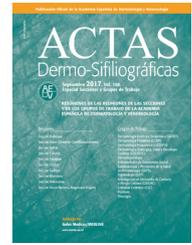




# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### XXVIII Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET)

Santiago de Compostela, 25 y 26 de noviembre de 2016

#### Ponencias

##### 1. ¿PODEMOS REPIGMENTAR EL VITÍLIGO?

E. Tévar Valiente y R. Ruiz Rodríguez

*Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.*

Son muchos los dermatólogos que ante un caso de vitiligo lo primero que hacen es “desanimar” al paciente. Le explican que no tiene cura, le pautan un tratamiento tópico y le mandan a su casa, con muy pocas esperanzas. ¿Es realmente así? ¿Es ésta la actitud correcta ante una patología que puede llegar a afectar de forma importante a la calidad de vida de nuestros pacientes? El vitiligo es una enfermedad difícil de tratar. No tenemos una cura definitiva, pero sí diversas opciones de tratamiento para repigmentar las manchas. Lo que ocurre es que estos tratamientos son muy lentos y no resultan siempre eficaces. Los últimos estudios nos muestran que los mejores resultados se obtienen con las terapias combinadas. Según el European Dermatology Forum, con fototerapia en forma de UVB de banda estrecha o de láser excimer, junto con corticoides o inmunomoduladores tópicos. El Japanese Task Force recomienda UVB de banda estrecha o fotoquimioterapia con UVA, junto a corticoides tópicos o análogos de la vitamina D. Las técnicas quirúrgicas en casos seleccionados se acompañan también de buenos resultados. En casos no respondedores, o teniendo en cuenta que la respuesta al tratamiento suele ser lenta, es de utilidad enseñar a nuestros pacientes técnicas de camuflaje de las lesiones fundamentalmente mediante autobroncedores o maquillajes más cubrientes de lo habitual.

##### 2. MANEJO DE LAS REACCIONES INFLAMATORIAS FRENTE A LAS TINTAS DE LOS TATUAJES

D. Muñoz Borrás

*Clínica de Dermatología del Dr. Donis Muñoz. Gandía. Valencia. España.*

**Consideraciones previas:** Desde 1976, los metales pesados como el mercurio están prohibidos, por lo que vincularlo hoy en día con las reacciones inflamatorias, frente a la tinta roja, carece de relevancia.

Actualmente, el 80% de los pigmentos son compuestos azoicos y policíclicos, que ofrecen colores más brillantes, estables y duraderos que los de antaño. Otros pigmentos metálicos, tales como el óxido férrico, el dióxido de titanio o el óxido de zinc, han quedado relegados a los tatuajes cosméticos por micropigmentación. Las reacciones inflamatorias en las tintas se producen frente a productos de degradación generados por cualquiera de los ingredientes que componen las tintas: los propios pigmentos; los ingredientes auxiliares como el vehículo, los conservantes, aglutinantes, espesantes, etc.; o las impurezas generadas en el proceso de fabricación de las tintas. Estos subproductos de degradación dañinos, no se suelen encontrar en la tinta primaria original y se generarían por un proceso de haptización de origen multifactorial en el que podrían intervenir las radiaciones UV, la permanente interacción de la tinta con los fluidos corporales o la predisposición genética del paciente.

**Consideraciones clínicas:** Las reacciones inflamatorias frente a la tinta de los tatuajes pueden presentar un período de latencia de semanas, meses o años, pudiendo adoptar formas clínicas muy diversas: hiperqueratóticas, nodulares, en placas, exudativas, ulcero-necróticas, etc. Se ha constatado que un 80% de casos, asientan sobre las tintas rojas y que mayoritariamente estos se localizan sobre los tatuajes situados en las extremidades, posiblemente por su mayor exposición a las radiaciones UV. Algunas reacciones inflamatorias que aparecen sobre los tatuajes como psoriasis, liquen plano, vitiligo o incluso los mismos granulomas sarcoideos se deben al fenómeno isomorfo de Koebner, mientras que otras corresponden a reacciones a cuerpo extraño y sólo un pequeño número de ellas son verdaderas dermatitis de contacto alérgica (DCA). Al presentar clínicamente patrones similares, el diagnóstico de certeza es difícil y se basa en la propia evolución del paciente y en las pruebas diagnósticas a pesar de que no siempre son concluyentes. En las verdaderas DCA, una vez se desencadena la reacción, ésta es constante, persistente, crónica y refractaria a los tratamientos, de modo que hasta que no se haya eliminado la totalidad del pigmento o del alérgeno responsable presente en la tinta, no cesará. Así mismo, las DCA generan reacciones a distancia sobre tintas del mismo color situadas en otros tatuajes previos del paciente y que habían sido perfectamente tolerados hasta ese momento. Especial interés poseen los granulomas sarcoideos. Éstos, pueden afectar selectivamente a un color o a todos los colores, cuando se trata de tatuajes

policromados y a diferencia de otras patologías inflamatorias, los granulomas sarcoideos no tienen una especial predilección por el color rojo, pudiendo asentar indistintamente sobre cualquier color. El hecho de que en los tatuajes cosméticos por micropigmentación se empleen sales metálicas con escasa potencialidad alérgica, a la vez que usen frascos de tinta individuales y estériles, disminuye la posibilidad de provocar una DCA o una infección por la tinta. Es por lo que cuando estos tatuajes desarrollan una reacción inflamatoria, la posibilidad de que se trate de un granuloma sarcoideo es mucho mayor. Las uveítis asociadas a reacciones inflamatorias sobre las tintas de los tatuajes han sido descritas, tanto asociadas a granulomas sarcoideos como a las demás patologías inflamatorias.

**Pruebas diagnósticas:** El diagnóstico de la DCA no es sencillo, dado que las lesiones cutáneas que encontramos, no son específicas y los hallazgos histológicos no son característicos. Así mismo, las pruebas epicutáneas son irrelevantes y poco rentables, ya que a pesar de que las unidades de alergia que las realizan emplean la batería estándar + la batería para metales + la de colorantes textiles, éstas aportan resultados negativos o inconsistentes. Incluso, cuando se dispone de la tinta original empleada por el tatuador, los resultados también son negativos, por lo que se sospecha que el alérgeno se generaría a través de un proceso de haptización por degradación de los componentes primarios de la tinta. En todas las reacciones inflamatorias que asientan sobre los tatuajes, ya en la primera visita, resulta imprescindible realizar una BIOPSIA que, a pesar de no aportar siempre resultados concluyentes, nos puede ofrecer información relevante: reacciones granulomatosas, pseudolinfomatosas, liquenoides, fibrosantes, tumorales o infecciosas. Ante la presencia de un granuloma sarcoideo, siempre habrá que descartar una sarcoidosis sistémica y para ello se recomienda pedir: una Rx de tórax o mejor un TAC, pruebas de función pulmonar, ECG, tuberculina o interferón-gamma, examen oftalmológico, hemograma, bioquímica y ECA (enzima convertidora de angiotensina). Un granuloma sarcoideo en un tatuaje puede ser la primera y única manifestación de una sarcoidosis sistémica no detectada.

**Evolución:** La evolución es imprevisible, y en ocasiones desconcertante dependiendo de la causa que lo genere, siendo frecuentes las recurrencias. En las verdaderas DCA, mientras perdure el alérgeno, persistirá la reacción adversa. Otras veces, las reacciones a cuerpo extraño pueden curar espontáneamente, incluso respetando el color, en el supuesto de que el pigmento no haya sido el causante. Tampoco es excepcional que a través del rascado mantenido y/o la exudación generada durante varios meses acabe propiciando la eliminación transepidermica del pigmento hasta su total desaparición y consecuentemente la curación definitiva del proceso.

**Opciones terapéuticas:** Con una evolución tan imprevisible, resulta difícil valorar la eficacia real de cada una de las opciones terapéuticas. Se postulan diversos tratamientos siendo los más empleados los siguientes:

- a. **Corticoides tópicos potentes:** Iniciar el tratamiento con Clobetasol crema en cura oclusiva y posteriormente, cuando se alcance el aplanamiento de la lesión pasar a cura abierta. Tras períodos de remisión, ocasionalmente pueden darse recidivas.
- b. **Inhibidores de la calcineurina:** Pimecrolimus o Tacrolimus 0,1%, dos aplicaciones al día/2 meses. En ocasiones, inicialmente en combinación con Clobetasol crema.
- c. **Corticoides intralesionales:** Infiltración de las lesiones mensualmente con Acetónido de triancinolona y Betametasona, a distintas concentraciones.
- d. **Tratamientos sistémicos:** Entre los más empleados, el Alopurinol (300-600 mg/día /2 meses) y la Hidroxicloroquina (200 mg/día/2 meses).
- e. **Tratamientos quirúrgicos:** La extirpación sólo es útil en pequeños tatuajes especialmente situados en pliegues. También, se han obtenido buenos resultados en tatuajes de mayor tamaño empleando el dermatomo, siempre que este abarque la totalidad de la dermis, que es en donde se almacena la tinta. Estas técnicas pueden generar cicatrices hipertróficas.

f. **Tratamiento Láser:** Sin duda se trata de un tema controvertido, ya que a pesar de que se han descrito algunas reacciones alérgicas sistémicas de poca entidad empleando láseres tanto en modo Q-Switched como ablativos (CO<sub>2</sub> y Erbio), lo bien cierto es que cada vez es mayor el número de casos tratados con éxito con estos láseres, sin haber reseñado efectos adversos importantes. Especialmente útil resulta el Láser Q-Switched KTP-532 nm, frente a las reacciones de la tinta roja. No menos interesantes son los láseres ablativos de CO<sub>2</sub> y Erbio:YAG con los que conseguimos alcanzar la dermis, favorecer la eliminación transepidermica del pigmento y obtener la curación definitiva del proceso reactivo inflamatorio en pocas sesiones. De manera preventiva, con cada sesión de láser puede resultar oportuno administrar corticoides sistémicos durante unos días con el fin de minimizar la posibilidad de una reacción inmunológica tipo anafilaxia, urticaria o prurigo, si bien estas son poco frecuentes y de escasa entidad. Durante la ponencia, se muestran varios casos tratados con las distintas opciones.

**Agradecimiento:** La autoría de algunas de las imágenes y casos que presentamos en la ponencia corresponden a compañeros que generosamente las han cedido para el "Tratado sobre los tatuajes, claves para su eliminación con láser". Mi más sincero agradecimiento a todos ellos por permitirme compartirlas.

#### Bibliografía

- Antony FC, Harland CC. Red ink tattoo reactions: Successful treatment with the Q-switched 532 nm Nd:YAG laser. *Br J Dermatol.* 2003;149:94-8.
- Ashinoff R, Levin VJ, Soter NA. Allergic reactions to tattoo pigment after laser treatment. *Dermatol Surg.* 1995;21:291-4.
- De Argila D, Chaves A, Moreno JC. Erbium:Yag laser therapy of lichenoid red tattoo reaction. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:332-3.
- Ibrahimi OA, Syed Z, Sakamoto H, Avram MM, Anderson RR. Treatment of tattoo allergy with ablative fractional resurfacing: A novel paradigm for tattoo removal. *J Am Acad Dermatol.* 2011;4:1111-4.
- González I, Silvestre JF. Reacciones alérgicas frente a las tintas de los tatuajes. En: Muñoz D. Tratado sobre los tatuajes. Claves para su eliminación con láser. Buenos Aires: Journal. 2016. p. 69-78.
- Godinho MM, Aguinaga F, Grynszpan R, Lima VM, Azulay DR, et al. Granulomatous reaction to red tattoo pigment treated with alopurinol. *J Cosmet Dermatol.* 2015;14:v 241-5.
- Muñoz D. Vías de eliminación de la tinta tras el láser. En: Muñoz D. Tratado sobre los tatuajes. Claves para su eliminación con láser. Buenos Aires: Journal. 2016. p. 131-9.
- Patrizi A, Raone B, Savoia F, Bacci F, Pileri A, Gurioli C, Neri I. Tattoo-associated pseudolymphomatous reaction and its successful treatment with hydroxychloroquine. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:327-8. doi: 10.2340/00015555-0639.
- Serra E, Rozas E. Reacciones cutáneas adversas frente a los tatuajes. En: Muñoz D. Tratado sobre los tatuajes. Claves para su eliminación con láser. Buenos Aires: Journal. 2016. p. 39-58.
- Zemtsov A, Wilson L. CO<sub>2</sub> laser treatment causes local tattoo allergic reaction to become generalized. *Acta Derm Venereol.* 1997;77:497.

### 3. AFTAS ORALES: TALIDOMIDA

M.M. Otero Rivas

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

Las aftas corresponden a ulceraciones dolorosas de la mucosa no queratinizada, oral y genital. Existen tres formas clínicas: menor, mayor (enfermedad de Sutton, *periaidenitis necrótica recurrens*) y herpetiforme de aftas. Entre sus factores desencadenantes se encuentran síndromes de alergia oral y gastrointestinal, enfermedades hematológicas e inmunodeficiencias, predisposición hereditaria, estrés, trauma y enfermedades sistémicas. Un estudio previo (he-

mograma, perfiles básicos...) y una adecuada exploración dermatológica nos permitirá excluir dichas causas. Se conoce como estomatitis aftosa recurrente o aftosis oral recurrente a los brotes de aftas con períodos sin lesiones entre los brotes y como aftosis compleja a aquella en la que existe una presencia casi constante de  $\geq 3$  aftas orales o aftas genitales y orales recurrentes, con exclusión de enfermedad de Behçet. El tratamiento de estas entidades se basa en medidas tópicas y fármacos sistémicos. Entre las medidas tópicas se pueden emplear corticoides tópicos, anestésicos tópicos y enjuagues con diversos tipos de sustancias como tetraciclina o antisépticos. El tratamiento sistémico, debido a sus efectos secundarios, debe reservarse para las formas más severas de aftosis (formación de cicatrices, dolor constante, no respuesta a tratamiento tópico). Entre los distintos fármacos sistémicos utilizados destaca la talidomida, con una eficacia notable y unos efectos secundarios que conviene conocer y monitorizar. La talidomida es un derivado sintético del ácido glutámico que se empleó como antiemético en los años 50 y 60 del siglo pasado. Tras el cese de su comercialización por su relación con malformaciones fetales se ha venido usando como uso compasivo en diversas entidades como eritema nodoso leproso, prurigo nodular, enfermedad de Behçet o aftosis oral. En la aftosis oral se ha empleado a dosis entre 100 y 400 mg/día y posteriormente a dosis de mantenimiento de entre 50-100 mg/día. Es imprescindible una correcta monitorización y seguimiento del paciente a tratamiento con talidomida para evitar en la medida de lo posible sus efectos secundarios. El más conocido y temido es la neuropatía periférica, relacionada con la dosis diaria de fármaco y con mayor incidencia en el primer año de tratamiento.

## Comunicaciones Orales

### CO1. ¿MEJORA LA ELECTROPORACIÓN EL RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS? EXPERIENCIA CON CUADRI G

M. Asín Llorca, E. Garrigós, L. Sánchez, P. Rincón y M.R. Navarro Belmonte

*Cátedra de Dermocosmética. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.*

**Introducción:** La electroporación es una técnica reciente que permite mejorar el paso de los productos hacia el interior del tegumento cutáneo mediante la creación de canales temporales. Diseñamos este estudio a fin de comprobar si los valores que obteníamos en pacientes tratadas con electroporación, más el producto a testar, el producto aislado o electroporación más suero fisiológico suponían cambios sustanciales en los resultados. Se testaron 3 grupos de 5 pacientes realizando en uno de ellos electroporación y cuadro g en ambos lados de la cara; en otro de ellos electroporación y cuadro g en un lado y cuadro g sólo en otro; y en el tercer grupo electroporación más cuadro g en un lado y electroporación más suero fisiológico en otro. En cada visita se valoraba la corneometría, sebumetría, elasticidad y estudio de la imagen por el método visia. **Resultados:** tras 8 sesiones, en dos meses ofrecieron datos significativos que comentamos, concluyendo que la electroporación mejora levemente la aplicación aislada del producto y tiene escasa actividad cuando empleamos suero fisiológico.

### CO2. TRATAMIENTO DE LA DISCROMÍA FACIAL SEVERA: DE LA PESADILLA AL SUEÑO

I. Querol Nasarre, M.P. Cerdá Escar y S. Orradre Bellosó

*Centro Médico Nadermia. Zaragoza. España.*

**Introducción:** La discromía facial es un trastorno dermatológico causante de una importante merma de la calidad de vida, especial-

mente en aquellos casos en los que existen múltiples máculas de distinta tonalidad. Su tratamiento siempre constituye un importante reto terapéutico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 45 años, afectada de vitiligo desde los 12 años, complicada con melasma e hiperpigmentación postinflamatoria moteada, especialmente secundaria a tratamientos previos. En enero de 2015, consultó en nuestro centro, estando claramente desmoralizada y con ánimo depresivo. Se propone tratamiento de despigmentación facial completa combinando Laser Q-switched (LQS) 1064 (Medlite) subtermlítico (spot 3 mms, 2 J/cm<sup>2</sup>) con la aplicación diaria de monobenzona 20%. Tras la primera revisión, a los dos meses de la primera sesión de tratamiento láser, la paciente había mejorado parcialmente de sus máculas hiperpigmentadas, pero refería que la fórmula de monobenzona le resultaba irritante y que en consecuencia habían aparecido nuevos islotes de hiperpigmentación postinflamatoria. En la segunda sesión se practica tratamiento combinado LQS de 1064 (con los mismos parámetros) + LQS 532 nm (spot 3 mms, 1,2 J/cm<sup>2</sup>), seguido de Betametasona (0,05%) crema + y Acido tranexámico oral 500 mgrs/día. A las tres semanas se comprueba gran mejoría, y se indica tratamiento con monobenzona 20% noche, fórmula de Kligman dos noches semana en las zonas de melasma-hiperpigmentación, y crema de Betametasona 0,05% por la mañana a días alternos. Este tratamiento se mantuvo durante 4 meses, (incluido el verano) hasta alcanzar una despigmentación completa de toda la cara.

