos nuestros casos de leiomioma superficial cutáneo intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio, entre los años 2002 y 2015, y revisamos sus características epidemiológicas, clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y evolutivas, resaltando los factores pronósticos implicados.

Discusión: Los leiomiomas superficiales se presentan como lesiones nodulares clínicamente inespecíficas, por lo que su diagnóstico se basa en el estudio histológico (proliferación de células fusiformes con núcleos alargados hiper cromáticos y elevado índice mitótico) e inmunohistoquímico (positividad para vimentina, actina musculoespecífica y frecuentemente desmina). Se distinguen dos tipos: los cutáneos (originados del músculo erector del pelo o de las glándulas sudoríparas), con alta tasa de recurrencia local (18-52%) pero baja capacidad metastásica (0-14,3%), y los subcutáneos (procedentes de la musculatura lisa de los vasos), con alta recurrencia (18-60%) y capacidad metastásica (27,2-62%). En nuestra serie no encontramos ningún caso de metástasis a distancia. El tratamiento

de elección es la extirpación con márgenes amplios (1 cm) y un seguimiento posterior mínimo de 5 años.

Conclusiones: Consideramos interesante y útil esta serie de casos por permitirnos repasar y revisar la historia natural y el manejo de este tipo de tumores (infrecuentes pero potencialmente mortales) cuyo tratamiento quirúrgico, llevado a cabo de forma precoz y con una técnica adecuada, es fundamental para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

20. DERMATOSCOPIA DIGITAL COMO HERRAMIENTA PRÍNCEPS PARA EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON VEMURAFENIB

J.F. Millán Cayetano^a, I. Fernández Canedo^a, N. Blázquez Sánchez^a, P. García Montero^a, R. Fúnez Liébana^b y M. de Troya Martín^a

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

Introducción: Los inhibidores de BRAF se han posicionado como uno de los tratamientos de primera línea en el melanoma maligno metastásico. En los pacientes con mutación de BRAF V600 hay una sobreexpresión de la vía de señalización de las MAPquinas (RAS-RAF-MEK-ERK). Los inhibidores de BRAF, como vemurafenib, actúan inhibiendo de forma selectiva dicha cascada. Entre sus efectos adversos se ha descrito aparición de cáncer de piel no melanoma, cambios morfológicos y regresivos de nevus, aparición de nevus eruptivos y de segundos melanomas. Se presentan algunos de estos efectos adversos en una serie de cuatro pacientes.

Casos clínicos: **Caso 1:** mujer de 37 años con melanoma maligno periumbilical (IIIC), con progresión a distancia. Inició vemurafenib presentando durante el tratamiento cambios regresivos y morfológicos en varias lesiones melanocíticas, además de un melanoma in situ dorsal. **Caso 2:** varón de 36 años con melanoma maligno plantar derecho (IIIC), con progresión a distancia. Inició vemurafenib, detectándose cambios regresivos y morfológicos en varios nevus. **Caso 3:** varón de 40 años con melanoma maligno inguinal izquierdo (IIIB) con progresión. Inició vemurafenib, presentando regresión y cambios morfológicos en varias lesiones pigmentadas. **Caso 4:** varón de 36 años con melanoma maligno cervical izquierdo (IIA), con progresión locoregional en tratamiento con interferón y radioterapia. En el curso del tratamiento el paciente presentó nueva progresión de la enfermedad iniciándose tratamiento con vemurafenib. Durante el seguimiento desarrolló cambios regresivos, nevus eruptivos y un segundo melanoma cutáneo infiltrante.

Discusión: Cada vez son más los trabajos que describen cambios regresivos y morfológicos, así como el desarrollo de segundos melanomas en pacientes con inhibidores de BRAF. En este sentido, la dermatoscopia digital es la herramienta diagnóstica ideal para el reconocimiento de estos cambios y para la detección precoz de segundos melanomas en el seguimiento clínico de este tipo de pacientes.

21. CORRELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO CLÍNICO E HISTOLÓGICO DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR

E.M. Morales Conde, N. López Ibáñez, A. Ruiz de Casas, J.J. Ríos Martín y D. Moreno Ramírez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Cualquier tejido extirpado tiende a encogerse, en relación a sus propiedades retráctiles. Esta retracción puede tener importantes repercusiones pronósticas cuando se trata de piezas quirúrgicas neoplásicas, pues el interés siempre será conseguir unos márgenes libres de tumor. El objetivo de este estudio es determinar la retracción de los carcinomas espinocelulares.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal en pacientes intervenidos en el año 2014 de carcinomas espinocelulares en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Se compararon los tamaños clínicos medidos por el dermatólogo en la consulta y las dimensiones histológicas valoradas por el patólogo y se analizaron los datos.

Resultados: Se incluyeron 85 muestras procedentes de 83 pacientes, siendo 53 hombres (63,9%) y 30 mujeres (36,1%). La edad media fue de 75,35 años (desviación estándar 12,94). La media de retracción de los carcinomas espinocelulares fue de 0,52 cm (desviación estándar 0,55 cm).

