



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXIX Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV León, 11 y 12 de noviembre de 2016

Ponencias

1. LÁSER DE CO₂ EN MUCOSA ORAL Y LABIAL: QUEILITIS ACTÍNICAS, LEUCOPLASIAS...

F.J. Vázquez Doval

Dermaclinic, La Rioja, España.

Las verrugas genitales condilomas acuminados son la ITS viral más frecuente en el mundo, estimándose que afectan al 0,5-1% de la población general. Los condilomas acuminados están causados por el virus del papiloma humano (HPV) que es un virus DNA, con un periodo de incubación que va desde las tres semanas hasta los ocho meses. Por tanto, la infección anogenital por HPV entraña un problema sanitario de primera magnitud, toda vez que los individuos con esta infección tienen un riesgo incrementado de cáncer anogenital. Los serotipos HPV 16 y 18 son los que con mayor frecuencia se asocian al desarrollo de carcinoma escamoso. Los serotipos HPV 6 y 11 se asocian a condilomas benignos y a neoplasias intraepiteliales de bajo grado de malignidad. Los condilomas acuminados pueden tratarse mediante fármacos aplicados por el propio paciente con podofilotoxina 0,5% gel, imiquimod 5% crema, o sincatequinas 15% en pomada. El problema son las tasas de recurrencia que en estos casos van del 13% de imiquimod hasta el 90% de podofilotoxina. Por otro lado los condilomas pueden ser tratados directamente por el médico mediante crioterapia, ácido tricloroacético/bicloroacético 80-90% o exeresis quirúrgica (escisión tangencial con tijeras, bisturí de acero, electrocirugía y láser de CO₂). En la región perianal, si se observa la presencia de condilomas, resulta imperativo la realización de una correcta exploración física que incluya tacto rectal y anoscopia de alta resolución para valorar la presencia de condilomas en el ano y en la ampolla rectal.

Tratamiento de los condilomas anales mediante láser de CO₂ y/o electrocirugía: Previamente a la intervención se prepara el intestino grueso para eliminar todo el contenido en heces. El paciente se somete a anestesia epidural. El efecto es inmediato consiguiéndose una correcta analgesia y relajación del esfínter anal, así como dilatación de la ampolla rectal. Para visualizar los condilomas en el interior del ano y de la ampolla rectal introducimos un espéculo

vaginal del tamaño adecuado. Seguidamente se procede a la extirpación de las lesiones pediculadas mediante tijeras o con fulguración mediante láser de CO₂. No hay que olvidar enviar una muestra a anatomía patológica para descartar una neoplasia anal y realizar hibridación "in situ". Para evitar las recidivas, se ha de iniciar 4 semanas después de la escisión de las lesiones, la aplicación de una crema de imiquimod al 5%, 3 veces por semana durante 12-16 semanas. Se instruye al paciente a introducir el dedo con crema en el ano, sin sobrepasar 2 cm del canal anal y utilizando solamente la mitad de un sobre de imiquimod.

Ventajas del tratamiento con láser de CO₂: El láser actúa muy selectivamente sobre la lesión, dañando mínimamente los tejidos adyacentes. Al producir un daño mínimo, se reduce el dolor de forma drástica, siendo casi inexistente en el posoperatorio. La intervención es ambulatoria o requiere una mínima estancia en clínica. Disminuye el tiempo de convalecencia ya que el tejido cicatriza mejor.

2. TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL

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

Departamento de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León, España.

La terapia fotodinámica intralesional (TFD-I) surge de la combinación de la de un fotosensibilizante intralesional mediante su infiltración o introducción en la lesión y la posterior irradiación lumínica con un láser diodo de 630 nm que se puede aplicar en el interior de la lesión mediante una fibra óptica o un aplicador externo. Con esta combinación se ha conseguido alcanzar una mayor penetración en el tejido pudiendo tratar lesiones más profundas. Aunque es una técnica reciente, ha sido empleada con buenos resultados, tanto inmediatos como a largo plazo, en el tratamiento del carcinoma basocelular en todos sus subtipos histológicos, así como en el manejo local de las lesiones de hidradenitis supurativa, en los quistes mixoides, algunos queloides y fístulas anales complejas. Presentamos los últimos estudios realizados y publicados con los resultados de los mismos, así como una valoración general presente y futura sobre esta técnica.