**Conclusiones:** Se destaca especialmente, como perla terapéutica, la utilidad por su acción sinérgica de la combinación de tratamiento con Laser LQS (1064&532), tratamiento oral con ácido tranexámico y terapéutica tópica, y muy especialmente el papel de la monobenzona con agente despigmentante completo en casos de vitiligo avanzado.

### CO3. MANEJO DE LA NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SIN INMUNOSUPRESIÓN FARMACOLÓGICA

P. Martín Carrasco<sup>a</sup>, P. Gacto Sánchez<sup>b</sup>, J.J. Pereyra Rodríguez<sup>a</sup> y J. Conejo-Mir<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>UGC Dermatología; <sup>b</sup>UGC Cirugía Plástica. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción:** La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una enfermedad mucocutánea caracterizada por la formación de vesículas y despegamiento laminar de la epidermis que conlleva una elevada mortalidad. Más allá de las medidas de soporte, se han propuesto varios fármacos para su tratamiento (corticoides, ciclosporina e inmunoglobulinas intravenosas, entre otros) sin que ninguno haya demostrado un aumento de la supervivencia en estos pacientes. Últimamente, y teniendo en cuenta este hecho, la abstención terapéutica se está postulando como una opción válida de tratamiento en los pacientes con NET.

**Objetivos:** 1) Comunicar nuestra experiencia en el tratamiento de los pacientes con NET empleando en exclusiva medidas generales de soporte y de cuidados de piel y mucosas sin emplear ningún fármaco sistémico para tratar la enfermedad (abstención terapéutica). 2) Proponer un modelo de protocolo para el manejo de la NET basado en la abstención terapéutica, modelo que ya empleamos en nuestro centro.

**Material y métodos:** Recogimos los pacientes con NET tratados en la unidad de cuidados intensivos y en la unidad de quemados de nuestro centro entre Abril y Agosto de 2016. Ninguno de estos pacientes fue tratado con medicación sistémica específica para la NET.

**Resultados:** Incluimos 5 pacientes con diagnóstico de NET (clínica compatible, histología compatible y SCA > 30%), siendo 4 de ellos hombres y 1 una mujer, con una edad media de 47,4 años y una estancia media de 20,4 días en la unidad de quemados. Ninguno de los pacientes de la serie falleció.

**Discusión y conclusiones:** Múltiples tratamientos sistémicos han sido empleados en el tratamiento de la NET sin poder demostrar, ninguno de ellos, un aumento en las tasas de supervivencia de estos pacientes. Presentamos una serie de 5 pacientes con NET en los que no se empleó ningún fármaco sistémico (abstención terapéutica). Ningún paciente de la serie falleció y el tiempo de ingreso resultó similar al descrito con otras alternativas de tratamiento. Aunque es una serie corta y el resultado obtenido es esperable que, en parte, se deba al azar (ya que la mortalidad en NET se sitúa alrededor del 30-40%), estos resultados parecen apoyar que la abstención terapéutica se sitúa como una alternativa válida en el abordaje de la NET, como así lo plantean las últimas guías de manejo de esta enfermedad.

#### CO4. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DESDE LOS INMUNOSUPRESORES CLÁSICOS HASTA EL ETANERCEPT

A.J. Baños Arévalo<sup>a</sup>, P. Martín Cuevas<sup>b</sup>, J.A. Suárez Pérez<sup>b</sup>, E. Herrera Acosta<sup>a,b</sup> y E. Herrera Ceballos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España. <sup>b</sup>Hospital Vithas Xanit Internacional. Benalmádena. Málaga. España.

**Introducción:** El síndrome de Stevens-Johnson/Necrolisis epidérmica tóxica (SSJ/NET) es una reacción mucocutánea grave caracterizada por necrosis epidérmica, mucositis múltiple y alteraciones sistémicas.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 22 años que presenta erupción cutánea generalizada, con aparición de ampollas y afectación de mucosa oral, de una semana de evolución. Los días previos había comenzado tratamiento con ibuprofeno 600 mg. Se ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos y se toma biopsia cutánea. Ante la sospecha de SSJ, se administra etanercept 50 mg subcutánea en dosis única, además de tratamiento de soporte. El estado general de la paciente mejoró rápidamente, cesando la aparición de ampollas y comenzando la reepitelización de las áreas denudadas, que fue completa a los 7 días. Caso 2: mujer de 38 años con antecedentes de Hepatitis autoinmune que tras empezar tratamiento con Deflazacort 60 mg/d comienza con erupción cutánea a modo de pápulas y placas con morfología dianiforme, que forman vesículas y ampollas que se rompen dejando áreas de piel denudada. Se toma biopsia cutánea y ante la sospecha de SSJ se inicia tratamiento con ciclosporina intravenosa a razón de 5 mg/kg/d. La paciente comienza a mejorar progresivamente con reepitelización de las lesiones tras 21 días.

**Discusión:** El SSJ/NET es un cuadro potencialmente mortal, inducido por fármacos en la mayoría de los casos, para el que no existe un tratamiento estándar eficaz. La mayoría de los autores consideran en la actualidad que el SSJ y la NET no son entidades aisladas sino diferentes fases dentro del espectro de la misma enfermedad, diferenciándolas por el porcentaje de superficie cutánea afectada (BSA) por el despegamiento epidérmico (> 30% en la NET). Presentamos dos pacientes con SSJ/NET, tratadas cada una con diferente esquema terapéutico, con buena resolución del cuadro en ambos casos, aunque en un período de tiempo menor en el caso de la paciente tratada con etanercept.

#### CO5. LÁSER DE CO<sub>2</sub> EN QUISTES FOLICULARES PIGMENTADOS MÚLTIPLES DE LA REGIÓN FACIAL

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

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

**Introducción:** La presencia de múltiples lesiones quísticas en la región facial, supone un motivo de consternación y comorbilidad

evidente para el paciente dermatológico. El tratamiento varía atendiendo a su etiología e implica procedimientos que en ocasiones resultan ineficaces.

**Caso clínico:** Varón de 45 años sin antecedentes dermatológicos de interés. Acudió por quistes faciales asintomáticos desde la adolescencia, que han aumentado de tamaño progresivamente. Además, el paciente tenía un único hijo de 21 años con lesiones faciales similares, de 3 años de evolución y menor tamaño. El diagnóstico anatomopatológico en ambos pacientes fue de quistes foliculares pigmentados múltiples. En ambos pacientes se procedió a la exéresis de los quistes empleando el láser de CO<sub>2</sub>. Tras la aplicación del anestésico tópico, se realizó una incisión epidérmica mediante el láser en modo suprapulsado a 1W potencia. A continuación, se empleó una lanceta y sacacomedones para la exéresis completa del quiste. El procedimiento fue bien tolerado por los pacientes.

**Discusión:** Los quistes foliculares pigmentados, son una entidad escasamente conocida y probablemente infradiagnosticada. Hasta el momento no se ha descrito su relación familiar ni su manifestación múltiple en la región facial. El uso de esta técnica terapéutica, permite la exéresis de múltiples lesiones quísticas localizadas en dermis superficial y media, con gran precisión en la incisión, escaso sangrado y buen resultado estético.

#### CO6. DILTIAZEM TÓPICO PARA LA ULCERACIÓN DE ESTRÍAS ASOCIADA A BEVACIZUMAB

R. Cabrera Fuentes<sup>a</sup>, J. Bernabeu Wittel<sup>b</sup>, P. Solano Páez<sup>c</sup>, C. Álvarez del Vayo<sup>d</sup> y J. Conejo-Mir Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Huelva. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología; <sup>c</sup>Servicio de Pediatría; <sup>d</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Introducción:** El bevacizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Una complicación infrecuente del tratamiento es el retraso en la cicatrización de las heridas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 11 años de edad con un astrocitoma irreseccable, con progresión tras 4 líneas de quimioterapia y radioterapia. Finalmente inicia tratamiento con bevacizumab, consiguiendo estabilidad radiológica y control de la sintomatología. Para el control de síntomas el paciente recibe corticoterapia prolongada, desarrollando estrías de distensión. Tras 20 meses de tratamiento desarrolla úlceras que se localizan sobre las estrías de distensión. El paciente fue tratado con diltiazem crema al 2%. La respuesta al tratamiento fue excelente, con cierre de las úlceras sin necesidad de suspender bevacizumab. El paciente presentó una nueva úlcera en el seguimiento que se resolvió al reintroducir diltiazem tópico.

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

### CO7. TRATAMIENTO SECUENCIAL PARA UN CASO DE SARNA RESISTENTE

V. Melgar Molero<sup>a</sup>, A. Martín Fuentes<sup>a</sup>, R. Gil Redondo<sup>a</sup>, E. Martín Alcalde<sup>b</sup> y E. de Eusebio Murillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

**Introducción:** La sarna afecta a 300 millones de personas al año en todo el mundo. En los países industrializados aparece de forma esporádica excepto en personas institucionalizadas o grupos socialmente deprimidos, pero en algunos países en desarrollo es un problema de salud pública.

**Caso clínico:** Varón de 50 años con síndrome de Down que consultó por lesiones pruriginosas generalizadas desde hacía un mes. Presentaba placas de aspecto eccematoso con múltiples excoriaciones por rascado en tronco, cuello y miembros superiores y nódulos en glúteos. Desde el inicio se sospechó una escabiosis pero a lo largo del año de seguimiento se realizaron cuatro exámenes de raspado de escamas que fueron negativos y tres biopsias cutáneas con diagnóstico de eccema. A pesar de ello recibió dos ciclos de permetrina y uno de ivermectina, además de corticoides tópicos y orales, fototerapia y metotrexato de forma consecutiva, siempre con mejorías parciales pero nuevo empeoramiento posterior. Fue la cuarta biopsia cutánea la que confirmó la sospecha inicial de sarna, decidiéndose un tratamiento experimental secuencial con permetrina, ivermectina, vaselina azufrada y aceite del árbol de té, con resolución clínica completa.

**Discusión:** La sarna puede simular otras dermatosis y para su diagnóstico lo principal es la clínica. Disponemos de pocas pruebas complementarias, a pesar de que clásicamente el diagnóstico se hace tras visualizar al microscopio el parásito, sus huevos o sus heces, la sensibilidad del raspado cutáneo es tan baja que su utilidad clínica es cuestionable. Por otro lado la principal causa de refractariedad es la falta de adherencia al tratamiento, bien por efectos secundarios o por mala aplicación, pero también hay cada vez más casos de resistencia a permetrina e ivermectina.

**Conclusiones:** La escabiosis sigue siendo una patología frecuente con creciente resistencia a los fármacos habituales, por lo que es necesario buscar tratamientos alternativos para casos refractarios.

### CO8. EFECTO DE LA MESOTERAPIA CON UN COMBINADO DE POLINUCLEÓTIDOS, DMAE Y ÁCIDO HIALURÓNICO NO RETICULADO EN LA HIDRATACIÓN, FIRMEZA Y ELASTICIDAD FACIAL

L. Bou Camps<sup>a</sup> y M. Asín Llorca<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Clínica Dra. L. Bou. Barcelona. <sup>b</sup>Cátedra de Dermocosmética. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

**Introducción:** En envejecimiento facial presenta como signos más característicos la pérdida de hidratación, aumento de flacidez y pérdida de firmeza que produce la aparición de arrugas.

**Objetivos:** Evaluar seguridad y eficacia de dos combinaciones de productos aplicadas mediante mesoterapia.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio 20 mujeres de raza caucásica con edades comprendidas entre los 41 y 69 años y una valoración en la escala de Glogau igual o superior a 2. Se dividieron en dos subgrupos de 10. Subgrupo A. Predominaban los signos de deshidratación y pérdida de elasticidad. Subgrupo B. Predominaba el aumento de flacidez. Para el tratamiento se utilizaron dos cócteles, el primero (subgrupo A) a base de silicio orgánico y hialuronato de sodio a una concentración de 9,5 mg/ml y el segundo cóctel (subgrupo B) a base de polinucleótidos, dimetilaminoetanol y hialuronato de sodio a una concentración de 2,5 mg/ml. El tratamiento se aplicó en cinco sesiones a intervalos de 15 días entre cada una de ellas. En cada sesión se administraron intradérmicamente 5 ml mediante técnica nappage. La seguridad se evaluó 15 días después

de cada sesión de tratamiento. La eficacia se evaluó en 2 visitas de control (tras 3 sesiones y una semana después de la finalización del tratamiento) mediante sonda cutometer<sup>TM</sup> (Courage-Khazaka Electronic) a nivel de elasticidad de la piel (subgrupo A), y de firmeza (subgrupo B). Y del corneometer del mismo laboratorio para la evaluación de la hidratación.

**Resultados:** Después de 5 sesiones con el cóctel 1 (subgrupo A) se concluyó que la elasticidad de la piel mejoraba hasta un 19,3%, mientras que con el cóctel 2 (subgrupo B) se observó una mejora de la firmeza de hasta un 25,4%. En ambos subgrupos se objetivó una mejoría evidente de las arrugas finas e hidratación de la piel en más del 85% de las voluntarias.

**Conclusiones:** Consideramos la mesoterapia una técnica válida dentro del arsenal terapéutico para el tratamiento del envejecimiento facial. Ambas combinaciones de mesoterapia han demostrado ser seguras y eficaces dado que se objetivó una mejora evidente de la calidad de la piel tratada, a la vez que no se observaron efectos secundarios.

### CO9. LIPOFILLING PARA REJUVENECIMIENTO FACIAL

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

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

**Introducción:** El envejecimiento facial es un proceso complejo, en el que participan la pérdida de elasticidad de la piel y la atrofia del tejido adiposo y óseo, lo que origina un descolgamiento tisular y como consecuencia la aparición de pliegues y arrugas. Existen muchos tratamientos como la toxina botulínica, los rellenos o los hilos tensores cuya finalidad es retrasar o suavizar este envejecimiento; cada uno con un objetivo y una indicación específica. En los rellenos faciales con grasa o lipofilling, se utiliza tejido adiposo autólogo para reponer los tejidos de sostén y mejorar el contorno facial. Tiene varias ventajas, como el uso de células adiposas con un gran potencial regenerador por aportar factores de crecimiento, además mejoran la textura de la piel, la pigmentación y las cicatrices. Otra es la disponibilidad, ya que, generalmente podemos disponer de grandes volúmenes para corregir atrofas importantes. Además suele tener una duración de 3 años aproximadamente.

**Material y métodos:** Se describe detalladamente la técnica de lipofilling, desde la liposucción manual, el centrifugado y la preparación de la grasa hasta su inyección. Igualmente presentamos los resultados de cuatro pacientes tratados.

**Resultados:** Los resultados estéticos obtenidos son satisfactorios, tanto para el paciente como para el profesional. Los pacientes fueron revisados a las tres semanas, precisando en todo los casos un retoque posterior.

**Conclusiones:** El lipofilling es una técnica de rejuvenecimiento facial, que produce un resultado natural, progresivo y con una duración mayor que otros implantes, además es poco traumática, barata y no tiene riesgo de rechazo. El principal inconveniente es ser más laboriosa que los otros procedimientos.

## Pósteres

### P01. ESTUDIO OBSERVACIONAL NACIONAL SOBRE EL CLEANANCE EXPERT

A. Ortiz Brugués<sup>a</sup>, B. Sayol<sup>a</sup>, C. Coutanceau<sup>b</sup>, V. Georgescu<sup>b</sup> y R.M. Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Laboratorios Dermatológicos Avène. España. <sup>b</sup>Eau Thermale Avène. Les Cauquillous. Francia.

**Introducción:** Las guías terapéuticas actuales sobre el manejo del acné distinguen los tratamientos medicamentosos a seguir según la severidad del acné. Cada vez se utilizan más los dermocosméticos como adyuvantes a tratamientos médicos tópicos u orales, pero existen pocos estudios sobre su eficacia.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y tolerancia de Cleanance EXPERT en el acné leve-moderado en asociación con medicamentos tópicos u orales.

**Material y métodos:** Un total de 228 pacientes, con edades comprendidas entre 12 y 25 años, y con una media de 3 años de historia de acné, utilizaron Cleanance EXPERT dos veces al día durante 2 a 3 meses.

**Resultados:** Tras la asociación de Cleanance EXPERT a su tratamiento medicamentoso habitual, los pacientes presentaron una disminución de la Investigator's Global Assessment Scale de 38,4%, con un -34,4% de lesiones retencionales y -51,2% de lesiones inflamatorias, además de -43,1% de hiperseborrea y -30,1% de irritación cutánea. La mejora en la calidad de vida de los pacientes resultó asimismo significativa, y la tolerancia fue juzgada como buena a muy buena por el 96,7%.

**Conclusiones:** Cleanance EXPERT es un producto dermocosmético eficaz y bien tolerado en el manejo del acné como adyuvante a tratamientos medicamentosos tópicos u orales.