Conclusiones: En la oncología dermatológica, la retracción de las muestras podría causar diferencias significativas entre los márgenes clínicos e histológicos.

22. ESTUDIO PROTEÓMICO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN PIEL FOTOEXPUERTA

M. Fernández Guarino^a, J. Barrio^a, M.L. González Morales^b, A. Sánchez Adrada^b, S. Pierri Ugia^b, J.J. Baztán Cortes^c y J. Modrego^d

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Anatomía Patológica; ^cServicio de Geriatria. Jefe de la Unidad de Investigación. Hospital Central de la Cruz Roja. ^dInstituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo (CE) es un "cáncer clásico" que parte de una lesión precursora y como las formas más comunes de cáncer sufre una serie de acumulación de mutaciones. Los biomarcadores son proteínas expresadas por el tumor o por su entorno. Los estudios de proteómica permiten detectar nuevas moléculas involucradas en la patogénesis del cáncer.

Objetivos: Analizar y comparar, mediante proteómica, la expresión de diferentes proteínas en la piel fotoexpuesta con CE respecto a individuos con piel sana de áreas no fotoexpuestas.

Material y métodos: El estudio se llevó a cabo en muestras cutáneas de pacientes con CE (n = 5) y pacientes control de piel sana (n = 5). Se aislaron las muestras cutáneas de cada uno de los individuos. Tras su homogeneizado, analizamos 250 μ g de proteína mediante electroforesis bidimensional (2-DE), (IPG 17 cm, pH 3-10, geles 10% SDS-PAGE) y tinción con plata de cada uno de los grupos experimentales para su posterior densitometrado con el programa Quantity-One de Biorad y análisis estadístico.

Resultados: Se analizó el nivel de expresión de las siguientes proteínas: HSP70, HSP27, calreticulina, citoqueratina, actina, SCCA-2, maspina, anexina-IV, anexina-I, anexina-V, α -hemoglobina, glutatión-S-transferasa, apolipoproteína AI y Rho-GDP-dissociation protein. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la proteína SCCA-2 o antígeno-2 de carcinoma de células escamosas (controles: 82,75 \pm 13,65; CE: 447,37 \pm 89,80; p = 0,034) y para α -hemoglobina (controles: 31,52 \pm 11,47; CE: 85,10 \pm 15,67; p = 0,016).

Conclusiones: Este es el primer estudio en la literatura revisada de proteómica en el CE. El CE tiene mayor nivel de expresión de SCCA-2 respecto a las muestras control, el cual está aumentado en otro tipo de carcinomas como el esofágico y el uterino. Se necesitan más estudios para evaluar el papel de las proteínas descritas y para intentar aumentar el número de futuras proteínas cuyo nivel de expresión esté modificado en CE.

23. INGENOL MEBUTATO EN EL TRATAMIENTO DE LA QUEILITIS ACTÍNICA: REPORTE DE 4 CASOS

E. Manrique Silva, E. Godoy Gijón, C. Meseguer Yebra, T. Kueder Pajares y A. Robledo Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Complejo Asistencial de Zamora. España.

Introducción: La queilitis actínica (QeA) es una neoplasia intraepidérmica. La exposición solar crónica y el tabaco son los principales factores de riesgo. El ingenol mebutato (IM) está aprobado para tratar queratosis actínicas, pero su eficacia y posología en QeA aún está en estudio. Presentamos cuatro casos de QeA tratados con IM.

Material y métodos: Se seleccionaron 4 pacientes con queilitis actínica. Se pautó IM 0,015% 1v/d 3 días consecutivos. Las reacciones locales se valoraron por dos investigadores utilizando la escala de reacciones cutáneas locales (ERCL) previamente publicada y empleada en los estudios pivotaes del fármaco.

Resultados: Los cuatro pacientes cumplieron la posología. Todos presentaron reacciones locales de graduación leve a excepción de un paciente con reacción moderada. Todos los casos presentaron una remisión completa de la clínica de QeA, persistiendo en dos casos una zona queratósica residual sin alteraciones en la biopsia realizada. Todos los pacientes se mostraron satisfechos con el tratamiento.

Discusión: El manejo precoz y eficaz de la QeA es fundamental para prevenir la evolución a carcinoma epidermoide (CE). La crioterapia y la electrocirugía son útiles en lesiones únicas. La bermellectomía y el láser de CO₂ permiten el tratamiento de campo, pero acarrearán mayor morbilidad. La terapia fotodinámica presenta buena eficacia, pero mala tolerancia y requiere el desplazamiento del paciente. La crema de imiquimod 5% y de 5-Fluoracilo presenta resultados variables pero intensas reacciones locales y un largo periodo de aplicación. El IM permite realizar un tratamiento de campo y de lesiones visibles. Su gran comodidad posológica y ausencia de daño residual permiten una buena adherencia al tratamiento. Los resultados en nuestros pacientes mostraron una remisión clínica completa en los 4 casos con comprobación histológica en dos de ellos. Futuros ensayos clínicos aleatorizados serán necesarios, pero IM se postula como un tratamiento útil para la QeA.

24. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE MELANOMA: REALES O SIMULADAS

M. Pousa Martínez, M. Rodríguez Rodríguez, I. Vázquez Osorio, M. Espasandín Arias y H. Vázquez Veiga

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

Introducción: Existen numerosos simuladores clínicos de melanoma cutáneo primario o metastásico, por lo que se hace imprescindible realizar un correcto diagnóstico diferencial. Pese a la incorporación de técnicas complementarias, como la dermatoscopia y la ecografía cutánea, a la experiencia clínica, en ocasiones nos vemos imposibilitados de emitir un diagnóstico correcto.

Caso clínico: Paciente de 85 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular e insuficiencia renal crónica que acudió a urgencias de Dermatología por la presencia de una lesión en dorso de mano derecha de un mes de evolución. No presentaba clínica asociada ni traumatismo previo local. A la exploración física se objetivó una lesión tumoral cupuliforme de 3 x 2 cm, coloración violácea negruzca y una costra serohemática central. Asociaba otra lesión de características similares de menor tamaño en cara dorsal de antebrazo izquierdo, además de signos de dermatoporosis. Dentro de las pruebas complementarias, se realizó una ecografía cutánea y un estudio dermatoscópico de la lesión, estableciéndose la sospecha diagnóstica de metástasis de melanoma. Se procedió a la exéresis de ambas lesiones cutáneas. El acto quirúrgico y el posterior estudio histológico confirmaron la existencia de un hematoma.

Discusión: Entre los numerosos simuladores de melanoma primario cutáneo y de metástasis cutáneas de melanoma destacan malformaciones vasculares, hematomas, infecciones, quistes y tumores anexiales así como pigmentaciones exógenas y endógenas. A la hora de establecer un riguroso diagnóstico diferencial ninguna de estas posibilidades debe ser desechada, ya que en casos como este podemos encontrarnos con una agradable sorpresa.

Conclusiones: Presentamos el caso clínico de una paciente con sendas lesiones tumorales y datos clínicos, dermatoscópicos y ecográficos sugestivos de metástasis de melanoma. Fue necesaria la extirpación quirúrgica y la confirmación histológica de las lesiones para establecer el diagnóstico definitivo de hematoma.

25. 3 X 1 EN CIRUGÍA NASAL

D. Bancalari Díaz, J.C. Santos Durán, M. Yuste Chaves, L.I. Gimeno Mateo y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La pirámide nasal constituye una estructura anatómica compleja y de gran importancia cosmética y funcional. Además, es zona muy frecuente de localización de tumores cutáneos. En ocasiones coinciden varias lesiones en esta región, lo que supone un reto quirúrgico por sus especiales características.

Material y métodos: Presentamos 3 pacientes con 3 tumoraciones nasales cada uno, en los que la extirpación se realiza en un tiempo en el mismo acto quirúrgico.

Resultados: Del total de 9 tumores extirpados, 7 de ellos correspondieron a carcinomas basocelulares (78%), un carcinoma epidermoide y una queratosis actínica hipertrófica. Todos los pacientes pertenecían al sexo femenino y las edades 88, 85 y 93 años, respectivamente. Las ubicaciones más frecuentes fueron la pared lateral nasal 45%, ala nasal 33% y punta nasal 22%. En la primera paciente se reparó el defecto de la tumoración de punta y lateral nasal con un colgajo doble de Burow y ampliación con colgajo glabellar, el tercer tumor se reconstruyó con un colgajo de trasposición de mejilla. En la segunda se realizó un colgajo por pedículo subcutáneo para la reconstrucción del lateral nasal, colgajo de trasposición de mejilla para defecto en ala nasal y cierre directo para la punta nasal. En la tercera se realizó un colgajo por pedículo subcutáneo para la reconstrucción del lateral izquierdo nasal, colgajo glabellar para lateral derecho nasal y rebando más electrocoagulación de lesión queratósica en ala nasal. En todos los pacientes se obtuvieron bordes libres y buenos resultados cosméticos y funcionales.

Conclusiones: El cáncer cutáneo nasal supone un reto quirúrgico, especialmente cuando coexisten varias lesiones en dicha localización, debido a las características anatómicas, cosméticas y funcionales. Disponemos de numerosas opciones quirúrgicas en función del tamaño y la localización de los tumores, y es preciso agudizar el ingenio para diseñar la mejor alternativa.

26. PLANTILLAS DE POLIPROPILENO PARA LA REPRODUCCIÓN DIFERIDA DE LA DELIMITACIÓN HECHA MEDIANTE MICROSCOPIA CONFOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS

R. Pigem, A. Bennassar, B. Alejo, S. Puig y J. Malvehy

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. Universitat de Barcelona. España.