3. USOS ONCOLÓGICOS DE LÁSERES Y FUENTES DE LUZ DIFERENTES DEL LÁSER DE CO₂

P. Boixeda de Miquel

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

En oncología cutánea las técnicas diagnósticas in vivo están progresando de forma muy rápida y ya están muy asentadas la dermatoscopia, la ecografía cutánea y más allá la microscopia confocal o la OCT. En un futuro próximo se insertaran nuevas técnicas como la microscopia multifotónica, la espectroscopia raman y la RMN de 20 Teslas. Hasta ahora el enfoque terapéutico fundamental en oncología cutánea es fundamentalmente quirúrgico y en algunos casos médico (farmacológico). Pero existen muchas otras posibilidades a explorar dentro de un enfoque diagnóstico y terapéutico a través de la física o la asociación de diversas disciplinas. Así por ejemplo existen enfoques terapéuticos del carcinoma basocelular (off-label) donde el láser podría jugar un papel importante. Existe experiencia con láseres de CO₂ pero se reserva como forma paliativa o en carcinomas de bajo riesgo en pacientes seleccionados. Los láseres vasculares abren una nueva puerta al enfoque terapéutico que podría ser interesante si se confirma su efectividad dado el inmenso ahorro de tiempo y de complicaciones al no requerir ni siquiera anestesia local.

4. NOVEDADES EN LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Y. Gilaberte Calzada

Unidad de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca.

Las principales novedades ocurridas en la terapia fotodinámica (TFD) en el cáncer cutáneo no melanoma se resumen en los siguientes puntos. En la TFD-MAL con luz de día los resultados de eficacia en queratosis actínicas a largo plazo, tras un seguimiento de 12 meses, son similares a los obtenidos por la TFD convencional (tasas de recurrencia del 10% y el 8% respectivamente). Otro aspecto interesante es la técnica para preparar las lesiones como medio de incrementar la eficacia de la TFD. Así, se han utilizado el láser ablativo fraccionado tanto en queratosis actínicas como en carcinoma basocelular. El uso de cremas queratolíticas con urea los días previos al tratamiento podría ser una alternativa a las molestias causadas por el curetaje sin disminuir la eficacia de la TFD. La TFD con BF-200 ALA junto a la lámpara BF-RhodoLED ha resultado efectiva en el tratamiento del campo de cancerización en un ensayo clínico comparado con placebo. Un nuevo ensayo clínico comparativo entre MAL-TFD, imiquimod y 5-fluorouracilo en carcinoma basocelular superficial muestra que a los 3 años imiquimod fue superior (probabilidad de estar libre de tumor 79,7% for (95% IC = 71,6-85,7), seguido de 68,2% para el 5-fluorouracil (95% IC = 58,1-76,3) y del 58,0% para la MAL-TFD (95% IC = 47,8-66,9). La combinación de la TFD con otros tratamientos como el 5-fluorouracilo o el imiquimod parece aumentar la eficacia de ambos por separado incluso en pacientes trasplantados. Por otro lado, la adición de fotoliasa o *Polipodium leucotomus* a la fotoprotección post-tratamiento podría incrementar el tiempo libre de lesiones a largo plazo.

Bibliografía

- Lucena SR, et al. Combined treatments with photodynamic therapy for non-melanoma skin cancer. *Int J Mol Sci.* 2015;16:25912-33.
- Fargnoli MC, et al. Long-term efficacy and safety of daylight photodynamic therapy with methyl aminolevulinate for actinic keratosis of the face and scalp. *Eur J Dermatol.* 2016 Oct 17. [Epub ahead of print] Haak CS, et al. Fractional laser-mediated photodynamic therapy of high-risk basal cell carcinomas- A randomized clinical trial. *Br J Dermatol.* 2015;172:215-22.
- Roozeboom MH, et al. Three-year follow-up results of photodynamic therapy vs. imiquimod vs. fluorouracil for treatment of superficial basal cell carcinoma: A single-blind, noninferiority, randomized controlled trial. *J Invest Dermatol.* 2016;136:1568-74.

Reinhold U, et al. A randomized, double-blind, phase III, multicentre study to evaluate the safety and efficacy of BF-200 ALA (Ameluz®) vs. placebo in the field-directed treatment of mild-to-moderate actinic keratosis with photodynamic therapy (PDT) when using the BF-RhodoLED® lamp. *Br J Dermatol.* 2016;175:696-705.

5. NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS Y BROMHIDROSIS AXILAR

I. Sánchez-Carpintero

Hospital Ruber Internacional. Madrid. España.

En esta presentación se expondrá nuestra experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis y bromhidrosis axilar con una nueva modalidad terapéutica basada en la emisión de microondas. Este sistema es capaz de eliminar de una forma selectiva las glándulas ecrinas y apocrinas de la región axilar, mejorando tanto la hiperhidrosis como la bromhidrosis. En Estados Unidos está aprobado y comercializado por la FDA desde hace 5 años aproximadamente; en España desde hace un año y medio. Expondremos el protocolo de tratamiento y cómo se aplica de una forma práctica en los pacientes. Así mismo expondremos nuestros datos actualizados en relación con la respuesta y el grado de satisfacción de los 102 pacientes tratados hasta la fecha, de los cuales 15 de ellos tenían bromhidrosis sola (2) o asociada a hiperhidrosis (13). La recomendación actual es la aplicación de dos sesiones, separadas con un intervalo de 3 meses. Tan solo un 5% ha necesitado una tercera sesión para obtener una reducción de la sudoración superior al 50%. Exponemos los resultados observados mediante la medición de la escala que mide el grado de severidad de la hiperhidrosis así como el DLQI (índice dermatológico para medición de la calidad de vida). No se han observado efectos secundarios relevantes en ninguno de los pacientes tratados. Los estudios a largo plazo publicados en la literatura americana avalan no solo la eficacia de este tratamiento en la hiperhidrosis axilar sino también la permanencia de los efectos logrados y la ausencia de efectos secundarios. Por todo ello, este sistema podría considerarse como una alternativa para todos aquellos pacientes con hiperhidrosis axilar que deseen un tratamiento más permanente así como para los pacientes afectados de bromhidrosis para los cuales apenas hay opciones de tratamiento en la actualidad.

Bibliografía

- Jacob C. Treatment of hyperhidrosis with microwave technology. *Semin Cutan Med Surg.* 2013;32:2-8.
- Glaser DA, et al. A randomized, blinded clinical evaluation of a novel microwave device for treating axillary hyperhidrosis: The dermatologic reduction in underarm perspiration study. *Dermatol Surg.* 2012;38:185-91.
- Lee SJ, et al. The efficacy of a microwave device for treating axillary hyperhidrosis and osmidrosis in Asians: A preliminary study. *J Cosmet Laser Ther.* 2013;15:255-9.
- Johnson JE et al. S. Microwave thermolysis of sweat glands. *Lasers Surg Med.* 2012;44:20-5.
- Hong HC, et al. Clinical evaluation of a microwave device for treating axillary hyperhidrosis. *Dermatol Surg.* 2012;38:728-35.
- Lupin M, et al. Long-term efficacy and quality of life assessment for treatment of axillary hyperhidrosis with a microwave device. *Dermatol Surg.* 2014;40:805-7.

6. REGENERADORES DÉRMICOS EN CIRUGÍA CUTÁNEA

J.C. López Gutiérrez

Hospital Universitario Quirónsalud. Madrid. España.

35 años después de su primera aplicación, el uso de regeneradores dérmicos sigue descubriendo nuevas indicaciones y consolidando las precedentes. De ser una cobertura destinada a salvar vidas en que-

mados sin disponibilidad de piel para injertarse, ha pasado a ser una ayuda primordial en pérdidas de tejido en circunstancias difíciles (colgajos no utilizables), en pacientes en situación hemodinámica inestable o en defectos que requieren simplificación en su cierre. Después de 300 aplicaciones desde 1993, los regeneradores dérmicos se han convertido en nuestra primera opción terapéutica en la cobertura de defectos cutáneos con exposición ósea, tendinosa o nerviosa, en el tratamiento de los nevos gigantes en extremidades y en la sustitución de pérdidas cutáneas severas en la UCI. De aplicación técnica sencilla y con tasa de éxito cercana al 100% cuando la indicación es apropiada, solo su elevado coste sigue siendo un obstáculo para la generalización definitiva en su empleo.

7. ¿SE PUEDE RETRASAR EL ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA?