## PO2. ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL SOBRE EL USO DE LA CREMA REPARADORA DERMALIBOUR+ EN DERMATOLOGÍA

A. Ortiz Brugués<sup>a</sup>, M.C. Vallejos<sup>a</sup>, H. Coubetergues<sup>b</sup>, M. Saint Aroman<sup>b</sup> y J.A. Garrido<sup>a</sup>

<sup>a</sup>A-derma. Pierre Fabre Ibérica. <sup>b</sup>A-derma. Les Cauquillous. Francia.

**Introducción:** Las dermatitis irritativas son un motivo de consulta frecuente y recurrente. Debido a la corticofobia y los efectos secundarios del uso tópico de corticoesteroides, el uso de dermocosméticos adecuados cada vez está más extendido en la práctica clínica. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen la eficacia de estos productos.

**Objetivos:** Evaluar la tolerancia local y la eficacia de la crema reparadora Dermalibour+, utilizada sola o en asociación con un tratamiento medicamentoso o dermocosmético en el tratamiento de las dermatitis irritativas del bebé, niño, adulto y anciano.

**Material y métodos:** Un total de 123 pacientes con dermatitis irritativas de diversa etiología utilizaron la crema reparadora Dermalibour+ dos veces al día durante 16 días. El 42,4% la usó en monoterapia, mientras que para el resto fue adyuvante de otros tratamientos medicamentosos y/o dermocosméticos.

**Resultados:** El 88,5% de los pacientes que utilizaron la crema Dermalibour+ en monoterapia presentaron curación o práctica resolución de las lesiones en un tiempo medio de 6 días. Más del 90% de los pacientes presentaron una mejoría significativa en cada uno de los 9 síntomas evaluados. La tolerancia fue buena y muy buena en el 98% de los casos.

**Conclusiones:** El uso de la crema reparadora Dermalibour+ demostró ser eficaz y bien tolerada como tratamiento solo o adyuvante de las dermatitis irritativas desde el bebé hasta el anciano.

## PO3. TRATAMIENTO DE UNA ÚLCERA VARICOSA PERSISTENTE CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

E. Sánchez Gómez Aparici y L. Trasobares Marugán

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

**Introducción:** El plasma rico en plaquetas (PRP) es un tratamiento en auge en los últimos años. Se basa en un producto autólogo, con

ausencia por tanto de problemas de sensibilización, que se obtiene a partir de la sangre del paciente tras su centrifugado, con escaso intervalo de tiempo antes de su administración y de forma ambulatoria. Se indica en numerosos procesos reparativos y patologías. Una de ellas, muy importante en Dermatología y sobre todo en pacientes de edad avanzada con pluripatología, es el tratamiento de las úlceras por insuficiencia vascular periférica de miembros inferiores.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de avanzada edad con numerosos problemas de salud y sensibilización cutánea a diferentes tópicos que limitaba en gran manera las opciones terapéuticas. Presentaba una úlcera varicosa de más de dos años de evolución, sin mejoría a pesar de los numerosos tratamientos prescritos, que fue tratada con inyecciones perilesionales de PRP durante varios meses, en pauta semanal, con un resultado muy bueno.

**Discusión:** El PRP es un tratamiento muy eficaz, cómodo y fácil de usar, disponible en todos los hospitales con servicio de hematología y en centros públicos y privados que dispongan de los medios recogidos en la normativa. Representa un arma terapéutica importante, con escasas contraindicaciones en el tratamiento de pacientes dermatológicos con úlceras cutáneas que con frecuencia se encuentran sensibilizados a diferentes productos de uso tópico. La reciente reglamentación al respecto evita su uso indiscriminado y lo limita a centros dotados de ciertos medios y aparataje. Precisa de personal entrenado para su obtención y manejo.

## PO4. TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS FACIALES EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESCLERODERMIA LIMITADA

C. Gómez de Castro<sup>a</sup>, B. García García<sup>a</sup>, L. Caminal Montero<sup>b</sup>, P. Munguía Calzada<sup>a</sup> y P. Coto Segura<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

**Introducción:** El síndrome de CREST es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo caracterizada por la presencia de calcinosis, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias. Las telangiectasias características de este síndrome suelen ser numerosas, prominentes y localizadas en áreas muy visibles, por lo que pueden ejercer un fuerte impacto negativo en la autoestima y calidad de vida del paciente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 51 años diagnosticada de enfermedad mixta del tejido conectivo con solapamiento de lupus eritematoso sistémico (LES) y esclerodermia limitada (CREST). Acudió para la valoración de tratamiento con láser vascular de las telangiectasias faciales secundarias a la esclerodermia. A la exploración física se observaban máculas eritemato-telangiectásicas y telangiectasias arboriformes en mejillas, cuello y escote. El tratamiento consistió en una primera dosis de prueba con láser de colorante pulsado (PDL) empleando una duración de pulso de 0,5 ms y una fluencia de 7 J/cm<sup>2</sup>. Ante la buena tolerancia y ausencia de efectos secundarios se realizaron otras dos sesiones. La paciente se muestra satisfecha con los resultados y presenta una mejoría del componente vascular. No ha presentado exacerbación de sus enfermedades autoinmunes ni ningún efecto secundario.

**Discusión:** El tratamiento con fuentes de luz en pacientes con lupus eritematoso u otras patologías autoinmunes podría plantear dudas en cuanto a su seguridad, dado que la luz ultravioleta es un factor desencadenante y agravante bien conocido. En la esclerodermia se ha empleado con éxito y seguridad para las clásicas telangiectasias asociadas, aunque se ha descrito que podrían ser más resistentes que las telangiectasias convencionales, precisando un mayor número de tratamientos. Presentamos un caso de enfermedad mixta del tejido conectivo en el que hemos tratado con láser de colorante pulsado las telangiectasias faciales y del escote, con éxito y seguridad, en concordancia con lo descrito en estudios previos.

## P05. VERRUGAS VULGARES EN PÁRPADOS RESUELTAS CON POMADA DE SINECATEQUINAS AL 10%

A. Gómez Zubiaur, S. Beá Ardébol, A.B. Piteiro Bermejo, L. Pericet Fernández y L. Trasobares Marugán

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

**Introducción:** Las verrugas vulgares son una manifestación común de la infección por el virus del papiloma humano y un motivo frecuente de consulta dermatológica. A pesar de que existen múltiples opciones de tratamiento, no contamos con un algoritmo terapéutico que posicione un fármaco o técnica por encima de otro. Factores como la experiencia personal del médico, los posibles efectos secundarios del fármaco, la localización anatómica de las lesiones o incluso las preferencias del paciente, juegan un papel fundamental en la elección del tratamiento.

**Caso clínico:** Presentamos un varón de 27 años, sin antecedentes médicos de interés, que consultó por aparición reciente de verrugas en párpado superior e inferior derecho. Debido a la localización de las lesiones, se requería un tratamiento preciso, sin riesgo de cicatriz alopecica en pestañas, o importantes reacciones inflamatorias locales que ocasionaran conjuntivitis o úlceras corneales. Se optó por pomada de sinecatequinas al 10% (Veregen®) 3 aplicaciones al día. Al cabo de 8 semanas las lesiones habían remitido por completo, con excelente tolerancia al tratamiento (sólo se objetivó leve eritema y descamación local durante el mismo). Sin recidiva en los 12 meses posteriores.

**Discusión:** La pomada de sinecatequinas 10% (Veregen®) está aprobada para el tratamiento de verrugas genitales externas, con tasas de curación de entre 45,5 y 64,9%, baja probabilidad de recurrencias y buena tolerancia si la dosificación es adecuada (sólo leve irritación local y prurito). Su mecanismo de acción no es del todo conocido, atribuyéndose a sus propiedades inmunomoduladoras, antioxidantes, antivirales y antiproliferativas. Hasta la fecha, existen tres casos publicados en la literatura de verrugas extragenitales tratadas con pomada de sinecatequinas 10% (en región plantar, periungueal y facial respectivamente). Aportamos un nuevo caso de éxito terapéutico con este fármaco, como alternativa eficaz y segura en verrugas extragenitales con localizaciones anatómicas complicadas, que limitan la utilización de los tratamientos convencionales.

## P06. QUELOIDES: MERECE LA PENA VOLVER A INTENTARLO. A FAVOR DE LA COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS

M.C. Martínez González<sup>a</sup>, J. Martínez González<sup>b</sup> y M. Vélez González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología. Práctica privada. Oviedo. Asturias. España.*

<sup>b</sup>*Medicina General. Clínica Castillo de Llanes. Asturias. España.*

<sup>c</sup>*Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. Instituto Médico Vilafortuny. Cambrils. Centro Médico Ronefor. Barcelona. España.*

**Introducción:** Los queloides siguen siendo a día de hoy un reto terapéutico dermatológico.

**Caso clínico:** Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos. Refiere cicatriz molesta en área cutánea esternal de al menos 5 años de evolución. Se observa lesión firme elástica, infiltrada al tacto y con retracción lateral de la piel circundante, del tamaño de una nuez, sugestiva de queloide. Había recibido diversos tratamientos, sin evidenciar respuesta. Iniciamos tratamiento en marzo de 2015 con parches de silicona en contacto estrecho con la lesión de forma continua 3 meses y a continuación inyecciones intralesionales de triamcinolona acetónido 5 y 10%, diluida con mepivacaína 2% de forma mensual, un total de 6 sesiones. Entre dichas sesiones se intercalan 2 sesiones de tratamiento con luz pulsada intensa (aparato M22 de lumenis) utilizando los siguientes parámetros en pro de ayudar a la remodelación del colágeno y disminuir la hipervas-

cularización de la zona: 640 nm / 5 ms (delay 20 ms) 5 ms / 17 J + doble pase vascular 560 nm / 3 ms (delay 15 ms) 3 ms / 17 J (Spot 15 x 35 mm). Se observó una mejoría gradual e importante de la lesión tanto en apariencia como en la desaparición de las molestias que ocasionaba. La paciente permanece en seguimiento continuo. **Discusión y conclusiones:** Los queloides son lesiones de la piel formadas por crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión cutánea. Al contrario que las cicatrices hipertróficas, la mayoría de los queloides no se aplanan ni se hacen menos visibles con los años y pueden extenderse en superficie, superando los límites de la lesión originaria. En el momento actual seguimos sin tener un único tratamiento que garantice respuesta favorable del queloide y por tanto, la entidad sigue siendo un reto terapéutico y suele ser necesaria la combinación de tratamientos adaptados al paciente y durante largo tiempo. El seguimiento debe ser continuado por su potencial de crecimiento, siempre posible.

## P07. COMEDONES Y CICATRICES DE ACNÉ: ¿UN DIAGNÓSTICO CORRECTO?

F. Millán Parrilla<sup>a</sup>, M. Lorente Guaita<sup>b</sup>, E. Quecedo Estébanez<sup>a</sup>, E. Gimeno Carpio<sup>a</sup> y G. Serrano Sanmiguel<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Clinica Dermatológica Dr. Serrano. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

**Caso clínico:** Mujer de 52 años que consultó por lesiones cicatriciales de acné. Refería haber tenido un acné grave por el que recibió diversos tratamientos tópicos y sistémicos. A la exploración presentaba en las mejillas numerosas cicatrices deprimidas y múltiples pápulas de pocos milímetros de diámetro, blanquecinas, asintomáticas y duras a la palpación. La biopsia del material extraído mostró una calcinosis cutis. El estudio analítico (calcio, fosfato, parathormona, función renal y estudio de conectivopatías (ANA, ENA, SCL-70) no ofreció alteraciones. Con estos datos se estableció el diagnóstico de calcinosis cutánea distrófica facial secundaria a acné. Se inició tratamiento con extracción puntual del contenido, dermaroller, microdermoabrasión y tratamiento tópico con ácido retinoico obteniéndose una discreta mejoría.

**Comentario:** Aunque el acné es una patología frecuente, la calcificación cutánea como secuela es rara. Hay 4 grupos de calcinosis cutánea: distrófica, metastásica, iatrogénica e idiopática. La forma distrófica es la más frecuente y habitualmente hay una enfermedad de base, trauma local o dermatosis inflamatoria previa; la mayoría de casos de calcinosis cutánea se asocia a conectivopatías. La morbilidad está en función de la extensión y localización de la calcificación, así como de sus complicaciones. El arsenal terapéutico incluye: warfarina, colchicina, probenecid, bifosfonatos, minociclina, diltiazem, láser de CO<sub>2</sub>, corticoides intralesionales y cirugía. En nuestro caso el tratamiento abrasivo para reducir las cicatrices nos parece el más adecuado. Esta patología es un importante desafío diagnóstico y terapéutico donde las expectativas dermocosméticas del paciente pocas veces se alcanzan.

## P08. METOTREXATO INTRALESIONAL PARA UN QUERATOACANTOMA DE GRAN TAMAÑO EN UNA PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y DE EDAD AVANZADA

A. Bueno Rodríguez, P. Aguayo Carreras, A. Martínez López, I. Pérez López y S. Sáenz Guirado

*Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.*

**Introducción:** El queratoacantoma (QA) es un carcinoma epidermoide de bajo grado de crecimiento rápido, posterior estabilización y en ocasiones involución. Aparece comúnmente como lesión solitaria en zonas fotoexpuestas con potencial importancia estética y funcional. La cirugía es el tratamiento de elección pero puede ser compleja por el tamaño y zonas críticas afectadas. Además, en pa-

cientes pluripatológicos, los riesgos de la cirugía hacen al dermatólogo plantearse otras alternativas.

**Caso clínico:** Paciente de 90 años, sin alergias medicamentosas, con diabetes mellitus, hipertensión, carcinoma de mama y nódulo pulmonar intervenidos. Vida cama-sillón. Índice Karnofsky 40. Consulta por lesión de 6 meses de evolución y crecimiento rápido en nariz. Exploración: Lesión queratósica que ocupa todo el dorso nasal con borde carnosos y telangiectasias. Diagnóstico: QA. Analítica normal. Se infiltra con 25 mg de metotrexate (MTX) intralesional, con 25 mg y 12,5 mg en la segunda y tercera visitas respectivamente. Desaparición completa del QA evidenciándose destrucción del ala nasal derecha. Gran satisfacción de paciente y familia.

**Discusión:** El diagnóstico del QA es fundamentalmente clínico y el tratamiento de elección es quirúrgico. Puede afectar a pacientes de alto riesgo y localizarse sobre zonas críticas. En estas ocasiones, se puede realizar tratamiento con MTX intralesional para facilitar la cirugía posterior. Esta opción es recomendable en pacientes de alto riesgo, basándose en la clínica, la buena respuesta a las infiltraciones y su éxito en neoadyuvancia del carcinoma epidermoide. Es un antimetabolito del ácido fólico. Serán candidatos a su utilización, los pacientes sin alteraciones hepáticas, renales o hematológicas. Es una indicación fuera de ficha técnica que puede eliminar la necesidad de intervención, a tener en cuenta en pacientes de alto riesgo y con potenciales defectos funcionales y estéticos.

#### P09. ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA UTILIDAD DE LA OXIBUTININA TRANSDÉRMICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS

F.J. del Boz González<sup>a</sup>, J.F. Millán Cayetano<sup>a</sup>, T. Toledo Pastrana<sup>b</sup>, M. Nieto Guindo<sup>c</sup>, M. de Troya Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España. <sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

**Introducción:** La oxibutinina oral (OxO) ha demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo para la hiperhidrosis, con efectos adversos frecuentes pero leves y tolerables. Se encuentra comercializada la forma transdérmica (OxT) por lo que se planteó si ésta puede ser una alternativa eficaz y mejor tolerada.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo incluyendo pacientes de dos centros hospitalarios españoles con hiperhidrosis a lo largo del año 2015, distribuyéndolos en dos grupos. El primero formado por pacientes que abandonaron OxO por intolerancia. El segundo formado por pacientes que no habían realizado previamente tratamiento sistémico. Se recogieron variables epidemiológicas, así como sobre efectividad (empleando la *Hyperhidrosis Disease Severity Scale*) y tolerancia, al inicio, a los 3 y a los 12 meses.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13 pacientes. En el primero (7 pacientes), cuatro pacientes dejaron OxT antes de los 3 meses. De los dos que continuaron hasta completar los tres primeros meses, uno abandonó por ineficacia y otro por intensa irritación local. Entre los del segundo grupo (6 pacientes), a los 3 meses, dos no presentaron respuesta y cinco sí que presentaron mejoría (3 parcial y uno excelente). Ninguno llegó a completar los 12 meses de tratamiento. Todos los pacientes presentaron buena tolerancia y en ningún caso se observaron efectos adversos graves.

**Discusión:** La principal limitación de este trabajo es su bajo tamaño muestral y que representa tan sólo un estudio inicial. A pesar de ello, la ausencia de metabolitos activos tras la administración de la OxT podría resultar en una menor tasa de efectos adversos pero también en una mejor efectividad.

**Conclusiones:** Aparentemente la OxT podría ser un tratamiento útil para pacientes que no han empleado previamente terapéutica sistémica pero parece no ser útil en pacientes que no toleraron previamente la forma oral.

#### P10. ESTUDIO COMPARATIVO DE IMIQUIMOD VERSUS INGENOL MEBUTATO VERSUS DICLOFENACO EN EL TRATAMIENTO DE LA QUEILITIS ACTÍNICA

H. Husein ElAhmed<sup>a</sup> y F.M. Almazán Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Baza. Granada. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario de Granada. Granada. España.