Introducción: La microscopia confocal de reflectancia (MCR) es útil para la delimitación de los márgenes quirúrgicos en el lentigo maligno. En nuestro centro la exploración prequirúrgica con MCR para delimitar los márgenes y la cirugía del lentigo maligno se realizan en días diferentes por motivos logísticos. El objetivo es describir la utilización de plantillas de polipropileno (PP) diseñadas para reproducir de una forma sistemática la delimitación que se realiza de la lesión mediante MCR (mapeo) el día de la cirugía.

Material y métodos: Estudio prospectivo, inclusión de los pacientes con diagnóstico histopatológico de lentigo maligno de mayo-septiembre de 2015. Se realiza una exploración mediante MCR para delimitar los márgenes subclínicos de la lesión y se diseña una plantilla de PP para definir los márgenes quirúrgicos. El día de la ciru-

gía, con la plantilla personalizada se reproducen de forma diferida los márgenes que se identificaron mediante MCR. Se comparan con los márgenes identificados mediante MCR con los que recomiendan las principales guías clínicas. Se comprueba la afectación de los márgenes mediante histopatología.

Resultados: Se confeccionó un total de 8 plantillas de PP. En el 50% de los casos la exploración mediante MCR previa a la cirugía modificó los márgenes que se habrían realizado siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas actuales. En un caso se evidenció afectación de los márgenes quirúrgicos mediante el estudio histopatológico.

Discusión y conclusiones: Se trata de una herramienta útil para reproducir la delimitación de los márgenes de una lesión cutánea en la que se haya hecho previamente un mapeo con MCR. Creemos que la utilización de plantillas de PP con esta finalidad resulta un método fiable y fácil para reproducir las exploraciones que se realizan prequirúrgicamente para delimitar la extensión subclínica de lesiones mal definidas.

27. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN REGIÓN PREAURICULAR MEDIANTE COLGAJO DE AVANCE CON SEMILUNA DE DESCARGA RETROAURICULAR

A. de Dios Velázquez, A. Romo Melgar, V. Beteta Gorriti, C. Román Curto y E. Fernández López

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

Introducción: El colgajo de avance semilunar fue primeramente descrito por Webster en 1944 y posteriormente popularizado por Jackson en 1985 para la reconstrucción de defectos de la zona perialar y surco nasogeniano. Asimismo, se ha utilizado en la reparación de defectos del labio superior e inferior, siendo actualmente su empleo generalizado. Conceptualmente es una modificación de un triángulo de descarga en forma de media luna que permite desplazar un colgajo de avance adaptándose a la morfología curvilínea de relieves y surcos anatómicos como el del ala nasal. La región preauricular es un lugar de frecuente asiento de cánceres cutáneos; si bien no suele implicar dificultades en la reparación de defectos mediante cierre directo por la laxitud del tejido circundante, en casos de grandes defectos es necesario recurrir a colgajos o injertos.

Material y métodos: Presentamos tres casos en los se empleó un colgajo de avance semilunar extraído de región inframandibular y retroauricular para el cierre de grandes defectos preauriculares, colocando dicha semiluna bajo el pliegue retroauricular. Ninguno de ellos presentó complicaciones.

Discusión: Este tipo de colgajo presenta como ventajas la buena vascularización y el disimulo de incisiones en fronteras anatómicas. Además evita las cicatrices verticales en el cuello y el efecto trampilla al prescindir de elementos curvados pronunciados como en la plastia bilobulada. Durante el procedimiento se ha de tener presente no dañar estructuras subyacentes como la glándula parótida, ramas del nervio facial, así como la vena yugular externa. En varones hay que considerar la posibilidad de dejar una zona desprovista de barba en la zona del colgajo y de mantener fuera de la plastia la línea de piel glabra preauricular.

Conclusiones: Aportamos una forma novedosa y técnicamente sencilla de aplicación del colgajo de avance semilunar en la región preauricular con resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

28. COLGAJO DE ROTACIÓN DE KARAPANDZIC UNILATERAL ASOCIADO A COLGAJO DE AVANCE PERIMENTONIANO PARA RECONSTRUCCIÓN DEL LABIO INFERIOR

F.A. Alcántara Nicolás, V. Melgar Molero, E. Jiménez Blázquez, A. Martín Fuentes y E. de Eusebio Murillo

Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Caso clínico: Paciente de 82 años que fue remitida a nuestra consulta por lesión en labio inferior de 3 meses de evolución con crecimiento progresivo. A la exploración presentaba un nódulo de 3 x 2 cm, con centro costroso, con infiltración y aumento de consistencia a la palpación. La biopsia fue compatible con carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se realizó TC cervical donde solo se apreciaban adenopatías cervicales inespecíficas. Se extirpó la lesión con márgenes de seguridad de 6 mm, incluyendo todo el espesor del labio, quedando un defecto rectangular de aproximadamente 2/3 de la longitud labial. Se realizó la reconstrucción mediante un colgajo de Karapandzic, pero sólo del lado derecho, empleando en el izquierdo un colgajo de avance perimentoniano con escisión semilunar. Se suturó por planos: mucoso y muscular con sutura reabsorbible (vycril) de 4/0, y piel con seda 5/0. A los 6 meses no presentaba signos clínicos de recidiva, junto con un buen resultado estético y muy buena funcionalidad del esfínter oral.