A. Tejera Vaquerizo

Servicio de Dermatología. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. España.

Hace tres años, una observación incidental nos mostró que paradójicamente una extirpación precoz del ganglio centinela (GC) se relacionaba con un aumento de la mortalidad en los pacientes con melanoma. Un posterior estudio multicéntrico para evaluar este fenómeno determinó que existía un efecto negativo en la supervivencia con la extirpación precoz del GC para el subgrupo de pacientes con un resultado negativo en el análisis del GC¹. Quizás una respuesta inmune eficiente en las semanas siguientes a la extirpación del melanoma primario antes de la extracción del GC podría justificar estos hallazgos. Recientes estudios no corroboran estos hallazgos^{2,3} o incluso lo contradicen⁴. Sin embargo, nuevos análisis más complejos nos siguen mostrando este efecto deletéreo en la supervivencia para estos pacientes. Aunque es muy posible que existan variables de confusión, la demora en la realización del GC no deja de ser un tema de controversia⁵.

Bibliografía

1. Tejera-Vaquerizo A, Nagore E, Puig S, et al. Effect of time to sentinel-node biopsy on the prognosis of cutaneous melanoma. *Eur J Cancer*. 2015;51:1780-93.
2. Oude Ophuis C, Verhoef C, Rutkowski P, et al. The Interval Between Primary Melanoma Excision and Sentinel Node Biopsy Does Not Affect Survival: a Retrospective European Multicenter Analysis. *Eur J Cancer*. 2015;(Submitted).
3. Oude Ophuis CM, Verhoef C, Rutkowski P, et al. The interval between primary melanoma excision and sentinel node biopsy is not associated with survival in sentinel node positive patients - An EORTC Melanoma Group study. *Eur J Surg Oncol*. 2016.
4. Fortes C, Mastroeni S, Caggiati A, et al. The effect of time to sentinel lymph node biopsy on cutaneous melanoma survival. *Am J Surg*. 2016.
5. Tejera-Vaquerizo A, Nagore E. Effect of time to sentinel lymph node biopsy on cutaneous melanoma survival: a matter of discussion. *Am J Surg*. 2016.

Comunicaciones Orales

CL1. ESTUDIO DE LAS VARIABLES CLÍNICO-PATOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA RESISTENCIA DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN A LA TERAPIA FOTODINÁMICA CON METILAMINOLEVULINATO

T. Gracia Cazaña^a, J. Aguilera^b, N. Salazar^c, N. López Navarro^b, E. Herrera Ceballos^b, Á. Juarranz^c, S. González^d y Y. Gilberte^e

^aUnidad de Dermatología. Hospital de Barbastro. Huesca. España.

^bDepartamento de Dermatología. Hospital Virgen de la Victoria.

Málaga. España. ^cDepartamento de Biología. Universidad

Autónoma de Madrid. Madrid. España. ^dDepartamento de

Dermatología. Memorial Sloan-Kettering. Cancer Center.

New York. Estados Unidos. ^eUnidad de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca. España.

Introducción: Aunque las tasas de respuesta son muy altas en Enfermedad de Bowen (EB) tratados con terapia fotodinámica con metilaminolevulinato (MAL-TFD), existen casos que no responden. El objetivo fue estudiar las influencias de diferentes variables clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas de la EB en la respuesta a la MAL-TFD.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con EB tratados con MAL-TFD en el servicio de dermatología del Hospital San Jorge (HSJ) de Huesca desde Enero del 2006 hasta Diciembre del 2015, además se amplió con pacientes del Hospital Virgen de la Victoria (HVV) de Málaga. Se evaluaron variables epidemiológicas, clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas (p53, ki 67, Ciclina D1, COX2, E-cadherina, EGFR, survivina y pERK) relacionándolas con la respuesta al tratamiento.