**Introducción:** La queilitis actínica (QA) puede progresar a un carcinoma espinocelular invasivo. De hecho, aquellos carcinomas que aparecen sobre los labios tiene cuatro veces más riesgo de desarrollar metástasis que aquellos desarrollados sobre la piel. Debido a sus características cosméticas y funcionales, las terapias de destrucción tisular no selectivas (laser, electrodesecación, crioterapia...) utilizadas para las queratosis actínicas son difíciles de aplicar en los labios. Recientemente, ha aparecido nuevas opciones terapéuticas para el manejo de las queratosis actínicas tales como: imiquimod, ingenol mebutato y diclofenaco.

**Objetivos:** Comparar la eficacia, la seguridad, los resultados cosméticos de imiquimod (IMI), ingenol mebutato (IMB) y diclofenaco (DIC) en las QA.

**Métodos:** Diseñamos un estudio prospectivo. Cada paciente que cumplía los criterios de inclusión se incluyó de forma aleatoria para utilizar uno de los 3 tratamientos. Se investigaron seis características: Borde labial, áreas discrómicas y atróficas, áreas exfoliativas, leucoplasia, placas queratósicas y erosión.

**Resultados:** Treinta pacientes se incluyeron. IMI alcanzó 50% de resoluciones completas, 40% de resoluciones parciales y ausencia de resolución en el 10%. Los resultados para IMB fueron: 40%, 30% y 30%, respectivamente. Los resultados para DIC fueron: 20%, 50% y 30%. IMI alcanzó diferencias estadísticamente significativas frente a DIC ( $P = 0,026$ ), pero no frente a IMB ( $P > 0,05$ ). Las placas queratósicas y la leucoplasia persistieron estadísticamente más en pacientes tratados con DIC que con IMI ( $P = 0,05$ ;  $P = 0,045$ ) y que con IMB ( $P = 0,05$ ;  $P = 0,045$ ).

**Conclusiones:** IMI es el fármaco más efectivo para la QA, e IMB tiene una eficacia similar. DIC presenta una eficacia menor para la QA. Los casos de QA con leucoplasia y placas queratósicas responden mal a DIC, y en estos casos, es mejor tratar con IMI o IMB. IMB es la mejor opción para asegurarse el cumplimiento del tratamiento, mientras que DIC lo es para pacientes con bajo nivel de tolerancia al dolor ya que tiene el mejor perfil inflamatorio y de confort de las 3 opciones terapéuticas.

#### P11. BALANITIS PSEUDOEPITELIOMATOSA QUERATÓSICA Y MICÁCEA CON BUENA RESPUESTA A 5-FLUOROURACILO TÓPICO

P. Aguayo Carreras<sup>a</sup>, F.J. Navarro Triviño<sup>a</sup>, A.M. Bueno Rodríguez<sup>a</sup>, S. Sáenz Guirado<sup>a</sup> y J. Aneiros Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Varón de 59 años que acude a la consulta por lesión en el glande de meses de evolución. Negaba relaciones sexuales de riesgo ni traumatismos previos. A la exploración se apreciaba una placa queratósica blanquecina bien delimitada de 2 cm de diámetro, superficie papilomatosa, próxima al meato urinario. No se palpaban adenopatías locorreregionales. La sospecha clínica fue de balanitis pseudoepiteliomatosa queratósica de Lortat-Jacob y Civatte. Se realizó una biopsia punch que fue compatible con la sospecha clínica. Se inició tratamiento tópico con 5-FU +9 ácido salicílico (Actikerall), una aplicación al día durante 4 semanas. En la revisión posterior se observó buena respuesta al tratamiento tópico. Actualmente está en seguimiento sin signos de recidiva local.

## P12. DERMATOSIS IGA LINEAL SIMULANDO UNA NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA CON UNA RESPUESTA ESPECTACULAR A ETANERCEPT

M. Prieto Barrios, F. Tous Romero, V. Velasco Tamariz, S. Burillo Martínez y P. Ortiz Romero

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

**Introducción:** Existen trabajos esperanzadores sobre la eficacia de los anti-TNF en el tratamiento de exantemas medicamentosos del espectro Steven-Johnson-Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET). Presentamos el primer caso de dermatosis IgA inducida por fármacos tratada con etanercept, ante una sospecha clínica de NET, con respuesta excelente que supuso la resolución del cuadro en pocas horas.

**Caso clínico:** Presentamos una mujer de 65 años pluripatológica que acudió a urgencias por un exantema de rápida evolución consistente en pequeñas placas dianiformes que confluían afectando más del 30% de la superficie corporal con Nikolsky positivo. Se identificó la vancomicina como causante más probable. Con sospecha clínica de NET, se aplicó una dosis única de etanercept 50 mg tras la cual la paciente presentó una mejoría espectacular, a pesar de persistir niveles vancomicina en sangre. Días después la histopatología reveló una piel con infiltrado neutrofílico y ampolla subepidérmica con depósito de IgA lineal a lo largo de la membrana basal en la inmunofluorescencia directa (IFD), estableciéndose el diagnóstico de enfermedad IgA lineal probablemente inducida por vancomicina con presentación clínica simulando una NET.

**Discusión:** La dermatosis IgA lineal es una enfermedad autoinmune rara caracterizada por depósitos lineales de IgA a lo largo de unión dermoepidérmica en la IFD. Una de sus variantes clínicas simula un NET, con alta mortalidad. Pueden ser inducidas por fármacos, siendo el más frecuente la vancomicina. Suelen tardar semanas en resolverse, a diferencia de nuestra paciente. Su fisiopatogénesis ni el papel del TNF están claros, aunque se han implicado vías del linfocito Th2. No hemos encontrado ningún caso de dermatosis IgA lineal tratada con etanercept. Un caso de IgA lineal en relación con colitis ulcerosa mejoró con infliximab.

**Conclusiones:** La dermatosis IgA lineal que simulan NET, con mal pronóstico. Los fármacos anti-TNF podría ser eficaces para estos pacientes, aunque se necesitan más estudios.

## P13. COSMÉTICOS ADYUVANTES EN LA CUPEROSIS, ROSÁCEA Y CUTIS INTOLERANTE

J. Piquero Casals<sup>a</sup>, N. Serra<sup>b</sup>, L. Conte<sup>b</sup>, E. Nieto<sup>b</sup> y R. Levitch<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermik Clínica Dermatológica Multidisciplinar. Barcelona.*

<sup>b</sup>*Laboratorios LETI. Barcelona. España.*

La rosácea es una patología compleja crónica espectral y multifactorial de difícil tratamiento. En los últimos años han surgido nuevas terapias tópicas efectivas sobre diversos mecanismos fisiopatológicos. La combinación de tratamientos y su utilización depende de la gravedad de la enfermedad y el tipo de lesiones. Entre los tratamientos orales, la isotretinoína en minidosis y las tetraciclinas continúan siendo alternativas de primera línea; así como en el caso de los principales fármacos tópicos están el ácido azelaico, la brimonidina y la ivermectina tópica. Entre las fuentes de luz más utilizadas están la luz pulsada intensa, los láseres vasculares como el Dye Láser, ND-YAG 1064nm y por último el resurfacing no ablativo con Er-Glass 1540 o ablativo con ErbiumYAG o CO<sub>2</sub>. Los cosméticos, como productos de uso diario, ejercen un papel importante en el cuidado de la piel. Los avances científicos en este campo nos aportan soluciones a través de productos diseñados específicamente para ejercer acciones beneficiosas en la homeostasis dermoepidérmica. Los autores explican diversos aspectos dónde los cosméticos participan en la estrategia del control en diversos estadios de esta patología crónica y su influencia en la calidad de vida de los pacientes.

## P14. EVALUACIÓN *IN VITRO* DE LAS PROPIEDADES ANTIANGIOGÉNICAS DE UNA CREMA FACIAL FORMULADA PARA MINIMIZAR EL ERITEMA CUTÁNEO

J. Piquero Casals<sup>a</sup>, N. Serra<sup>b</sup>, E. González<sup>b</sup>, A. Frade<sup>b</sup> y L. Erbit<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermik Clínica Dermatológica Multidisciplinar. Barcelona.*

<sup>b</sup>*Laboratorios LETI. Barcelona. España.*

**Introducción:** La angiogénesis conlleva diferentes fases. Aunque es un mecanismo fisiológico en la mayoría de tejidos sanos, la piel puede iniciar una rápida respuesta angiogénica en ciertos casos como cicatrización e inflamación. En la rosácea, se verifica una elevada expresión del VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), principal proteína señalizadora de la angiogénesis, dando lugar a un incremento de la permeabilidad vascular y estimulando la división y migración de células endoteliales.

**Objetivos:** Evaluar las propiedades antiangiogénicas de una crema facial formulada para minimizar el eritema cutáneo.

**Material y métodos:** Se utilizó el sistema Angiokit<sup>TM</sup>, modelo de células endoteliales humanas co-cultivadas con células intersticiales humanas, en el que se desarrollan todas las etapas de la angiogénesis dando lugar a la formación de una red de túbulos endoteliales. Los co-cultivos celulares fueron tratados con dos concentraciones de la crema en estudio: 0,7 y 0,8 mg/ml. Como controles de referencia en el estudio se utilizaron el medio de cultivo (Control Basal), VEGF (Estimulador Angiogénico) y Suramina (Inhibidor Angiogénico). Tras 10 días de los co-cultivos con la crema en estudio y los controles de referencia, las células se fijaron y tiñeron para cuantificar la formación de túbulos mediante análisis de imagen. Los resultados se compararon con el medio de cultivo.

**Resultados:** A las concentraciones estudiadas, la crema facial formulada para minimizar el eritema disminuye el área total de túbulos en 46% respecto al control basal, siendo esta disminución del 55% en el caso de la Suramina (Estimulador Angiogénico). Por su parte, el VEGF (Inhibidor Angiogénico) incrementa el área total de túbulos en un 48%.

**Conclusiones:** Estos resultados permiten concluir que la crema en estudio tiene un comportamiento antiangiogénico en las concentraciones evaluadas.

## P15. CALCINOSIS CUTÁNEA DISTRÓFICA TRATADA EXITOSAMENTE CON TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO

A. Iglesias Plaza, M. Iglesias Sancho, A. Lázaro Simó, C. Paret Sanz y M. Salleras Redonnet

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

**Introducción:** La calcinosis cutánea está producida por acumulación y depósito de sales de calcio en los tejidos, que puede dar lugar a importantes lesiones. Esta entidad se clasifica en cinco tipos, dentro de los cuales, la calcificación distrófica es la más frecuente, asociándose a enfermedades autoinmunes. Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de enfermedad mixta del tejido conectivo que presentaba desde hacía años pequeños focos de calcinosis cutis en las manos que eran tratados de forma sintomática. Acude a nuestra consulta derivada por reumatología por lesiones ulcerativas y dolorosas a la presión en ambos codos de dos años de evolución. Ante la sospecha diagnóstica de calcificaciones distróficas, iniciamos tiosulfato sódico tópico al 25% dos veces al día. Al cabo de seis semanas, la paciente mostró una mejoría notable, con solo mínimas lesiones en codo derecho. El tiosulfato sódico intravenoso ha sido utilizado para tratar la calcifilaxis y la calcinosis tumoral con muy pocos o nulos efectos adversos. En los últimos años, se han reportado casos de calcinosis cutis tratados con tiosulfato sódico tópico. Reportamos un caso de calcinosis distrófica tratada exitosamente con tiosulfato sódico tópico a una concentración del 25%.

### P16. SÍNDROME DE WELLS. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON COLCHICINA

Á. Iglesias Puzas<sup>a</sup>, A. Flórez Menéndez<sup>a</sup>, L. Mesa Álvarez<sup>a</sup>, S. Romero Yuste<sup>b</sup> y O. Prieto Gómez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Reumatología; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. EOXI Pontevedra-Salnés. Pontevedra. España.

Describimos el caso de una mujer de 42 años remitida para valoración de una dermatosis pruriginosa recurrente de 24 años de evolución. La paciente había recibido tratamiento con múltiples ciclos de corticosteroides y antihistamínicos orales con mal control del cuadro. Las lesiones eran placas eritematoedematosas, calientes, parcialmente cubiertas por lesiones ampollosas de contenido seroso que afectaban a miembros superiores y en ocasiones a mucosas palpebral y labial. Los estudios histológicos evidenciaron edema en dermis superficial con formación de vesículas subepidérmicas y un infiltrado inflamatorio linfocitario con abundantes eosinófilos formando figuras en llama. IFI e IFD fueron ambas negativas. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de Síndrome de Wells y se inició tratamiento con colchicina 1mg/día con desaparición de la clínica. Desde entonces, se evidenció una mejoría importante del cuadro, alcanzando un buen control tanto del número como de la intensidad de los episodios. La celulitis eosinofílica es una entidad poco frecuente, de curso inflamatorio recurrente y naturaleza idiopática. Hasta la fecha se han descrito para su tratamiento el uso puntual de múltiples terapias, siendo considerados como tratamiento de elección los corticosteroides orales y tópicos. Presentamos un caso de celulitis eosinofílica con buena respuesta y tolerancia a colchicina. Son escasos los casos reportados en la literatura tratados con este fármaco. En nuestra experiencia clínica, su excelente perfil de seguridad a medio largo plazo lo convierte en una alternativa terapéutica a tener en cuenta como tratamiento, no sólo del brote sino también en mantenimiento.

### P17. TIOSULFATO SÓDICO INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA CALCIFILAXIS NO URÉMICA: SERIE DE CASOS

H. Jin Suh Oh<sup>a</sup>, L. Mesa Álvarez<sup>a</sup>, A. Batalla Cebey<sup>a</sup>, R. Pardavila Gómez<sup>b</sup> y Á. Flórez Menéndez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. España.

**Introducción:** La calcifilaxis o arteriopatía urémica calcificante es una entidad poco frecuente que se caracteriza por isquemia y necrosis cutánea secundaria a la calcificación de los vasos de pequeño y mediano tamaño de la dermis y tejido celular subcutáneo. Afecta fundamentalmente a pacientes con enfermedad renal crónica terminal, no obstante está documentada la calcifilaxis de causa no urémica.

**Objetivos:** Describir los factores de riesgo asociados a la calcifilaxis no urémica, respuesta al tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso y perfil de seguridad.

**Material y métodos:** Pacientes con calcifilaxis no urémica diagnosticados en nuestro servicio entre 2011 y 2016.

**Resultados:** 4 pacientes diagnosticados (3 mujeres, 1 varón). Factores de riesgo asociados: diabetes mellitus, tratamiento con acenocumarol, obesidad. Tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso (25 g, 3 veces/semana) con respuesta completa en 3 pacientes y ausencia de respuesta en un paciente. Ninguno presentó efectos secundarios derivados del tratamiento. Dos pacientes fallecidos por isquemia arterial periférica no revascularizable, uno tres años después del diagnóstico tras obtener respuesta completa con el tratamiento y otro por ausencia de respuesta y progresión de la enfermedad.

**Conclusiones:** La calcifilaxis no urémica es una entidad poco frecuente pero reconocida que en ocasiones puede ser letal. En nuestra serie los principales factores de riesgo asociados fueron el sexo femenino, diabetes, obesidad y el tratamiento con acenocumarol. La tolerancia al tratamiento fue buena pero la respuesta al mismo variable.

### P18. USO DE REMEDIOS POPULARES Y BOTÁNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO VULGARIS EN LA POBLACIÓN CANARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE 205 CASOS

M. Rodríguez Martín, N. Merino de Paz, B. Rodríguez Martín y M. Sáez Rodríguez

*Dermaten Clínicas. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. España.*

El Vitiligo vulgaris es una enfermedad crónica que afecta al 0,5-1% de la población. El origen es desconocido, aunque múltiples teorías se han postulado: teoría autoinmune, neuroendocrina, melanocitotóxica, etc. En la actualidad existen múltiples tratamientos cuya elección depende del tipo de vitiligo, de la edad del paciente, localización y extensión. Desde terapias tópicas con corticoides, inmunomoduladores, promotores de la pigmentación, terapias orales con esteroides, inmunomoduladores, antioxidantes, fototerapia, etc. En muchos casos los pacientes con vitiligo presentan asociada comorbilidades de diversa índole: endocrina (tiroidopatías, anemia perniciosa, etc), autoinmune (psoriasis, miastenia gravis, etc) o psiquiátrica (tras ansioso, depresión, insomnio). Las terapias usadas para el tratamiento de la enfermedad deben establecerse como tratamientos a largo plazo, dado la lenta evolución que puede presentar la repigmentación, además e los cuadros de despigmentación-repigmentación que muchas veces conforman el curso de la enfermedad. Todo ello provoca que en ocasiones los pacientes busquen terapias alternativas o bien basadas en remedios populares para tratar esta enfermedad. En este trabajo realizamos una recopilación de las terapias alternativas y remedios populares descritos por los pacientes de una serie (205 pacientes) en la provincia de Santa Cruz de Tenerife para tratar su enfermedad.

### P19. UTILIDAD DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN LAS ÚLCERAS CUTÁNEAS CRÓNICAS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA

L. Padilla España<sup>a</sup>, I. Fernández-Canedo<sup>a</sup>, J. Bosco Repiso Jiménez<sup>a</sup>, M. Pérez Delgado<sup>b</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Hiperbárica. Hospital Vithas Xanit Internacional. Benalmádena. Málaga. España.

**Introducción:** Las úlceras cutáneas de evolución tórpida constituyen un motivo de consulta frecuente al dermatólogo, con un deterioro significativo sobre la calidad de vida y con una notable repercusión sociosanitaria y económica. La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) puede ser útil en el manejo de úlceras cutáneas crónicas (UCC) que no responden a otras medidas terapéuticas tradicionales.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio descriptivo de una serie de casos consecutivos con UCC de diferente etiología valorados en nuestro servicio que recibieron OHB desde 2012 a 2016.