Discusión: El colgajo de rotación de Karapandzic es útil para la reconstrucción de defectos de labio inferior de hasta 3/4 partes. Su diseño consta de una línea que continúa por el surco mentolabial hasta alcanzar los surcos nasolabiales, siguiendo su contorno llegando hasta el triángulo nasolabial si fuese necesario. Los colgajos se escinden hasta los ángulos comisurales, donde ya no se secciona más mucosa, sino que realiza una disección roma por el plano submucoso para respetar el aporte neurovascular. Presenta unos resultados estéticos y funcionales bastante satisfactorios, aunque siempre queda una microstomía.

Conclusiones: Presentamos la asociación de un colgajo de Karapandzic unilateral con un colgajo perimentoniano con escisión semilunar, lo que permite una menor distorsión de la anatomía labial que con el colgajo de Karapandzic clásico bilateral, y por tanto unos mejores resultados funcionales y estéticos del esfínter oral.

29. GANGLIOS LINFÁTICOS PIGMENTADOS: TATUAJES EN MELANOMA

G. Blasco Morente, I. Pérez López, A. Martínez López, A.M. Bueno-Rodríguez y J.M. Latorre Fuentes

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. España.

Introducción: Los beneficios de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el tratamiento del melanoma son controvertidos; sin embargo, puede ser beneficiosa en algunos pacientes. Se presenta un paciente con melanoma y ganglios linfáticos pigmentados negros en BSGC debido a sus tatuajes.

Caso clínico: Un hombre de 26 años de edad con múltiples tatuajes diagnosticado de melanoma de extensión superficial con el crecimiento vertical sobre nevus melanocítico congénito de 0,93 mm de espesor de Breslow y 3 mitosis por mm² fue sometido a BSGC. Se extirparon tres ganglios linfáticos centinelas negros agrandados altamente sugestivos de metástasis de melanoma. Sin embargo, el análisis histológico e inmunohistoquímico excluyó diseminación metastásica. La pigmentación de los ganglios linfáticos se debió a los tatuajes decorativos. En respuesta a las demandas del estilo y la moda, el número de tatuajes decorativos ha ido en aumento en todo el mundo en los últimos años, asociándose con la aparición de infecciones oportunistas, tumores y reacciones disímunes. Además, existen unos pocos casos descritos en la literatura del depósito de pigmento del tatuaje en los ganglios linfáticos centinela de pacientes con melanoma, lo cual representa un reto clínico. La historia natural de los tatuajes está bien documentada. Las partículas de tinta se encuentran inicialmente en grandes fagosomas dentro del citoplasma de los queratinocitos y células fagocíticas. A los 2 meses-40 años, las partículas de tinta solo se encuentran en los fibroblastos dérmicos. Ocasionalmente el pigmento puede migrar a los ganglios linfáticos

regionales a través de los vasos linfáticos, imitando enfermedad del melanoma. Por lo tanto, los ganglios linfáticos pigmentados deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial y la documentación de los tatuajes decorativos es importante en el diagnóstico del melanoma, así como durante el seguimiento de los pacientes para evitar realizar linfadenectomías radicales ante casos como este.

30. DECORTICACIÓN DEL PENE EN CARCINOMAS EPIDERMÓIDES

J.P. Devesa Ivorra^a, M. Soriano Hernández^a, A. Jaén Larriue^a y M. Ortiz Gorraiz^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Urología. Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España.

Presentamos tres casos de carcinoma epidermoide de pene con mala respuesta previa a tratamiento tópico con imiquimod. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante decorticación del glande y reconstrucción del mismo con injerto cutáneo, con buen resultado estético y funcional.

31. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ECTROPION POSQUIRÚRGICO. DESHACIENDO EL ENTUERTO

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

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

Introducción: Una de las posibles complicaciones postquirúrgicas de la cirugía dermatológica en la zona próxima al párpado, es el ectropion. Puede condicionar epífora, exposición corneal, úlcera, opacidad corneal y disminución de la agudeza visual, por lo que suele ser conveniente tratarlo.

Caso clínico: Mujer de 87 años afecta de léntigo maligno en mejilla izquierda de gran tamaño. Tras exéresis de la lesión con 5 mm de margen, se reparó el defecto creado con un doble colgajo de rotación y avance inferior de mejilla. En los meses siguientes desarrolló un ectropion cicatricial de párpado inferior izquierdo que producía epífora. Fué corregido quirúrgicamente mediante un injerto de piel total obtenido de la zona postauricular izquierda. La intervención se produjo sin complicaciones y el resultado de la misma fue satisfactorio para el equipo y el paciente.

Discusión: Clásicamente la corrección del ectropion cicatricial se lleva a cabo mediante técnicas quirúrgicas. Pueden realizarse plásticas de avance o injertos en función del déficit de piel. En el caso de los injertos son preferibles los injertos de piel total. Son puntos clave de una buena técnica, la retirada de todo el tejido cicatricial y la buena fijación del injerto. Existen alternativas terapéuticas mínimamente invasivas para corregir el ectropion como la inyección de ácido hialurónico o grasa autóloga con resultados variables.