Resultados: En el estudio se incluyeron un total de 68 pacientes, del HSJ fueron 59 (46 respondedores a TFD, 10 no respondedores y 3 pérdidas) y 9 pacientes del HVV (4 respondedores a TFD y 5 no respondedores). La respuesta completa a los tres meses fue del 91%, la tasa de respuesta global fue de 82,1%. Entre las características clínicas e histológicas solo se encontró que el antecedente de trasplante se asociaba con peor respuesta a TFD (p = 0,023). En el estudio inmunohistoquímico, p53 fue positivo en el 90.5% de los casos respondedores, descendiendo este porcentaje hasta un 30% en aquellos que no lo hicieron (p = 0,01). Ciclina D1 fue positivo en el 33,3% de los pacientes respondedores frente a un 80% en el grupo de los no curados, (p = 0,023). En el caso de EGFR el 85,7% de los curados la intensidad era leve moderado y solo en un 14,3% era intenso, en los no curados se encontraban en un 40% leve moderado y en 60% intenso (p = 0,015).

Conclusiones: Los parámetros histológicos y los parámetros clínicos (exceptuando el antecedente de trasplante) no parecen influir en la respuesta de la EB a la TFD con MAL. Sin embargo la expresión de p53 es un marcador de buena respuesta, mientras que la expresión de ciclina D1 y la intensidad fuerte de EGFR lo son de mala respuesta.

CL2. PAQUIDERMODACTILIA TRATADA MEDIANTE LÁSER DE CO₂

O.F. López López^a, J. del Pozo Losada^a, M. Almagro Sánchez^a y M.T. Yebra-Pimentel Vilar^b

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

Introducción: La paquidermodactilia es una forma rara y benigna de fibromatosis digital adquirida que afecta sobre todo a la cara lateral de las articulaciones interfalángicas proximales en los dedos de las manos. Aunque de etiología desconocida, se ha relacionado en la mayoría de los casos con traumatismos repetidos, bien ocupacionales o bien debidos a trastornos psiquiátricos. Los tratamientos descritos en la literatura incluyen las infiltraciones intralesionales con triamcinolona o escisión quirúrgica.

Caso clínico: Reportamos el caso de un paciente con paquidermodactilia sin aparente desencadenante traumático previo y con importante afectación psicológica por la deformidad provocada, en el que decidimos hacer tratamiento mediante vaporización con láser de CO₂, observando una resolución casi completa tras 4 sesiones de tratamiento.

Conclusiones: La mayoría de casos publicados de paquidermodactilia en la literatura se dan en varones jóvenes con antecedente traumá-

tico previo. En muchos casos, dado el carácter benigno de la enfermedad, se opta por la abstención terapéutica. En pacientes con dolor o afectación psicológica, como nuestro paciente, debemos considerar un tratamiento más agresivo. Dada la buena respuesta que observamos en nuestro caso tras aplicar CO₂, creemos que es una alternativa a tener en cuenta por su eficacia y seguridad.

CL3. TERAPIA FOTODINÁMICA DAYLIGHT: ESTUDIO PILOTO PARA EVALUAR LA EFICACIA CON UN MENOR TIEMPO DE EXPOSICIÓN

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

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

Introducción: En Julio-Agosto de 2015 se llevó a cabo, en colaboración con el laboratorio de Fotobiología de la Universidad de Málaga, un estudio piloto que evidenció la posibilidad de completar la reacción fotodinámica con luz de día de forma eficaz con una hora de exposición solar, incubando el fotosensibilizante durante dos horas. Resulta por tanto de interés valorar la eficacia reduciendo el tiempo de incubación a una hora.

Material y métodos: En Noviembre-Diciembre de 2015 se realizó un estudio piloto incluyendo 10 pacientes con campos de cancerización craneofacial. Se incubó el fotosensibilizante durante una hora, abriendo dos brazos con una o dos horas de exposición solar. Se estimaron las dosis de exposición a radiación solar efectiva para la activación de protoporfirina-IX y clínicamente se evaluó el consumo de fotosensibilizante, la respuesta clínica y la tolerancia.

Resultados: El nivel de dosis efectiva con efecto terapéutico fue suficiente con una hora de exposición, siendo el consumo de fotosensibilizante similar en ambos grupos. La reducción de queratosis actínicas (RQA) a los treinta días y seis meses del tratamiento fue satisfactoria tanto en el grupo expuesto una hora como en grupo expuesto dos (76,9% y 70,8% vs 98,9% y 82,8%). La tolerancia fue buena mostrando cifras inferiores a 4 en la escala visual analógica del dolor.