**Resultados:** Presentamos a 5 pacientes (4 mujeres y 1 varón) de edades comprendidas entre los 35 y 66 años con úlceras cutáneas de evolución crónica localizadas mayoritariamente en extremidades inferiores y región perianal de diferente etiología (pioderma gangrenoso, úlceras post-radioterapia, úlceras neurotróficas por enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y úlcera vascular mixta). Todos ellos recibieron al menos 25 sesiones de 90 minutos de OHB a 2,4 ATA con buena tolerancia y gran respuesta tras fracaso a múltiples alternativas terapéuticas previas.

**Discusión:** Las UCC de evolución tórpida, a menudo asociadas con diabetes y enfermedad arterial o venosa, son frecuentes y tienen

un alto impacto sobre el bienestar de los pacientes afectados. La OHB está diseñada para aumentar el suministro de oxígeno a las úlceras, aumentando la angiogénesis y la síntesis de colágeno lo que permite acelerar el proceso de cicatrización. Desafortunadamente, las cámaras hiperbáricas siguen siendo un recurso escaso y por lo general están asociadas a centros de medicina submarina.

**Conclusiones:** La oxigenoterapia hiperbárica puede resultar eficaz en la cicatrización de úlceras de diferente etiología y localización anatómica comprometida refractarias a otras alternativas terapéuticas habituales.

## P20. TRICODISCOMAS. TRATAMIENTO MEDIANTE LASERTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Giménez García<sup>a</sup>, D. González González<sup>a</sup>, M. García Campano<sup>a</sup> y T.E. Lázaro Cantalejo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España. <sup>b</sup>Clinica Santa Teresa. Valladolid. España.

**Introducción:** Los tricodiscomas y fibrofolliculomas, caracterizados clínicamente por pápulas aisladas o múltiples, representan para muchos autores extremos del espectro de la misma entidad y pueden ser la manifestación del síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD). El síndrome BHD es una genodermatosis de herencia autosómica dominante que se caracteriza por la asociación entre: lesiones cutáneas, quistes pulmonares, neumotórax espontáneos y tumores, habitualmente renales. Su origen patogénico se sitúa en mutaciones del gen supresor de tumores FCLN (folliculina).

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 56 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer de colon, estudiada en la consulta de dermatología por múltiples lesiones papulosas faciales, además de acrocordones en las axilas, clínica e histopatológicamente compatibles con tricodiscomas y quistes fundibulares. En el TAC de tórax se detectó la presencia de una bulla en la base pulmonar. El TAC abdominal, e cografía de tiroides y una colonoscopia resultaron normales. Se identificó la presencia en heterocigosis de la mutación c. 1285 del C en el gen FLCN. Se realizó tratamiento mediante laserterapia (dos sesiones con Láser CO<sub>2</sub> y cuatro sesiones con Láser de Neodimio) de sus lesiones faciales con muy buen resultado.

**Discusión:** El diagnóstico del síndrome de BHD se basa principalmente en una buena evaluación clínica y una detallada historia clínica y familiar. Además de las típicas lesiones cutáneas benignas, localizadas preferentemente en la cara, cuello y en el tronco, muchos pacientes desarrollan manifestaciones extracutáneas como quistes pulmonares, neumotórax espontáneos, neoplasias renales bilaterales y multifocales y otros tumores (ej. gastrointestinal, endocrino, cutáneos). En aquellos pacientes portadores de las mutaciones en el gen FLCN se recomienda un método de cribado y vigilancia periódica con empleo de eco tomografía, tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear cada 3 años. El tratamiento de las lesiones cutáneas se basa principalmente en la extirpación, electrocoagulación o empleo de laserterapia.

## P21. TIOSULFATO INTRALESIONAL EN ÚLCERAS CRÓNICAS CON CALCIFICACIÓN DISTRÓFICA: ¿UN ATISBO DE ESPERANZA?

J.J. Andrés Lencina, C. Morales Raya, A. Guerra Tapia, P. Ortiz Romero y L. Maroñas Jiménez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación i+12. Universidad Complutense. Madrid. España.

**Introducción:** Las úlceras en pacientes con insuficiencia venosa crónica suponen un verdadero terapéutico, especialmente cuando se complican con fenómenos de calcificación distrófica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 86 años, hipertensa, diabética, dislipémica y con obesidad mórbida en seguimiento en nuestro Servicio desde hacía más de 10 años por úlceras venosas en miembros inferiores, de curso tórpido y muy difícil manejo. A pesar de realizar múltiples tratamientos (curas locales de diversa índole, ciclos de antibioterapia sistémica, ondas de choque, etc) y requerir frecuentes ingresos para el control del dolor, las úlceras progresaban de manera aberrante, objetivándose profundos depósitos de calcio en el estudio histológico. Dada la falta de eficacia de los abordajes previos y la escasez de posibilidades terapéuticas, se decidió solicitar el uso compasivo de tiosulfato sódico (TSS) al 25% para su infiltración intra y perilesional. Tres semanas tras la primera sesión (inyección de 2 ml de TSS diluido al 50% con mepivacaína al 2%), pudimos observar frecuentes islotes de reepitelización tanto en la periferia como en el lecho de las áreas tratadas. Actualmente, la paciente está pendiente de valoración por parte del Servicio de Anestesia para coordinar un programa de infiltraciones bisemanales bajo sedación.

**Comentario:** El uso de TSS de forma intravenosa forma parte del protocolo habitual del manejo de la calcifilaxia urémica. Su uso intralesional ha sido puntualmente descrito en el contexto de úlceras por calcifilaxia. No obstante, a día de hoy, no existe literatura al respecto de su utilización intralesional en pacientes con úlceras crónicas y calcificación distrófica. La respuesta observada en el presente caso, con tan sólo una infiltración de TSS, aporta nuevas perspectivas en el manejo de estos pacientes. Dado que el TSS es un agente antioxidante y vasodilatador que actúa como quelante intravascular e intraparenquimatoso de las sales de calcio, su aplicabilidad intralesional podría extenderse y estar justificada en pacientes con úlceras crónicas refractarias que desarrollen fenómenos de calcificación secundaria.

## P22. UTILIDAD DE LA QUINACRINA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CONECTIVOPATÍAS

T. Fernández Morano, P. García Montero, J.F. Millán Cayetano, J. del Boz González y M. de Troya Martín

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

**Introducción:** Los antimaláricos más usados son la hidroxicloroquina (HCQ), la cloroquina (CQ) y con menor frecuencia, la quinacrina, también conocida como mepacrina (QC). Los dos primeros se han posicionado actualmente como los tratamientos sistémicos de primera elección para las manifestaciones cutáneas lúpicas. Sus efectos secundarios y la ausencia de eficacia son sus principales inconvenientes, es por ello que la QC se convierte en una valiosa herramienta para el tratamiento de estas patologías.

**Casos clínicos:** Presentamos 6 pacientes con enfermedad del tejido conectivo, 3 con lupus eritematoso sistémico, 2 con lupus cutáneo crónico y una con dermatomiositis amiofática, con mal control de la sintomatología cutánea pese a múltiples terapias. Cinco pacientes están en tratamiento combinado (QC e HCQ), otra paciente mantiene tratamiento en monoterapia. Presentan buen control de la enfermedad y sin efectos adversos.

**Discusión:** La QC es un fármaco cada vez más empleado en pacientes con conectivopatías que no han respondido a HCQ o CQ, debido al efecto sinérgico, sin aumentar el riesgo de retinopatía. Igualmente, la QC supone una alternativa en aquellos pacientes en los que éstos últimos estén contraindicados. Precisa ser solicitada como medicación extranjera y su precio es superior al de HCQ y CQ, sin embargo, esto no debe suponer una limitación para su uso.

### P23. ANESTESIA LOCAL TUMESCENTE EN LA CIRUGÍA DE DERMATOFIBROSARCOMAS PROTUBERANS DE GRAN TAMAÑO

M. Flores Terry<sup>a</sup>, G. Romero Aguilera<sup>a</sup>, L. González López<sup>b</sup>, M. Franco Muñoz<sup>a</sup> y C. Mendoza Chaparro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología;

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

**Introducción:** La anestesia local tumescente (ALT) es una técnica de anestesia local, consistente en la infusión de un volumen de una disolución a baja concentración de anestésico local y adrenalina. Presentamos 3 casos de dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) de gran tamaño tratados quirúrgicamente utilizando ALT.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 72 años con placa en epigastrio y lesiones nodulares exofíticas de 20 años evolución; la histopatología evidenció una proliferación mesenquimal de células fusiformes en dermis con patrón infiltrativo a hipodermis, se diagnosticó de DFSP y se realizó extirpación amplia utilizando ALT. Caso 2: varón de 40 años, con lesión parietal de 2 años evolución, la biopsia fue compatible con DFSP, se extirpó mediante cirugía de Mohs diferido y uso de ALT. Caso 3. Mujer de 62 años consultó por una placa y nódulos en zona lumbar, de 10 años de evolución, se diagnosticó de DFSP, con similares características histopatológicas a los casos 1 y 2, se extirpó también mediante cirugía de Mohs diferido con empleo de ALT.

**Discusión:** El uso de ALT está teniendo más utilidad en cirugía dermatológica, al ser una solución diluida de anestésico junto a adrenalina, nos permite utilizar un volumen mayor, facilita una mejor disección de los tejidos, hay menor riesgo de toxicidad sistémica con efecto anestésico más prolongado y menor sangrado durante el procedimiento; además el empleo de bicarbonato mejora el pH del anestésico, permitiendo disminuir el dolor durante la infusión. La extirpación de tumores grandes va aún más a favor de la utilización de este tipo de anestesia.

**Conclusiones:** La ALT es un tipo de anestesia local que permite un buen control anestésico, con menor riesgo de sangrado, disminuye los efectos adversos de la anestesia convencional y es de mayor utilidad para extirpación de grandes lesiones que requieren mayor tiempo quirúrgico.

### P24. LÁSER EN HEMATOMAS CUTÁNEOS: SOLUCIÓN RÁPIDA Y EFICAZ PARA UN PROBLEMA COMÚN

A. Alegre Sánchez, P. Fonda Pascual, Ó.M. Moreno Arrones, B. Pérez García y P. Boixeda

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

La coloración típica de los hematomas cutáneos puede suponer una importante alteración en la imagen corporal de los pacientes, especialmente cuando éstos aparecen en zonas expuestas. En ocasiones, esta situación prolonga la reincorporación a las actividades sociolaborales normales hasta varias semanas. No existen alternativas médicas realmente eficaces que den respuesta de forma satisfactoria a este problema. El objetivo de nuestro estudio fue explorar la posibilidad de acelerar la resolución de los hematomas cutáneos mediante el láser de colorante pulsado (LCP). Se realizó un estudio prospectivo en el que se seleccionaron pacientes con hematomas cutáneos de distinto origen para tratamiento de una zona del hematoma con LCP. Los parámetros estudiados fueron: 10 mm; 5-8 J/cm<sup>2</sup>; 0,5-6 ms. La respuesta se midió valorando cambios en una escala subjetiva del 0-4 sobre la intensidad del hematoma, a las 24 h y a la semana post-tratamiento. Se realizaron estudios invitro e histológicos. En total 20 pacientes fueron seleccionados. Los mejores resultados se obtuvieron en los hematomas de gran intensidad (3-4) con mejoría total en muchos de ellos a las 24 h. Los hematomas de menor intensidad mostraron peor respuesta, e inclu-

so empeoramiento en algunos casos. El LCP (595 nm) tiene especial afinidad por la oxihemoglobina contenida en los hematíes. En los hematomas sería la destrucción de los hematíes extravasados lo que condicionaría la pronta resolución de éstos. Los mejores resultados se obtuvieron en los hematomas con coloración más intensa rojo-violácea, que parecen corresponder con aquellos con extravasación hemática reciente en planos superficiales. Por lo tanto, el LCP parece una alternativa segura, rápida y eficaz para acelerar la curación de los hematomas de gran intensidad.

### P25. EFICACIA DEL CIDOFOVIR TÓPICO EN VERRUGAS GENITALES EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

M. Canseco Martín, C. Delgado Mucientes, E. Manrique Silva, T. Kueder Pajares y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

**Introducción:** Las verrugas genitales son lesiones causadas por virus del papiloma humano (VPH) y constituyen una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Respecto al tratamiento, disponemos de terapias ablativas, aquellas que interrumpen la división celular, las inmunomoduladoras y las terapias alternativas como terapia fotodinámica y cidofovir. En inmunodeprimidos, existe mayor persistencia y resistencia a los tratamientos convencionales.

**Caso clínico:** Mujer 35 años sin alergias medicamentosas conocidas con enfermedad mixta del tejido conectivo más vasculitis crónica en tratamiento inmunosupresor con metotrexato, ácido fólico, sulfato de hidroxicloquinina y deflazacort. Acude por aparición de múltiples lesiones papulosas y verrucosas, de coloración marrón-rojiza en región genital y perianal, compatibles con verrugas genitales. Serologías negativas. Se comenzó tratamiento con Imiquimod 5% días alternos durante 3 meses presentando gran irritación. Se aplicó crioterapia en verrugas de mayor tamaño con respuesta parcial. Posteriormente se inicia tratamiento con cidofovir tópico 1% 1 vez al día durante 5 días consecutivos realizando un 2º ciclo a las 2 semanas con aparición de dolor, eritema y ulceración. Cultivo positivo para Escherichia Coli, Proteus mirabilis y Cándida Albicans, resolviéndose reacción local y sobreinfección con tratamiento tópico y oral oportunos. Tras resolución de la inflamación, objetivamos desaparición de todas las verrugas genitales, sin recidiva a los 6 meses de tratamiento.

**Discusión:** El cidofovir es un antiviral análogo citidínico que inhibe de forma competitiva la ADN polimerasa de diferentes virus cuyo uso está aprobado para retinitis por citomegalovirus en pacientes inmunodeficientes. Fuera de ficha técnica se ha utilizado para el tratamiento de infecciones de VPH con resultados esperanzadores aunque no existe consenso respecto a la concentración y posología. Consideramos el cidofovir tópico como una alternativa terapéutica útil en verrugas genitales persistentes y resistentes a otros tratamientos como es el caso de pacientes inmunodeprimidos.

### P26. TÉCNICA ANESTÉSICA PARA EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA DE LA HIPERHIDROSIS AXILAR

S. Olalla Figueroa<sup>a</sup>, J. García Gavín<sup>b</sup>, J. Labandeira García<sup>c</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España. <sup>b</sup>Clínica Pérez&Gavín Dermatólogos. Vigo. Pontevedra. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** La hiperhidrosis axilar es una de las localizaciones más frecuentes. El tratamiento con toxina botulínica A (BTX-A) se posiciona como una terapia de segunda línea, eficaz y segura, en pacientes que no logran mejoría con antitranspirantes tópicos. Técnicamente consiste en la inyección intradérmica de toxina botulínica

ca. Suelen ser necesarias de 10 a 25 inyecciones, dependiendo del tamaño de la axila. En ciertos pacientes, el dolor asociado al procedimiento puede ser una limitación. Para paliarlo se han usado diversas técnicas con pobre eficacia, como anestésicos tópicos, crioanalgesia o anestesia vibratoria, y el tratamiento suele realizarse sin ningún método para reducir el dolor. En los últimos 10 años, hemos realizado 110 procedimientos en 15 pacientes (83% mujeres) mediante anestesia local axilar diluida y administrada en 3-4 inyecciones por axila. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con/sin dicha técnica, y en el 100% de los casos solicitaron la administración del tratamiento con anestesia diluida.

**Técnica:** Tras las medidas previas habituales para la administración de toxina botulínica en hiperhidrosis axilar (rasurado de la zona, división en celdas de 1 cm<sup>2</sup>, etc.), se inyecta subcutáneamente un total de 1 cc (máximo 2 en axilas grandes) de mepivacaína al 2% diluida en 10 cc de suero fisiológico (mepivacaína al 0,2%) mediante una aguja hipodérmica de 23 G. La dilución se administra sobre las líneas que separan 2 columnas, con lo que se anestesia ambas con una sola inyección y se reduce el número de inyecciones a la mitad. Con 3-4 inyecciones tendremos anestesiada la totalidad de la axila.

**Discusión:** Con la técnica descrita, se consigue una anestesia total del área en la que posteriormente se inyectaría la BTX-A. Si bien esta baja dilución no permitiría incisiones profundas, sí evita el dolor generado por las inyecciones. De este modo, con una pequeña cantidad de anestésico y 3-4 inyecciones se evitan las molestias asociadas a las 25 infiltraciones que suele requerir el procedimiento, mejorando la adherencia al mismo y aumentando la satisfacción del paciente.

**Conclusiones:** Presentamos una técnica útil de anestesia axilar previa al tratamiento con BTX-A, solicitada en nuestra experiencia por el 100% de los pacientes si les es ofrecida, y especialmente útil en pacientes con baja tolerancia al dolor.

## P27. CLOFAZIMINA Y SUS USOS EN DERMATOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE QUEILITIS GRANULOMATOSA

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

*Servicio de Dermatología. Hospital del Tajo. Aranjuez. Madrid. España.*

**Introducción:** La queilitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria poco frecuente caracterizada por episodios de edema labial recidivante que pueden conducir a un edema o aumento de tejidos permanente (macroquelia). Presentamos un paciente con queilitis granulomatosa que hemos tratado con clofazimina.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 41 años, que inició la sintomatología hace 7 años, con episodios de edema labial superior recidivante. Entre los tratamientos empleados, se pautó clofazimina, durante siete meses con una escasa respuesta.