Conclusiones: En el tratamiento quirúrgico de las lesiones tumorales cutáneas en la zona infrapalpebral se debe intentar evitar el ectropion realizando técnicas quirúrgicas adecuadas. En caso de producirse esta complicación, es importante ser capaces de repararlo para remitir la sintomatología y obtener un buen resultado estético.

32. COLGAJO DE AVANCE BILATERAL MODIFICADO "EN ABRAZO". SERIE DE CASOS

G. Nieto Gonzalez^a, C.J. Finnigan^a y J.C. Santos Durán^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Introducción: El colgajo de avance es una técnica habitualmente utilizada en reparaciones quirúrgica de la frente, realizando dos

incisiones paralelas al defecto y perpendiculares a las líneas de tensión que deslizaremos sobre el tejido celular subcutáneo para cubrir el defecto, siendo a menudo necesario realizar este colgajo de manera bilateral para completar la reparación.

Material y métodos: Presentamos una serie de cuatro casos en la que exponemos una modificación del citado colgajo propuesta por Marwali Harahap, consistente en la combinación de un colgajo de avance bilateral con una transposición de la parte distal de los colgajos, en la que uno de los colgajos abraza la parte distal del otro. **Resultados:** Los postoperatorios transcurrieron sin complicaciones, los resultados oncológicos y estéticos fueron altamente satisfactorios.

Discusión: Se trata de un colgajo que introduce tres ventajas principales al colgajo clásico; menor desplazamiento de tejido al combinar el avance con la transposición de los extremos distales de los colgajos, generando a su vez una menor tensión y por lo tanto mayor supervivencia del colgajo y por último un mejor aprovechamiento del tejido perilesional en caso de defectos circulares. Por el contrario, debemos tener en cuenta que se trata de un colgajo que debemos reservar para ciertas áreas de la cara, ya que requiere una rica vascularización y que presenta cuatro zonas distales en pico, por lo tanto más delicadas.

Conclusiones: Presentamos una serie de casos de un colgajo clásico modificado que creemos aporta ventajas destacables tanto en resultados como en ejecución. Ideal para defectos de la frente y las sienes.

33. COLGAJO DE AVANCE EN ISLA V-Y TRIANGULAR DE MUCOSA LABIAL PARA PEQUEÑOS DEFECTOS DE LABIO INFERIOR

J.G. Álvarez Fernández, L. Ascanio Armada, X. Rodríguez Vázquez, E. Gómez de la Fuente y R. Miñano Medrano

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: En algunas lesiones malignas localizadas en el labio, preferentemente de pequeño tamaño y no invasivas, podemos optar por una técnica quirúrgica distinta a las habituales (V-bloque), "menos agresiva" quirúrgicamente y de excelente resultado cosmético.

Material y métodos: Presentamos 3 pacientes (dos varones y una mujer) con diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide en labio inferior. Los tres casos se correspondían con lesiones de pequeño tamaño, menor de 1 cm. Se planteó tratamiento quirúrgico con extirpación en V-bloque versus colgajo de avance en isla V-Y, eligiendo esta última técnica: se procedió primero a extirpación de la lesión, diseñando posteriormente un colgajo de avance en isla en la mucosa intraoral del labio inferior, con vértice dirigido al surco ginigivolabial. El cierre, tras avance del colgajo, "diseña" una Y invertida.

Resultados: En los tres casos se confirmó la extirpación completa del carcinoma epidermoide, con resultado cosmético excelente. No ha habido recidiva de lesión posterior tras, al menos, 18 meses de seguimiento.

Discusión: La extirpación de lesiones malignas en el labio inferior debe buscar cómo primer objetivo la extirpación y curación de la lesión; pero no debemos olvidar que estamos ante una estructura anatómica clave tanto en el plano funcional como en el plano estético y morfológico facial. Ante lesiones malignas incipientes o microinvasivas, sin afectación del plano muscular subyacente, podemos optar por una técnica sencilla, de excelente resultado estético, y que no altera la morfología ni la funcionalidad de la estructura labial, al no disminuir la longitud del labio ni "invadir" quirúrgicamente el músculo orbicular oris.

Conclusiones: Consideramos esta técnica de elección para lesiones de pequeño tamaño localizadas en el labio inferior, tanto benignas como malignas (de carácter no invasivo o microinvasivo).

34. UTILIZACIÓN DE INJERTO DE PIEL TOTAL OBTENIDO DE LA ZONA DEL GANGLIO CENTINELA EN LA CIRUGÍA DEL MELANOMA

A. López Gómez, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, M. Dorado Fernández y E. García Martínez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción: Presentamos un caso que muestra la utilidad de la obtención de un injerto de piel total (IPT) de la piel de la región del ganglio centinela en la cirugía de un melanoma localizado en la pierna.