Discusión: El consumo de fotosensibilizante fue similar y óptimo en los dos grupos, obteniéndose por tanto en ambos una reacción fotodinámica eficaz. Las tasas de RQA fueron similares a la terapia fotodinámica con luz de día y a la terapia fotodinámica convencional (TFD-C). Se obtuvo una tolerancia global satisfactoria e inferior a la TFD-C.

Conclusiones: En latitudes como la nuestra podría lograrse una reacción fotodinámica con luz de día eficaz con exposiciones más cortas a las establecidas en los protocolos estándar.

CL4. EFECTO SINÉRGICO DEL LÁSER DE CO₂ FRACCIONADO COMBINADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS TÓPICOS A TRAVÉS DE LOS CANALES: TRATAMIENTO DE LESIONES QUIÍSTICAS

C. Pestoni Porvén, V. Vieira dos Santos y J. del Pozo Losada

Centro Médico Abatón. A Coruña. España.

Introducción: Los láseres fraccionados ablativos y no ablativos han sido desarrollados para el rejuvenecimiento cutáneo. La mayoría de los estudios de aplicación de estos láseres han sido realizados en este campo y en el tratamiento de cicatrices, sobre todo de acné. Desde que se desarrolló la administración de fármacos a través de los canales que crean los láseres fraccionados, esta tecnología se ha aplicado diversas patologías, pero hasta ahora no se había utilizado en lesiones quísticas combinada con un gel de retinoide y antibiótico tópico.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de lesiones quísticas (un acné nódulo-quístico, un quiste epidérmico inflamado y un acné

retencional comedoniano persistente) tratados con una única sesión de láser de CO₂ fraccionado y aplicación tópica a través de los canales de un gel de retinoide y antibiótico tópico.

Resultados: Tras la realización del tratamiento, las tres patologías mejoraron: el acné nódulo-quístico disminuyó el dolor y supuración en 5 días y tras dos meses presentó la curación completa con una sola sesión; el quiste inguinal inflamado disminuyó de tamaño, dolor e induración en 5 días y el acné comedoniano presentó una mejoría evidente al mes del tratamiento. Ninguna de las 3 patologías precisó un tratamiento oral ni otro tipo de tratamiento adicional.

Discusión: El láser de CO₂ fraccionado produce canales en la piel permitiendo la penetración de los tratamientos tópicos de forma más profunda. El gran efecto térmico que produce puede afectar las estructuras más profundas y producir además una remodelación cutánea, mejorando la inflamación y las posibles cicatrices.

Conclusiones: El láser de CO₂ fraccionado combinado con tratamientos tópicos de retinoides y antibióticos podría producir un efecto sinérgico que puede ser un arma más para el tratamiento de lesiones quísticas resistentes a otros tratamientos.

CL5. LÁSER EN HEMATOMAS CUTÁNEOS: SOLUCIÓN RÁPIDA Y EFICAZ PARA UN PROBLEMA COMÚN

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

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/cm²; 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 in vitro 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 incluso 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 a 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.

CL6. SEPSIS POR STAPHYLOCCOCUS LUGDUNENSIS Y LÁSER

J. del Pozo Losada, P. Bouza, V. Vieira, C. Pestoni y O.F. López

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de A Coruña. España. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario del Ferrol. A Coruña. España. Centro Médico Abatón. A Coruña. España.

Introducción: La eliminación de vello con láser o fuentes de luz pulsada intensa a parte de las consideraciones estéticas que posee tiene algunas indicaciones médicas. La más relevante es el trata-

miento de cuadros infecciosos de repetición como psedofoliculitis, en el cual el resultado que aporta es excelente.

Caso clínico: Varón de 41 años en IRC por GN crónica en DCPA desde octubre 1997. Entre diciembre de 2008 y noviembre de 2010 presentó 5 episodios de bacteriemia que requirieron ingreso por *S. Lugdunensis*. Sospechando que el reservorio del germen se encontraba en los folículos pilosos adyacentes al orificio de diálisis peritoneal, se realizó eliminación del vello con láser de alejandrita en una área periférica al orificio de entrada abdominal. No ha vuelto a presentar más episodios de bacteriemia.

Discusión: El folículo del pelo es el reservorio de gran cantidad de gérmenes, en muchos casos saprófitos. Estos pueden ser la fuente de infección en muchas infecciones oportunistas sobre todo de origen iatrogénico. La melanina de la vaina externa del pelo absorbe la radiación láser y aumenta de temperatura a más de 50° C. Este calor se transmite hacia la matriz y hacia la periferia del folículo teniendo efecto bactericida. El láser de depilación elimina el pelo y esteriliza el folículo.