**Discusión:** Revisamos las propiedades y usos de clofazimina en dermatología.

## P28. OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET RESISTENTE A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

E. Manrique Silva, T. Kueder Pajares, M. Canseco Martín. A. Robledo Sánchez y P. Manchado López

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.*

La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis necrotizante sistémica con compromiso de arterias y venas de diferente tamaño. Dentro de la sintomatología los pacientes presentan lesiones mucocutáneas recidivantes y afectación ocular, articular, vascular, gastrointestinal y del sistema nervioso central. La etiología de la EB aún es desconocida.

**Caso clínico:** Varón 42 años diagnosticado de EB. Presentaba brotes recurrentes de aftas orales dolorosas, eritema nodoso y fenómenos trombóticos de repetición. Consulta en el Servicio de Dermatología por úlceras arteriales muy dolorosas y lesiones pápulo-pustulosas en ambos miembros inferiores de más de 1 año de evolución. Tratado con corticoides vía oral, ciclosporina, sulfona, AINES y colchicina. Presentó escasa mejoría con los tratamientos pautados. Se inició tratamiento con Etanercept 50 mg/2 semanas. Previamente se realizó analítica sanguínea, serología, Mantoux y radiografía de tórax, encontrándose todos los resultados dentro de la normalidad. La evolución del paciente fue favorable. Actualmente presenta únicamente brotes esporádicos de papulopustulas en miembros inferiores. Las úlceras han remitido completamente.

**Discusión:** En la EB existe un incremento de LTh-1, monocitos y niveles séricos de TNF-alfa, siendo este un mediador inflamatorio importante en esta entidad. Por medio de este mecanismo la terapia con fármacos anti TNF-alfa ha mostrado disminuir la actividad en dicha patología. En el caso del etanercept se ha evidenciado que mejorará sobre todo las manifestaciones mucocutáneas, por lo que se postula que debería ser considerado como una alternativa terapéutica válida cuando fracasan los tratamientos convencionales. Particularmente esto quedó reseñado con la respuesta espectacular que tuvo nuestro paciente, quien presentaba úlceras vasculares de etiopatogenia inflamatoria y no úlceras vasculares isquémicas clásicas secundarias a obstrucción arterial. Por último cabe remarcar la necesidad de ampliar los estudios en cuanto a la eficacia, seguridad y uso a largo plazo de este medicamento en el manejo de la EB, ya que estos aún son limitados.

## P29. VALORACIÓN DEL MINOXIDIL AL 5% EN UNA NUEVA LOCIÓN ANTICAÍDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

L.C. Sáez Martín<sup>a,b</sup>, E. Suñer Ollé<sup>b</sup> y R. Suárez Fernández<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. <sup>b</sup>Laboratorio Martiderm.*

**Introducción:** La alopecia androgénica (AGA) es el tipo de calvicie más frecuente en varones, aunque también se produce en mujeres. El minoxidil al 5% tópico es eficaz en el tratamiento de la AGA aunque los efectos secundarios locales son frecuentes.

**Objetivos:** Analizar la eficacia y seguridad de la aplicación del minoxidil formulado al 5% en una nueva loción cosmética con un bajo porcentaje de alcohol y 3 factores de crecimiento capilar (IGF, VEGF y Follistatin) para el tratamiento de la AGA.

**Material y métodos:** Quince hombres y mujeres con AGA (excluyéndose embarazadas o en período de lactancia), mayores de 18 años, se aplicaron el medicamento 1 ml 2 veces al día durante 3 meses. Se documentaron los signos clínicos de mejoría y posibles efectos secundarios, y los voluntarios cumplieron un cuestionario de evaluación de las cualidades subjetivas y satisfacción.

**Resultados:** Tras tres meses de tratamiento el 73,3% presentó mejoría o estabilidad de la AGA, deteniéndose la progresión del proceso en la mayoría de los pacientes. El 86,7% refería una disminución de la caída del cabello. El 50% había utilizado con anterioridad este tipo de productos y un 80% de ellos afirmó notar menos manifestaciones cutáneas desagradables, mayor freno de la caída del cabello, más densidad y pelo más fuerte, además de menor sensación grasa tras la aplicación y en general ser cosméticamente más agradable que con otros productos.

**Discusión:** Esta base de formulación incorpora 3 factores de crecimiento capilar que actúan sinérgicamente con el minoxidil en el tratamiento de la AGA, además de contener un bajo porcentaje en alcohol aumentando su tolerancia.

**Conclusiones:** Aunque serían necesarios más estudios con mayor número de pacientes, esta formulación con minoxidil al 5% resultó ser más eficaz, más cosmética y mejor tolerada que otras lociones convencionales similares para el tratamiento de la AGA.

### P30. EVALUACIÓN *IN VITRO* E *IN VIVO* DEL EFECTO DE UN TRATAMIENTO COSMÉTICO MÁS COMPLEMENTO ORAL SOBRE LA CAÍDA DEL CABELLO

E. Suñer Ollé y L.C. Sáez Martín

Laboratorio Martiderm.

**Introducción:** Los cosméticos tópicos y complementos nutricionales pueden suponer una opción terapéutica en casos de alopecia androgénica (AGA) o de efluvio telógeno (ET).

**Objetivos:** Determinar la capacidad de una solución tópica con 3 factores de crecimiento capilar y activos antiandrogénicos para inhibir la expresión génica de la 5alfa reductasa tipo 1 (SRD5A1) y tipo 2 (SRD5A2) *in vitro*, y de inducir la expresión de VEGF, TGF- $\alpha$ 1 y SRD5A1 *ex vivo*. Valoración instrumental de la eficacia y subjetiva de las cualidades del tratamiento tópico más un complemento alimentario en condiciones normales de uso.

**Material y métodos:** Se determinó mediante RT-qPCR la expresión de SRD5A1 y SRD5A2 en células de la papila dérmica folicular humana cultivadas con el producto, y de VEGF, TGF- $\alpha$ 1 y SRD5A1 en folículos pilosos de voluntarios tratados durante 7 días. 30 sujetos con AGA o ET, divididos en dos subgrupos (placebo y tratado), se aplicaron 3ml/día de la solución y tomaron una capsula/día 3 meses. Se evaluaron fototricogramas y cuestionarios a diferentes tiempos de estudio.

**Resultados:** Inhibición de SRD5A1 y SRD5A2. Aumento de VEGF y reducción de TGF- $\gamma$ 1 y SRD5A1, factores reguladores negativos del crecimiento del cabello. Incremento constante del porcentaje de pelo anágeno y disminución del porcentaje de pelo telógeno tras dos y tres meses de tratamiento y de la densidad de pelo telógeno a los 3 meses de manera estadísticamente significativa. Excelente tolerancia y aceptabilidad.

**Discusión:** IGF, VEGF y follistatin y otros activos con capacidad para inhibir la 5alfa-reductasa, ayudan a frenar la caída y estimular el crecimiento de nuevos cabellos. Los complementos alimenticios con extracto de serenoa repens aportan sustancias nutritivas y ayudan a la actividad antiandrogénica.

**Conclusiones:** El tratamiento a estudio actúa sinérgicamente a nivel capilar favoreciendo la regeneración capilar y tiene un efecto anticaída, de manera estadísticamente significativa tras tres meses de tratamiento.

### P31. ALOPECIA AREATA UNIVERSAL EN UNA NIÑA DE 13 MESES: RESPUESTA AL DITRANOL TÓPICO

M.C. Salazar Nieves<sup>a</sup> y L. Noguera Moral<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. España. <sup>b</sup>Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

**Introducción:** La alopecia areata total y universal es una entidad de manejo complejo, especialmente en niños donde a la hora de elegir un tratamiento hay que valorar cuidadosamente el riesgo-beneficio del mismo.

**Caso clínico:** Se trata de una niña de 13 meses que acude con sus padres por pérdida casi completa de pelo me cuero cabelludo, cejas y pestañas. La caída había sido brusca y rápida. No había realizado ningún tratamiento y en su historial médico no destacaba nada de interés salvo dermatitis atópica leve. Se realizaron estudios analíticos completos incluyendo perfil tiroideo, anticuerpos anti-tiroideos y de celiaquía así como niveles de zinc, vitamina B12 y ferritina siendo todo normal. Sólo llamaba la atención la ausencia de dentición, pero que finalmente resulto ser dentición tardía. Se trató con ditranol 1% crema una vez al día con excelente respuesta y tolerancia y repoblación en 3 meses. En actualidad continúa tratamiento (6 meses) sin recaída.

**Conclusiones:** La antralina o ditranol tópico es un agente terapéutico que restablece la tasa o índice normal de proliferación y queratinización de las células epidérmicas al disminuir la actividad

mitótica y la síntesis del DNA de la epidermis hiperplásica. Su absorción es escasa y reducida a través de la piel y su principal metabolito es el dantrón que se elimina por vía urinaria. Es usado como terapia de la psoriasis y la alopecia areata. En general el ditranol es muy bien tolerado habiéndose comunicado pocos casos de alergia de contacto. Puede observarse ocasionalmente una irritación transitoria de la piel normal o de la piel que rodea las lesiones. En nuestro caso obtuvimos una excelente respuesta terapéutica para alopecia areata.

### P32. REACCIÓN LOCAL INTENSA POR MESOTERAPIA LIPOLÍTICA

P.P. García Montero, E. Rojas Mora, A. Garrido Ríos, S. Córdoba Guijarro y J. Borbujo Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que acude a urgencias por aparición de múltiples placas eritematopurpúricas edematosas, de entre 20 y 30 cm en ambas caderas, abdomen y muslos, pruriginosas y algunas dolorosas de casi una semana de evolución. No presentaba fiebre ni otra clínica asociada. Nueve días antes la paciente se había sometido a un tratamiento de mesoterapia lipolítica en una clínica privada. Se realizan diferentes pruebas complementarias, incluyendo radiografía de tórax y analítica con bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones, y se realizó una biopsia con resultado de dermatitis espongiforme con edema dérmico y eosinofilia. Se instauró tratamiento con antibioterapia oral (amoxicilina/ácido clavulánico), corticoterapia tópica y sistémica, con resolución total de las lesiones. Posteriormente se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, de cosméticos Martí Tor® y el producto de mesoterapia. Las lecturas a las 48 y 96 horas y a los 7 días fueron negativas o no relevantes. También se realizaron pruebas cutáneas, prick e intradermorreacción, con el producto propio con lectura retardada siendo también negativas. Con estos resultados se pensó en un posible mecanismo tóxico directo como causa de esta reacción local eczematosa tan intensa tras la aplicación de las inyecciones de mesoterapia lipolítica. En la revisión bibliográfica hemos encontrado descritas, tras la realización de mesoterapia la aparición de complicaciones inespecíficas (náuseas, vómitos, mareos...), sistémicas (reacciones de hipersensibilidad, infecciosas, hipertransaminasemia) y locales. La aparición de hematomas, dolor, edema, eritema, prurito, hiperpigmentación postinflamatoria, infecciones cutáneas, formación de granulomas no infecciosos, cicatrices, oleomas, atrofia o lipodistrofia están ampliamente descritas, pero solo hemos encontrado en la literatura un caso de dermatitis tóxica tras mesoterapia lipolítica con lesiones similares a las de nuestra paciente. Presentamos un caso de probable dermatitis tóxica tras inyecciones de mesoterapia lipolítica escasamente descrita en la literatura.

### P33. EFICACIA EN LA REGENERACIÓN, DIFERENCIACIÓN Y COMUNICACIÓN DERMOEPIDÉRMICA DE UN PRODUCTO ANTIESTRÍAS

G. Bacchini<sup>a</sup> y G. Puig Algorta<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento Médico. Ferrer. <sup>b</sup>Departamento de Desarrollo Cosmético.

**Introducción:** Un producto antiestrías ideal debería estimular la actividad fibroblástica y favorecer la formación de fibras elásticas aplicado tópicamente.

**Objetivos:** Evaluar la influencia de Repavar Crema Antiestrías en la regeneración, diferenciación y comunicación dermo-epidérmica.

**Material y métodos:** Epidermis humanas reconstituidas (SkinEthic) tratadas con producto 16 horas. Control: epidermis tratadas con

medio de cultivo. Cuantificación de Viabilidad celular (VC, ensayo MTT), análisis histológico (tinción hematoxilina/eosina H&E), expresión de E-cadherina (inmunofluorescencia, IFI). Dermis: fibroblastos humanos tratados 24 hs con sobrenadantes de epidermis anteriores post-tratamiento. Evaluación de Elastina cualitativa (IFI) y cuantitativa (ELISA), cuantificación de VC. Análisis por triplicado. **Resultados:** Epidermis: VC: control = 100%, producto = 98% (p = ns). Análisis H&E: grosor: control = 150 um, producto = 140 um (p = ns); mayores signos de diferenciación en epidermis tratadas con producto (capa basal menos abultada, tinción más intensa). E-cadherina: señal más intensa, nítida, comienza más cerca de capa basal, en epidermis tratadas con producto. Dermis: Elastina: señal más intensa en zona perinuclear en fibroblastos tratados con producto; control = 20 ng/ml, producto = 23 ng/ml (p < 0,05). VC: control = 100%, producto = 120% (p < 0,001).

**Discusión:** Los resultados en la epidermis reflejan un balance de los procesos biológicos de regeneración-diferenciación, necesarios en la homeostasis de la piel, induciéndose primero la proliferación celular necesaria para la regeneración y posteriormente la diferenciación. Esto concuerda con que el número de células tratadas con el producto no disminuye en pro a la diferenciación. La presencia de marcaje de E-cadherina en las células cercanas a la capa basal es propio de células más diferenciadas. A su vez, las moléculas liberadas por estos queratinocitos favorecen la proliferación de los fibroblastos y los estimulan a producir proteínas de Matriz Extracelular, lo que también implica diferenciación celular.

**Conclusiones:** El producto induce un diálogo entre los queratinocitos de las epidermis tratadas y los fibroblastos dérmicos, favoreciendo la producción de elastina y la regeneración celular en dermis, garantizando su efecto anti-estrías.

#### P34. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD, ACEPTABILIDAD Y PREFERENCIAS DE UNA LÍNEA DERMOFARMACÉUTICA PARA LA PIEL ATÓPICA

G. Bacchini

*Departamento Médico. Ferrer.*

**Introducción:** un producto destinado a la piel atópica debe demostrar su seguridad y eficacia en ella, para garantizar su idoneidad.

**Objetivos:** Evaluar la tolerancia cutánea y aceptabilidad de la línea Atopic Piel en condiciones normales de uso bajo control médico.

**Material y métodos:** Siete estudios prospectivos individuales (test de uso), aplicación diaria de cada producto, durante 14 días. Criterios selección de voluntarios: Crema facial, Crema Extreme: cada estudio con 20 niños atópicos >1 mes de edad, ambos sexos, evaluación bajo control pediátrico y dermatológico (3 visitas: basal, 1 semana, 14 días). Gel de baño, Loción corporal, Crema corporal, Champú capilar, Oleoducha Extreme: cada estudio con 20 adultos atópicos, ambos sexos, bajo control dermatológico (2 visitas: basal, 14 días). Cuestionario final de valoración de cada producto por el usuario.

**Resultados:** Tolerancia cutánea: no se reportó ninguna reacción adversa en ningún estudio. Valoraciones (cada producto): 100% satisfacción global; 100% satisfacción con: textura, sensación agradable, aplicación rápida y sencilla; 95-100% de voluntarios nota efecto beneficioso o de mejora tras el uso. Higiene (Gel baño, Oleoducha, Champú): 100% no siente picor tras el uso y nota efecto de mejora sostenida; 95-100% piensa que limpia bien y que es mejor que el que suele usar. Emolientes: 100% piensa que se absorbe bien y uniformemente, 100% satisfecho con efecto hidratante; 95-100% siente piel menos sensible y seca y nota disminución en enrojecimiento e irritación cutánea.

**Discusión:** El cuidado fundamental para la piel atópica es una rutina diaria de hidratación y protección. Los productos para ello deben ser diseñados para satisfacer sus necesidades específicas de seguridad y eficacia, pero sus cualidades cosméticas también son de vital importancia para favorecer la cumplimentación de esta aplicación.

**Conclusiones:** La línea Atopic Piel es ideal para pacientes atópicos por su gran seguridad, eficacia y cosmética demostradas en todos sus productos.

#### P35. TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA DE ÚLCERAS ISQUÉMICAS EN LOS PIES EN 2 PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. González Olivares, B. Navarro Vidal, N. Garrido Ríos, C. Martínez Morán y J. Borbujo Martínez

*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Introducción:** La toxina botulínica (BTX) está extendiéndose progresivamente para el tratamiento de diversas condiciones médicas, entre las que destacamos la isquemia digital en pacientes con fenómeno de Raynaud. Describimos dos pacientes con esclerosis sistémica (ES) y úlceras dolorosas en los pies que presentaron una importante mejoría tras la infiltración de BTX.