Caso clínico: Varón de 65 años derivado por lesión pretibial derecha de años de evolución, de la que se realizó biopsia excisional con diagnóstico de melanoma de extensión superficial (Breslow 1,45 mm, Clark IV). Tras descartar enfermedad sistémica, en un mismo tiempo, se realizó rescisión de la cicatriz del melanoma con 2 cm de margen y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) inguinal, previamente localizado mediante linfogammagrafía. Para reconstruir el defecto de la ampliación utilizamos un IPT obtenido de la piel suprayacente al ganglio centinela. El defecto remanente en la zona dadora constituyó la vía de abordaje para la realización de la BSGC. Posteriormente, esta zona se cerró por planos y el injerto fue rebajado y colocado en la zona receptora. Se retiraron los puntos de sutura de fijación del injerto a los 7 días y los de la zona de la BSGC a los 10 días, con buena evolución de ambas heridas. El resultado de los dos ganglios obtenidos mediante BSGC fue negativo y el paciente no ha presentado recidiva local ni evidencia de metástasis tras 5 meses de seguimiento.

Conclusiones: La necesidad de conseguir unos márgenes quirúrgicos adecuados en el tratamiento del melanoma conlleva que en algunas zonas no sea posible realizar un cierre directo del defecto. Este puede realizarse utilizando un IPT obtenido de la región de drenaje en los casos en los que se realiza BSGC, pudiendo cerrar esta zona por planos fácilmente, lo que evita una tercera herida quirúrgica para obtener el injerto, sin que parezca que disminuya la supervivencia ni que aumenten las recidivas locales.

35. COLGAJO TARSO-CONJUNTIVAL DE HUGUES. RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR

J.P. Devesa Ivorra^a, M. Soriano Hernández^a, A. Jaen Larriue^a y J.J. Mondéjar García^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oftalmología. Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España.

Presentamos el caso de un paciente con carcinoma basocelular que afecta canthus externo, párpado inferior y ala nasal derecha con importante ectropion. Bajo sedación y anestesia local se realizó extirpación de la lesión que incluyó la mitad del tarso. Para su reconstrucción se empleó un colgajo tarsoconjuntival que se complementó con otro de periostio en el canthus externo. Para el cierre cutáneo se combinó un colgajo de rotación y otro en isla.

36. IMPLANTE DE PESTAÑAS PARA EL MANEJO DE MADAROSIS TRAUMÁTICA DE PÁRPADO SUPERIOR E INFERIOR

F. Alarcón Soldevilla, R. Ángeles Figueroa y A. López Ávila

Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción: Reconstruir los bordes palpebrales es un reto debido a las características específicas de las pestañas que los conforman, como su dirección paralela, su limitada longitud, la corta distancia entre ellas y sobre todo su velocidad de crecimiento, que es más lenta que la de los pelos de otras localizaciones. Hasta el momento

se han propuesto varias técnicas, no existiendo un procedimiento estándar.

Caso clínico: Paciente que sufre una madarosis traumática tanto de pestañas del párpado superior como inferior; la técnica que proponemos para la reconstrucción del borde palpebral superior es la colocación de un injerto-tira obtenido de la ceja contralateral en un bolsillo creado en el párpado superior que ofrece un rico suministro sanguíneo que asegura la supervivencia de este injerto-tira que, a su vez, presenta propiedades similares a los pelos de la pestañas; la utilizamos en un paciente varón de 41 años sin antecedentes clínicos relevantes, y para la madarosis del párpado inferior, dadas sus características distintas, lo que proponemos es el injerto de uno en uno de unidades foliculares seleccionadas de un solo folículo piloso obtenidas a partir del dorso de la mano del paciente mediante la técnica del FUE. Los resultados obtenidos demostraron que se trata de una técnica segura con un aceptable resultado estético y funcional.

37. CAMBIOS DERMATOSCÓPICOS EN NEVUS TRAS DEPILACIÓN CON FUENTES DE LUZ

A. Pérez Bustillo^a, E. Samaniego González^a, H.A. Cocunubo Blanco^a, A. González Morán^b y M.A. Rodríguez Prieto^a

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

Introducción: En los últimos años la depilación definitiva con fuentes de luz se ha incrementado. Los cambios que estas provocan en los nevus y su repercusión en el seguimiento de pacientes con síndrome de nevus displásico no están claros.

Material y métodos: Presentamos una serie de pacientes en seguimiento en dermatoscopia digital con cambios dermatoscópicos en los nevus melanocíticos tras depilación con láser.

Resultados: En las primeras semanas tras la sesión de láser observamos la presencia de manchas homogéneas marrón oscuro de formas espiculadas o poligonales de número y tamaño variable. A medio y largo plazo observamos dos patrones evolutivos diferentes: 1) hipopigmentación global o parcial sin pérdida del patrón previo, con repigmentación ocasional de la lesión, y 2) patrón de regresión clásico en forma de puntos grises azulados.

Discusión: El hallazgo de las manchas homogéneas marrones se ha descrito en el tratamiento cosmético con láser de lesiones pigmentadas superficiales y en nevus expuestos a láser de depilación. Corresponde histológicamente a microcostras, compuestas por melanosomas con detritus celulares. La presencia de estas microcostras, característicamente con forma espiculada o poligonal, no se ha asociado a regresión espontánea de lesiones melanocíticas, ya que se produce exclusivamente por el daño derivado del láser. A largo plazo, en la mayoría de los nevus observamos una hipopigmentación parcial, que en algunos casos permite la repigmentación posterior ya que el láser no destruye la totalidad de las células névicas.

Conclusiones: En el seguimiento de pacientes en dermatoscopia digital la presencia de manchas espiculadas o poligonales es patognomónica de tratamiento previo con láser. Sin embargo, debido a su carácter temporal, es posible que solo observemos hipopigmentación o regresión parcial del nevus. Nuestra recomendación es que cuando se observen en varios nevus estos cambios se confirme el antecedente de tratamiento con láser de depilación para evitar exéresis innecesarias.

38. LÁSER VASCULAR EN CONECTIVOPATÍAS

S. Burillo Martínez, M. Prieto Barrios, V. Velasco Tamariz, F. Tous Romero y S. López Gómez

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

Introducción: A pesar de existir limitada evidencia científica al respecto, las telangiectasias asociadas a conectivopatías, entre las que destaca la esclerodermia sistémica, se consideran relativamente resistentes al tratamiento con láser vascular. Por tanto, nuestro objetivo es analizar la eficacia del láser de colorante pulsado (PDL), específicamente en telangiectasias secundarias a esclerodermia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con esclerodermia y telangiectasias faciales tratadas mediante PDL en nuestra Unidad de Láser durante junio de 2013 y enero de 2015. Los parámetros utilizados fueron: longitud de onda 585 nm, pulso 0,5 ms, fluencia 7-8,5 J/cm², spot 7 mm.

Resultados: Se identificaron 23 pacientes. Todos mujeres, fototipo II-IV y media de edad de 49 años (rango 31-70). En todos los casos la respuesta fue excelente, logrando el aclaramiento completo en 10 casos. El número medio de sesiones requeridas para alcanzar el aclaramiento fue de 3 (rango 1-7). En 2 casos la mejoría no se mantuvo en la visita de seguimiento a los 6 meses.

Discusión: El mayor número de sesiones de PDL requeridas para alcanzar el aclaramiento de las telangiectasias asociadas a esclerodermia, comparado al manejo usual de las telangiectasias esporádicas (generalmente una única sesión requerida), sugiere que las telangiectasias secundarias a esclerodermia son más resistentes al PDL, pero pueden ser eficazmente aclaradas con un mayor número de sesiones. Aunque la causa de esta diferente respuesta se desconoce, se han identificado diferencias estructurales como paredes vasculares más gruesas en las telangiectasias por esclerodermia. Además, como las telangiectasias son un rasgo inherente en el proceso esclerodermiforme, formación de nuevas lesiones y mayores tasas de recurrencia son esperables.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie de casos apoyan que las telangiectasias secundarias a esclerodermia sistémica, pese a ser más resistentes y recurrentes comparadas con las esporádicas, pueden ser eficazmente tratadas con PDL.

39. EXPERIENCIA CON METIL-AMINO-LEVULÍNICO Y LUZ DE DÍA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS MODERADAS-SEVERAS

J. Barrio Garde y M. Fernández Guarino

Sección de Dermatología. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Introducción: La terapia fotodinámica tanto con lámpara como con luz de día en queratosis actínicas leves (grado I) es un tratamiento bien contrastado con una eficacia con un nivel de evidencia IA. Esta eficacia nos ha animado a utilizar esta técnica con luz de día en pacientes con queratosis actínicas múltiples incluyendo algunas moderadas-severas (grados II y III) en los que la lámpara les causaba excesivo dolor y la crioterapia o los nuevos tratamientos tópicos no les resultaban efectivos.

Material y métodos: Un total de 10 pacientes fueron enrolados para este estudio piloto. Todos presentaban queratosis actínicas leves, moderadas y severas en un campo extenso. Se empleó metil-amino-levulínico (MAL) para la terapia fotodinámica según la técnica habitual: fotoprotección química salvo para luz visible 15 minutos, curetaje, MAL, exposición a luz visible (sombra) al menos durante dos horas y retirada del fotosensibilizante. En todos los pacientes se repitió el proceso antes de un mes.

Resultados: Los resultados preliminares ofrecen buenos resultados de campo en la mayoría de los pacientes si bien las lesiones más severas requieren mayor número de sesiones o bien el refuerzo con otras técnicas como la crioterapia o la cirugía en lesiones puntuales. La comodidad del tratamiento hace que sea el preferido por todos los pacientes que lo probaron.

Conclusiones: La terapia fotodinámica con luz de día es un tratamiento cómodo y seguro que permite su empleo en nuevas indicaciones como las queratosis actínicas moderadas y severas, sola o en combinación con otros tratamientos. No obstante, hacen falta más estudios que confirmen estos resultados preliminares.