**Caso clínico:** Mujer de 43 años con síndrome de CREST. Consultó por lesiones dolorosas en planta de los pies que empeoraban con el frío. A la exploración presentaba máculas eritemato-violáceas en cara plantar de ambos pies. Tras el tratamiento insatisfactorio con antagonistas del calcio, corticoides tópicos, parches de ibuprofeno y minoxidil tópico, se decidió infiltración de BTX con buenos resultados. La segunda paciente es una mujer de 30 años con ES difusa. Consultó por úlceras extensas, muy dolorosas en ambos pies. Había recibido tratamiento con simpatectomía química, sildenafil, povidona yodada y clostridiopeptidasa tópicos sin mejoría. A la exploración presentaba úlceras necróticas en varios dedos del pie izquierdo y todos los dedos del pie derecho con intensa maceración y mal olor. Se instauró tratamiento antibiótico y desbridamiento quirúrgico con mejoría parcial. Ante la persistencia de dolor intenso se decidió infiltración de BTX con mejoría instantánea del dolor, frialdad y coloración y posterior mejoría de las úlceras.

**Discusión:** BTX ha sido empleado para el tratamiento del fenómeno de Raynaud en las manos en pacientes con ES con buenos resultados. La disminución en la capacidad de vasoconstricción por el descenso en el tono de las fibras musculares lisas de la pared vascular es la hipótesis etiopatogénica más aceptada. En los casos presentados, las infiltraciones fueron bien toleradas, sin aparición de efectos secundarios y con un efecto duradero. Consideramos que el tratamiento con BTX puede ser una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de úlceras en los pies en pacientes con ES.

#### P36. TERAPIA FOTODINÁMICA: NUEVA OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA

E. Rojas Mora<sup>a</sup>, P.P. García Montero<sup>a</sup>, C. Horcajada Reales<sup>a</sup>, J. Borbujo Martínez<sup>a</sup> y J.C. Tardío Dovao<sup>b</sup>

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

Mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés, valorada en nuestro servicio hace 10 años, por presentar una placa eritematosa, anular, con borde sobrelevado y costroso, en codo izquierdo. Se realizó una biopsia, en la que se evidenció una epidermis hiperplásica, con moderada papilomatosis descendente, hipergranulosis e hiperqueratosis ortoqueratósica, centrada por un canal que parecía corresponder a un folículo piloso, ocupado por fibras elásticas de morfología anómala, células inflamatorias y queratina. En dermis, se objetivó un incremento de fibras elásticas y un leve infiltrado inflamatorio linfocítico. Se diagnosticó a la paciente de elastosis perforante serpiginosa (EPS) y se instauró tratamiento con mometasona tópica, con mejoría parcial. Hace unos 10 meses, la paciente volvió a consultar por empeoramiento de la lesión del codo y aparición de nuevas lesiones de tipo pápulas queratósicas, bien delimita-

das e infiltradas, en caras laterales de ambos muslos, también histológicamente compatibles con EPS. Ante escasa mejoría con metasona y calcipotriol tópicos, se decidió iniciar ALA-TFD, con mejoría de todas las lesiones tras 2 sesiones de tratamiento, dejando en la mayoría eritema residual. La elastosis perforante serpiginosa se incluye dentro de las dermatosis perforantes clásicas. Suele afectar a varones jóvenes. Existen tres variantes: idiopática, asociada a enfermedades sistémicas y secundaria a tratamiento con D-penicilamina. Se han empleado múltiples tratamientos (corticoides, queratolíticos, retinoides, imiquimod, calcipotriol,?) con pobres resultados. Sólo hemos encontrado un caso en la literatura donde se emplea la TFD en un varón asiático de 32 años con enfermedad de Wilson, en tratamiento con D-penicilamina. Presentamos un caso de EPS idiopática con buena respuesta a ALA-TFD y sugerimos el empleo de esta técnica para su tratamiento.

### P37. ECOGRAFÍA CUTÁNEA DE COMPLICACIONES TRAS INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO NO REABSORBIBLE

B. Navarro Vidal<sup>a</sup>, A. Moreno<sup>b</sup>, C. Horcajada Reales<sup>a</sup>, B. Echeverría García<sup>a</sup> y J. Borbujo Martínez<sup>a</sup>

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

**Introducción:** Los silicogranulomas son una reacción granulomatosa a cuerpo extraño como resultado del implante subcutáneo de silicona con fines estéticos o terapéuticos.

**Casos clínicos:** Presentamos dos pacientes con lesiones dolorosas tras infiltración de material de relleno. El caso 1 se trataba de una paciente de 43 años, natural de Colombia, que hacía 3 años en su país de origen se infiltró los glúteos. Desde hacía meses notaba nódulos profundos en la zona lumbar y muslo izquierdo que habían sido diagnosticados de lipomas en atención primaria. La ecografía cutánea mostró en la zona lumbar, nódulos hipoeoicos profundos sin relleno con el Doppler. En la proximidad de estos nódulos y en el muslo izquierdo se observó un patrón en nevada. La biopsia con aguja gruesa fue compatible con reacción a cuerpo extraño. El caso 2 se trataba de una mujer de 48 años que consultó por lesiones dolorosas en glúteos de 6-7 meses de evolución tras infiltración de aproximadamente un litro de biogel en su domicilio. La ecografía mostró un patrón en nevada. La biopsia de una las lesiones fue compatible con una reacción a cuerpo extraño a material oleoso.

**Discusión:** La silicona es un material de relleno no reabsorbible que en la actualidad no se emplea en nuestro país y que conlleva numerosas complicaciones dermatológicas. La mayoría de los pacientes acuden tras una infiltración clandestina de un material que ellos mismos desconocen y consultan por estas complicaciones. La ecografía cutánea ayuda a identificar este material infiltrado en muchos casos y evita tratamientos invasivos que pueden ser contraproducentes. La silicona pura muestra un aspecto anecoico y el aceite de silicona muestra el patrón en nevada. El diagnóstico de confirmación es histológico y el tratamiento es desalentador.

### P38. INFECCIÓN CUTÁNEA PRIMARIA POR MYCOBACTERIUM KANSASII: TRATAMIENTO CON CLARITROMICINA

L. Pericet Fernández, I. Polo Rodríguez, A. Quesada Cortés, S. Medina Montalvo y L. Trasobares Marugán

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

**Introducción:** Mycobacterium kansasii es una micobacteria ambiental que produce de forma primaria neumopatía en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad pulmonar de base. La infección cutánea es muy infrecuente y su presentación es variable, manifes-

tándose como pápulo-pústulas, placas eritematosas o verrucosas, nódulos inflamatorios, abscesos o úlceras cutáneas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 60 años que consultó por lesiones cutáneas de 4 meses de evolución en forma de nódulos eritemato-violáceos y descamativos en mano, antebrazo y brazo izquierdos, uno de ellos abscesificado. La biopsia cutánea mostró un infiltrado linfoplasmohistiocitario pandérmico. En el cultivo de la biopsia cutánea se aisló M. kansasii resistente a isoniazida y sensible a claritromicina. No presentaba afectación pulmonar. Se decidió tratamiento con claritromicina con resolución de las lesiones cutáneas.

**Discusión:** Las infecciones cutáneas por micobacterias no tuberculosas son poco frecuentes y su tratamiento no está estandarizado. Inicialmente se sugirió que las infecciones cutáneas se trataran con el mismo régimen que las formas pulmonares (triple terapia con isoniazida, rifampicina y etambutol). En la actualidad se considera que el tratamiento de estos organismos debería individualizarse de acuerdo con los estudios de sensibilidad de la cepa causante de la enfermedad. En nuestro caso el tratamiento recomendado según el antibiograma fue la claritromicina, con buena respuesta clínica.

### P39. MANEJO DE LOS QUISTES POR OCLUSIÓN PILOSEBÁCEA

A. Martín Fuentes, E. Jiménez Blázquez, V. Melgar Molero, R. Pérez Mesonero y E. de Eusebio Murillo

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

**Introducción:** Los quistes de milium, los esteatocistomas múltiples y los quistes eruptivos vellosos se consideran subtipos de quistes pilosebáceos. Las diferentes manifestaciones clínicas van en función de a qué nivel del conducto pilosebáceo se origina el quiste. Presentamos el caso de una mujer con esteatocistomas múltiples faciales exitosamente tratados con la técnica de incisión y drenaje.

**Caso clínico:** Mujer de 27 años que consultó por múltiples lesiones de aspecto quístico de pequeño tamaño en ambas mejillas, mentón, frente y piel de labio superior de años de evolución. En su familia no había casos similares. La paciente había realizado tratamiento tópico y oral para el acné incluido isotretinoína oral sin mejoría. El diagnóstico clínico era concordante con la variante facial de esteatocistomas múltiples. Bajo anestesia tópica se realizó una incisión en cada quiste con un bisturí del nº 11 y extracción del material con la parte roma de una cureta nº 4. Posteriormente se aplicó feracrylum 3% para evitar el sangrado y compresión con apósito durante 24 horas. Pasadas las 24 h se indicó el uso de mezcla de 2 retinoides tópicos en gel todas las noches para evitar las recidivas. Un año después la paciente no ha presentado recurrencias y presenta un buen resultado cosmético.

**Discusión:** La variante facial de esteatocistomas múltiples es una rara enfermedad donde los múltiples quistes amarillentos se localizan sólo en la región facial. Este trastorno puede provocar importantes alteraciones psicológicas y estéticas. Existen múltiples modalidades de tratamiento descritas en la literatura como extirpaciones quirúrgicas, crioterapia, láser de CO2 y extracción manual de los quistes. Consideramos esta última opción la más adecuada para el abordaje de nuestra paciente. Añadimos como perla terapéutica el uso de un agente hemostático tópico y compresión durante 24 horas para evitar el sangrado y una mezcla de 2 retinoides tópicos para evitar las recidivas.

### P40. BROMHIDROSIS AXILAR TRATADA CON DISPOSITIVO DE MICROONDAS EN 15 PACIENTES

G. Marrero Alemán<sup>a</sup>, I. Sánchez Carpintero<sup>b</sup>, A. Martín Gorgojo<sup>b</sup> y R. Ruiz Rodríguez<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Canarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España. <sup>b</sup>Unidad de Dermatología. Clínica Dermatológica Internacional. Clínica Ruber. Madrid. España.*

**Introducción:** Se define como bromhidrosis a la presencia de olor corporal desagradable, asociado o no a hiperhidrosis. Hay distintas modalidades terapéuticas con resultados poco satisfactorios y altas tasas de recurrencia. Recientemente se ha comercializado un dispositivo de microondas (MiraDry®) para el tratamiento de la hiperhidrosis con buenos resultados, por lo que nos planteamos su aplicación para pacientes con bromhidrosis.

**Material y métodos:** Incluimos 15 pacientes afectados de hiperhidrosis y bromhidrosis axilar (dos de ellos exclusivamente con bromhidrosis) tratados con el dispositivo de microondas de nuestra serie de 102 pacientes tratados hasta la fecha. Se evaluaron variables demográficas y tratamientos previos, así como eficacia, efectos secundarios y seguimiento durante un periodo entre 3 meses y un año. Además se incluyeron escalas de valoración de hiperhidrosis (HDSS), bromhidrosis (escala de olor y escala analógica visual) y de calidad de vida (DLQI) durante el periodo de seguimiento.

**Resultados:** Los pacientes tenían entre 18 y 45 años, siendo 9 mujeres (60%) y 6 hombres (40%). Doce (80%) habían usado únicamente antitranspirantes, 4 (26,60%) toxina botulínica y uno (6,66%) oxibutinina. Precisarón entre 1 y 3 sesiones, mostrando mejoría en todas las escalas evaluadas, refiriendo un grado de satisfacción global medio de 8,22 sobre 10. Los efectos secundarios fueron transitorios, como inflamación, hematomas, dolor, formación de nódulos, disminución del vello axilar y alteración de la sensibilidad.

**Discusión:** Existen distintos tratamientos tanto no invasivos (anti-transpirantes, iontoforesis y toxina botulínica) como invasivos (escisión de piel axilar, afeitado subdérmico y curetajeliposucción) con resultados variables y altas tasas de recurrencia. Hay una serie publicada de 8 pacientes con resultados similares a los nuestros (Lee et al.).

**Conclusiones:** El dispositivo de microondas es un tratamiento seguro y no invasivo para casos de bromhidrosis asociada o no a hiperhidrosis refractaria a tratamientos previos, con buenos resultados tras un año de seguimiento.

#### **P41. QUERATOSIS ACTÍNICA EN DISTINTAS LOCALIZACIONES DE LA CABEZA: TRATAMIENTO SECUENCIAL DE CRIOTERAPIA CON INGENOL MEBUTATO**

S. Vidal Asensi, C. Schoendorff, F.A. Alcántara Nicolás, A. Montes Torres y E. Martínez Lorenzo

*Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.*

**Introducción:** El tratamiento de la QA con crioterapia es muy frecuente pero, dado que solo trata lesiones individuales, en los pacientes con daño actínico se precisa completar el tratamiento con algún fármaco que actúe sobre el campo de cancerización.

**Objetivos:** Estudio observacional-retrospectivo que evalúa la efectividad de la secuencia de tratamiento de crioterapia con Ingenol mebutato (IM) de forma simultánea en diferentes zonas de la cabeza.

**Métodos:** Entre septiembre y noviembre de 2015 se recogieron datos de pacientes tratados de QA con crioterapia seguida de IM 150 mcg/g durante 3 días en el Complejo Hospitalario de Toledo y en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 25 pacientes (15 hombres y 10 mujeres, rango de edad de 57 a 86 años), que presentaban una media de 10,3 lesiones, localizadas en cara o cuero cabelludo. El 24% (6/25) de los pacientes tenían antecedentes de CPNM, y el 56% (11/25) no había recibido ningún tratamiento previo. A los 70 días desde el inicio del tratamiento se observó respuesta completa en el

58% (14/24) de los pacientes y respuesta parcial en el 42% (10/24). A los 12 meses fueron del 78% (10/13) y 23% (3/13), respectivamente. La adherencia fue completa en el 82% (18/22) de los casos. Las reacciones cutáneas locales en el área de aplicación de IM fueron eritema (25/25), costras (19/25), descamación (16/25), erosión (8/25) y pus (2/25).

**Discusión:** La estrategia terapéutica de combinar ambos tipos de terapias puede mejorar la eliminación de todas las lesiones enmarcadas dentro del denominado campo de cancerización.

**Conclusiones:** El tratamiento con IM en pacientes que han recibido crioterapia podría ayudar a mejorar la tasa de respuesta y prevenir lesiones futuras por su actuación en el campo de cancerización. Tratar simultáneamente en diferentes localizaciones es eficaz y seguro.

#### **P43. CRIOSCLEROSIS DE VARICES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 30 PACIENTES**

N. Merino de Paz<sup>a</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>b</sup>, M. Sáez Rodríguez<sup>c</sup>, M. Merino de Paz<sup>a</sup> y L. Sacramento Lutzardo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermamedicina Clínicas; <sup>b</sup>Quirón Tenerife. Islas Canarias. España. <sup>c</sup>Centro Madre. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. España.*

**Introducción:** La crioesclerosis de varices es una técnica muy útil para las telangiectasias y las venas reticulares de los miembros inferiores. Sus principales ventajas, en comparación con la escleroterapia convencional con polidocanol, son: se puede realizar en cualquier época del año (incluso en verano), es una técnica rápida y muy segura sin riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria. El tratamiento consiste en inyectar en las venas a tratar una sustancia esclerosante denominada glicerina cromada, que se aplica utilizando una herramienta especial, la criojeringuilla, que permite que se trabaje a una temperatura cercana a los -45° C. La técnica, descrita por el Dr. Ripoll debe ser extensiva, segmentaria, proporcional y secuencial.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento y satisfacción de los treinta pacientes tratados en nuestra consulta entre diciembre 2015 y octubre 2016.

**Material y métodos:** Se han analizado los datos demográficos de los 30 pacientes y las fotografías tomadas antes y después del tratamiento. Se han recogido los eventos adversos, el número de sesiones en cada caso y la satisfacción de los pacientes con la técnica.

**Resultados y discusión:** Los resultados obtenidos son muy satisfactorios tanto para el profesional, como para el paciente. Se requiere, antes del tratamiento, explicar correctamente la técnica, tener en cuenta las expectativas del paciente, recoger el consentimiento informado y, establecer las medidas preventivas posteriores, así como advertir la posibilidad de aparición de nuevas lesiones con el paso del tiempo debido a factores inherentes al paciente.

#### **P44. TRATAMIENTO DE UNA VERRUGA VULGAR RECALCITRANTE DE GRAN TAMAÑO**

T. Kueder Pajares, E. Manrique Silva, A. Robledo Sánchez, E. Godoy Gijón y P. Manchado López

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid. España.*

Presentamos el caso de un varón de 35 años, sin antecedentes personales de interés. Acudió a consulta por una lesión asintomática de 3 años de evolución, en parte posterior de tobillo derecho. A la exploración se observaba una placa de coloración discretamente amarillenta, queratósica, uniforme, de 4 por 3.5 cm de diámetro, no adherida a planos profundos. Se raspó suavemente observándose con claridad en la dermatoscopia capilares trombosados. Además, se realizó una biopsia en sacabocados que confirmaba el diagnóstico de verruga vulgar. Se trató inicialmente con curetaje y varios

ciclos de crioterapia, sin efectividad. Posteriormente se indicó aplicar vaselina al 20% cada noche sobre la verruga de forma oclusiva y limado diario. No fue efectivo tras seis meses de tratamiento. En último lugar se optó por tratar con solución de NitrizincComplex® en ampollas. Se realizó el tratamiento cada dos semanas en consulta, previa a cada aplicación se realizaba un curetaje suave. En ocho sesiones el cuadro se resolvió. Las verrugas vulgares se manifiestan como pápulas, queratóticas, bien delimitadas en ubicadas frecuentemente en las manos, son causadas por el virus del papiloma humano y especialmente frecuentan en la infancia. Aproximadamente dos tercios de las lesiones curan espontáneamente. Presentamos el caso de una verruga vulgar de gran tamaño, recalcitrante a varios tratamientos que respondió a solución de NitrizincComplex®.

#### P45. RESOLUCIÓN DE HIDROCISTOMAS FACIALES MÚLTIPLES MEDIANTE EL USO DE GLICOPIRROLATO TÓPICO

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

Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga. España.

**Introducción:** Los hidrocistomas son tumores benignos que derivan de las glándulas sudoríparas eccrinas. Habitualmente son lesiones únicas y raramente se presentan de forma múltiple asociada a enfermedades sistémicas o a hiperhidrosis.

**Caso clínico:** Mujer de 74 años sin antecedentes de interés que consulta por aumento de sudoración a nivel facial en los meses previos. A la exploración se objetiva una hiperhidrosis evidente a nivel facial así como múltiples lesiones papulosas milimétricas de apariencia traslúcida, confirmándose tras la biopsia el diagnóstico de hidrocistomas. Ante este cuadro se inició glicopirrolato al 0,5% en gel por las noches. Tras tres meses de tratamiento fue evidente la mejoría de la sudoración así como la reducción en el número de hidrocistomas faciales. La paciente continuó con el tratamiento de forma diaria con buen control.

**Discusión:** El glicopirrolato es un fármaco anticolinérgico que se ha mostrado útil por vía oral para el tratamiento de la hiperhidrosis. La formulación tópica de este producto ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la hiperhidrosis craneofacial. Sin embargo, no ha sido hasta la última década en la que se han comunicado casos de pacientes con hidrocistomas múltiples asociados a hiperhidrosis que mejoraron tras aplicar esta formulación. En nuestro caso la aplicación de una fórmula tópica se mostró muy eficaz en la reducción de los tumores. El glicopirrolato tópico al 0,5% es una alternativa a los métodos ablativos en el manejo de pacientes con hidrocistomas faciales múltiples.

#### P46. ANFOTERICINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA LOCALIZADA: SERIE DE 6 CASOS

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

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

**Introducción:** La leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad crónica causada por protozoos del género *Leishmania*. Actualmente, no existe consenso en relación al tratamiento óptimo de la LC. El tratamiento tópico resulta una alternativa atractiva para aquellos pacientes con enfermedad localizada y limitada a la piel.

**Materiales y métodos:** Presentamos seis casos de LC localizada por *Leishmania infantum*, tratados satisfactoriamente con Anfotericina B (AnB) tópica. Cinco no habían recibido ningún otro tratamiento previamente, uno de los casos había sido refractario tanto al antimonio de meglumina intralesional como al imiquimod tópico. En todos utilizamos una formulación de AnB al 2% en vaselina filante,

aplicada dos veces al día. Se requirió un mínimo de 8 semanas de tratamiento, y un máximo de 12 semanas.

**Resultados:** Todos los pacientes alcanzaron una respuesta clínica completa y sin posterior recidiva de las lesiones. El tratamiento fue bien tolerado y no se evidenció ningún efecto adverso, ni local ni sistémico.

**Discusión:** La AnB es un antibiótico poliélico con una alta actividad antileishmania, sin embargo, es altamente tóxica y particularmente nefrotóxica al ser administrada sistémicamente. Asimismo, se han comunicado casos refractarios a este fármaco, debidos quizá no solo a la aparición de cepas resistentes sino a la dificultad para alcanzar una concentración adecuada a nivel de las lesiones cutáneas. En 1999, Vardy y colaboradores publicaron el primer caso de LC tratada satisfactoriamente con AnB tópica en una solución de etanol. Dado que dos de nuestros pacientes presentaban la lesión en el párpado, usamos una formulación de AnB apta para uso oftalmológico.

**Conclusiones:** Dado que en nuestra experiencia resultó efectiva y segura, pensamos que la Anfotericina B al 2% en vaselina filante aplicada de forma tópica podría ser una alternativa en el tratamiento de la LC localizada. No obstante, se necesitan más estudios que nos permitan confirmar estos hallazgos.

#### P47. NECROSIS CUTÁNEA AGUDA Y REACCIÓN GRANULOMATOSA A CUERPO EXTRAÑO SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CON MATERIALES DE RELLENO Y MESOTERAPIA CON VITAMINAS

L. Maroñas Jiménez<sup>a</sup>, I. Sánchez Carpintero<sup>a</sup>, R. Serrano Pardo<sup>b</sup>, I. Vázquez Osorio<sup>c</sup> y R. Ruiz Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Clinica Dermatológica Internacional. Clínica Ruber. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Clínica Ruber. Madrid. España.

<sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

**Introducción:** La mayoría de los eventos adversos secundarios a procedimientos mínimamente invasivos de rejuvenecimiento facial se describen como leves y transitorios. No obstante, pueden ocurrir complicaciones de mayor envergadura que requieran una actuación médico-quirúrgica inmediata, siendo fundamental su reconocimiento en nuestra práctica clínica diaria.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 48 años que acudió a consulta por la aparición de eritema y edema difuso en región malar con zonas purpúricas dolorosas sobre el SNG izquierdo. Además se observaron micropápulas en ala nasal y una lesión costrosa hemorrágica en tercio inferior del SNG. Dos días antes, la paciente se había realizado un tratamiento de rejuvenecimiento facial en otro centro con vitaminas NCTF® y diversos materiales de relleno (ELLANSÉ®, RADIESSE®). Con la sospecha clínica de necrosis cutánea aguda, se inició prednisona oral y nitroglicerina tópica, con importante mejoría tras dos semanas de tratamiento. Las lesiones papulosas perinasales así como las alteraciones cicatriciales residuales se trataron con láser fraccionado CO2RE. Caso 2: mujer de 47 años que consultó por lesiones en ambas mejillas que aparecieron tras un tratamiento de mesoterapia con vitaminas NCTF® realizado en un centro de Estética hacía 2 años. Había sido tratada con URBASON® diario durante un mes, infiltraciones semanales de TRIGON® durante tres meses y varias sesiones de mesoterapia con PRP, presentando múltiples lesiones papulonodulares eritematosas e infiltradas cuando acudió a nuestra consulta. El estudio histológico reveló la presencia de granulomas a cuerpo extraño. Iniciamos doxiciclina (100 mg/día) durante dos meses seguida de alopurinol en pauta ascendente (200 mg/12 h) vía oral, observando una excelente respuesta clínica al tercer mes de tratamiento.

**Comentario:** El uso de técnicas mínimamente invasivas como la mesoterapia ha aumentado ostensiblemente en los últimos años. Su relativa facilidad de aplicación no implica que sean procedimientos

exentos de complicaciones graves que debamos saber reconocer y manejar adecuadamente.

#### P48. INFECCIÓN CUTÁNEA POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA TRATADA CON IMIQUIMOD 5%

C. Pindado Ortega, S. Fernández Alonso, L. Peña Jaimes, L. Ríos Buceta y A. Harto Castaño.

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción:** En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la incidencia de infecciones cutáneas producidas por micobacterias no tuberculosas. Éstas representan un reto diagnóstico y terapéutico debido a que el aislamiento en medios especiales no siempre se consigue, a la baja disponibilidad de técnicas de biología molecular y a que no existe un tratamiento de elección, en muchas ocasiones determinado por la creciente resistencia a los antibióticos que muestran.

**Caso clínico:** Mujer de 85 años, con antecedentes de fractura de cóndilo radial de miembro superior izquierdo tras caída fortuita en la calle con colocación de osteosíntesis absorbible, que un año después de la operación presenta una placa eritemato-costrosa de aproximadamente 4 cm de diámetro localizada sobre la zona de la intervención quirúrgica. Se realizó biopsia cutánea y recogida de muestras para cultivo microbiológico. El estudio histológico mostró granulomas supurativos mal definidos. Con técnicas de tinción complementarias no se detectaron micobacterias. La PCR para *Mycobacterium tuberculosis* fue negativa y no se dispuso de PCR para micobacterias no tuberculosas. Los cultivos bacteriológicos y micológicos fueron negativos. Se probó tratamiento con claritromicina y ciprofloxacino, doxiciclina y terapia fotodinámica sin respuesta. Finalmente se inició imiquimod 5% crema con resolución de la lesión en 8 meses de tratamiento. Tras un año de seguimiento no se observó recidiva y persistió únicamente la cicatriz quirúrgica.

**Discusión:** El imiquimod es amina imidazolquinolina con actividad antiviral, antitumoral e inmunomoduladora. Potencia la respuesta inmune, tanto innata como adaptativa, a través de la inducción de la producción de interferón-alfa, interferón-alfa e interleuquinas, y la activación de las células natural killer, linfocitos B, células de Langerhans y macrófagos. La activación de los macrófagos promovería la destrucción de microorganismos intracelulares, y podría ser una opción terapéutica en infecciones cutáneas por micobacterias no tuberculosas resistentes a tratamientos habituales.

#### P49. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON EXTRACTO DE *POLYPODIUM LEUCOTOMOS* EN PACIENTES CON LUPUS TÚMIDO

A. Barranquero Fernández<sup>a</sup>, J. Suárez<sup>a</sup>, J. Aguilera<sup>b</sup>, M.V. de Gálvez<sup>b</sup> y E. Herrera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.* <sup>b</sup>*Laboratorio de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Málaga. España.*

**Introducción:** El lupus eritematoso tímido (LET) es un subtipo de lupus eritematoso cutáneo (LEC) con unos rasgos particulares: la ausencia de alteraciones en la superficie epidérmica y la curación sin dejar cicatriz y una gran fotosensibilidad confirmada de forma experimental por varios estudios fotobiológicos. Así, en el LET el porcentaje de lesiones fotoinducidas es del 70-76%, superior al 62-63% que se da en los pacientes con LECs. El *Polypodium Leucotomos* (PL) ha demostrado un efecto fotoprotector en dermatosis relacionadas con la exposición solar por sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias.

**Objetivos:** Evaluar mediante técnicas de fotodiagnóstico el potencial de prevención de daño solar y de desarrollo de lesiones

cutáneas en pacientes con LET sometidos a tratamiento con extracto de PL.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio experimental analítico y prospectivo en 4 voluntarios diagnosticados de LET en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Se realizó un estudio de fotodiagnóstico en el Centro de Investigaciones Médico Sanitarias de la Universidad de Málaga, basado en los protocolos de fototest, reacción anómala a UVA y el protocolo de fotoprovocación de lesiones, tanto al inicio como a las 8 semanas de tratamiento con 2 cápsulas diarias de extracto de PL.

**Resultados:** Los pacientes tratados con extracto de PL presentaron un aumento de la Dosis Mínima Eritematógena (3/4), un descenso en la respuesta de fotoprovocación con UVA/UVB (3/4) así como remisión de lesiones (3/4).

**Conclusiones:** El extracto de *Polypodium Leucotomos* debe ser considerado como un posible tratamiento en la prevención del daño cutáneo fotoinducido, al ser capaz de prevenir la aparición de lesiones de LET en el 75% de pacientes estudiados.

#### P50. NECROBIOSIS LIPOÍDICA Y ANTI-TNF: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Morales Raya, M. Prieto Barrios, L. Maroñas Jiménez, C. Postigo Llorente y A. Guerra Tapia

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

**Introducción:** La necrobiosis lipóidica (NL) es un proceso granulomatoso cutáneo que cursa con degeneración del colágeno. Suele complicarse con úlceras y dolor, ambos de manejo difícil y que suelen ser resistentes a los tratamientos habituales. Basándonos en el conocido el papel del TNF en la formación de granulomas y en el uso de anti-TNF en otros procesos granulomatosos, probamos el uso de etanercept en pacientes con NL ulcerada refractaria a terapias habituales.

**Casos clínicos:** Dos pacientes con NL ulcerada de larga evolución y no respondedora a, al menos, cinco tratamientos habituales fueron tratados con etanercept 50 mg en 2 inyecciones subcutáneas semanales. Caso 1: se observó mejoría importante del dolor desde la segunda semana así como desaparición del mismo y reepitelización completa de la úlcera a la semana 12. Caso 2: se observó desaparición del dolor así como reepitelización parcial en la semana 12 y reepitelización completa a los 6 meses. Tras un intento de disminuir la dosis a 50 mg semanales, en ambos pacientes se produjo una reaparición de dolor y aparecieron signos inflamatorios en el borde de las placas, por lo que se mantuvo la dosis inicial sin recidivar tras dos años de seguimiento. No se observaron efectos secundarios relevantes.

**Discusión:** El tratamiento de la NL ulcerada supone un reto terapéutico con fracaso de las terapias habituales en muchas ocasiones. Aunque se necesitan estudios serios para establecer la seguridad, eficacia y dosis óptima, etanercept podría considerarse como alternativa terapéutica en pacientes con NL ulcerada y refractaria.

#### P51. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA ANTIEVEJECIMIENTO DE UN NUEVO TRATAMIENTO INTENSIVO BASADO EN LA COMBINACIÓN DE LA SECRECIÓN DE *CRYPTOMPHALUS ASPERSA*, VITAMINA C Y PROTEOGLICANOS

A. Delgado<sup>a</sup>, A. Pérez Davó<sup>a</sup>, C. Zhihao<sup>b</sup>, V. Nobile<sup>b</sup> y M. Vitale<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Industrial Farmacéutica Cantabria. España.* <sup>b</sup>*Consultant Farcoderm.*

**Introducción:** El fotoenvejecimiento está causado por un daño cutáneo a largo plazo, debido a la exposición a agentes ambientales nocivos que generan la acumulación de especies reactivas de oxígeno, provocando la aparición de arrugas, sequedad, flacidez, aspereza y cambios pigmentarios en la piel. La matriz extracelular es el soporte donde las células dérmicas residen y desarrollan sus funciones. Cuan-

do este microambiente se ve comprometido, la función celular también se ve afectada. El presente trabajo analiza la eficacia antienviejimiento de un tratamiento intensivo basado en la combinación de la secreción de *Cryptomphalus aspersa*, con propiedades regeneradoras, vitamina C al 15%, iluminadora, y proteoglicanos, que promueven el mantenimiento de la estructura y organización de la matriz extracelular, aumentando la firmeza y elasticidad de la piel.

**Material y métodos:** Estudio clínico prospectivo multicéntrico realizado en 40 mujeres con piel mixta y grasa (20 caucásicas con fototipos II-IV y 20 asiáticas). La nueva fórmula cosmética oil-free se aplicó a una dosis de 1 ampolla/día, mañana y noche, durante 30 días. La eficacia se evaluó mediante técnicas instrumentales objetivas no invasivas que determinaron parámetros de hidratación, brillo, firmeza y elasticidad a los 15 y 30 días de tratamiento.

**Resultados:** Tras el período de tratamiento, se objetivó una mejora de todos los parámetros evaluados en ambos grupos. Se observó un incremento en la hidratación del 26,2% y 23,5%; en el brillo del 13,3% y 16,2%; en la elasticidad del 8,2% y 7,4%; y en la firmeza del 9,6% y 8,1% en las voluntarias caucásicas y asiáticas, respectivamente. La aceptabilidad cosmética del producto en las poblaciones caucásica y asiática alcanzó el 95% y el 100%, respectivamente.

**Conclusiones:** El tratamiento intensivo con la nueva fórmula cosmética fue eficaz en la mejora de los principales signos de fotoenvejecimiento, proporcionando una mayor hidratación, luminosidad, firmeza y elasticidad en tan solo 30 días de tratamiento.

## P52. TRASPLANTE CAPILAR: ANÁLISIS DE MI PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

J.M. Mir Bonafé

*Servicio de Dermatología. Unidad Dermatológica de Trasplante Capilar. Hospital Juaneda. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.*

**Introducción:** El trasplante capilar es un tipo de cirugía dermatológica que permite la restauración de pelo en zonas alopecias. El objetivo de este trabajo es presentar las características de los pacientes operados con esta técnica durante mi primer año de experiencia.

**Material y métodos:** Se recogen de forma descriptiva y retrospectiva desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016 la edad, sexo, indicación quirúrgica, zona anatómica reparada, técnica de extracción de las unidades foliculares (UF'S) por tira o follicular unit extraction (FUE), número de uf's injertadas y complicaciones intra y postoperatorias.

**Resultados:** Han sido intervenidos 27 pacientes (20 hombres y 7 mujeres), 2 por alopecia por tracción de cejas, 2 por cicatrices traumáticas, y el resto por alopecia androgenética (AGA). Todos los procedimientos se han llevado a cabo mediante FUE, excepto 4 por tira (2 hombres y 2 mujeres, todos ellos por AGA). Sólo se han observado complicaciones leves; intraoperatoriamente, lo más frecuente es el malestar que provoca la duración del procedimiento y la dificultad para anestesiarse eficazmente la zona frontal. En los primeros días posteriores es común el edema fronto-orbitario leve-moderado y la permanencia de las costras 7-10 días. Posteriormente, solo he objetivado alteraciones leves de la sensibilidad sin otras complicaciones.

**Discusión:** La ejecución satisfactoria del trasplante capilar requiere amplios conocimientos en tricología y cirugía dermatológica. Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios y se mostrará iconografía de ellos para la discusión particular de algunos problemas, limitaciones o ventajas han surgido durante este tiempo de inicio en esta específica actividad.

**Conclusiones:** Debido a su altísima complejidad técnica, pero sobre todo logística y de comparación y competencia con grandes corporaciones, es interesante la comunicación de mi experiencia durante el primer año en un campo de difícil inicio y desarrollo con éxito.