Conclusiones: La eliminación del vello periférica al orificio de entrada abdominal en la DCPA puede prevenir infecciones graves por gérmenes oportunistas cuyo reservorio es folicular.

Palabras clave: Efecto bactericida láser. Sepsis.

CC1. CIRUGÍA DE MOHS DIFERIDA DE CARCINOMA BASOCELULAR MICRONODULAR INFILTRANTE EN PIRÁMIDE NASAL Y CIERRE TAMBIÉN DIFERIDO DEL DEFECTO POR COLGAJO BIPEDICULADO

F. Alarcón Soldevilla, S. Ortiz Reina y Á. López Ávila

Hospital Santa María del Rosell. Región de Murcia. Murcia. España.

Introducción: Se trata de paciente varón de 77 años con Carcinoma basocelular reseca de forma incompleta hasta en 2 oportunidades del tipo micronodular infiltrante por lo que precisa manejo mediante cirugía de Mohs, procedimiento que no se encuentra dentro de nuestra cartera de servicios. Se procedió a la exéresis de un debulky de 2,8 cm y un primer pase de Cirugía de Mohs (fragmento discoideo de 3 cm) cerrándose el defecto con cera para hueso en espera del resultado el cual estuvo listo a las 48 horas persistiendo positivo en cuadrante superior derecho. A los 2 días de procedió a un segundo pase siempre con anestesia local en el servicio de enfermería de nuestro departamento con nueva oclusión con cera de hueso el cual resultó negativo a la lectura obteniéndose el resultado a las 48 horas, por lo que procedemos al cierre del defecto de 3,3 cm mediante un colgajo bipediculado previo manejo de los bordes y el fondo mediante técnica de friedrich de forma programada en quirófano de CMA de nuestro hospital.

Conclusiones: La cirugía de Mohs diferida es una buena opción para departamentos que no cuentan con este procedimiento dentro de su cartera de servicios. La cera de hueso es un buen instrumento que nos permite el cierre temporal del defecto en espera del resultado de la lectura histológica. El cierre bipediculado es una buena opción para cierres de defectos de gran tamaño en dorso nasal.

CC2. INJERTO EN CINTA PARA DEFECTOS UNGUEALES. RECUPERACIÓN DE UNA TÉCNICA SENCILLA, RÁPIDA Y EFECTIVA

R. Pigem Gasos, M.J. Ortiz Ruiz, E. Manubens, A. Vilalta y A. Bennassar

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

Introducción: El injerto en cinta o Free Lamina Thin Band Graft se describió en 1987 para el tratamiento de las úlceras venosas. Se trata de un injerto de piel parcial que estaría a caballo entre el

injerto de Reverdin y el de Thiersh. Se realiza una infiltración intradérmica de anestésico local para provocar una pápula y así obtener varios fragmentos de piel con morfología rectangular. Dichos injertos se aplican directamente sobre la zona a cruenta hasta cubrir el 60% del defecto sin sutura alguna, dejándose cubierto en cura húmeda oclusiva no menos de 10 días.

Objetivos: Revisar los casos de injerto en cinta en defectos ungueales. Caracterización epidemiológica, valorar su indicación y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos intervenidos en nuestro Servicio a los que se les ha realizado injerto en cinta en el último año. Se revisan imágenes y datos epidemiológicos.

Resultados: Presentamos 7 casos en los que se ha utilizado esta variante de injerto de piel parcial para cubrir defectos quirúrgicos secundarios a exéresis del aparato ungueal: 6 casos en mano y uno en pie. El injerto se realizó en el mismo tiempo quirúrgico en todos los casos. Para la obtención del injerto se utilizó bisturí según la técnica descrita. Ningún caso de necrosis ni infección. En todos los casos injerto prendió de una forma rápida (2 semanas) y sin complicaciones.

Conclusiones: La cirugía del aparato ungueal es peculiar. Muchos de los pacientes requieren biopsias o exéresis completas conservadoras (conservando la falange). Según nuestra experiencia, el empleo del injerto en cinta permite de una forma sencilla, rápida y segura cubrir este tipo de defectos. Opcionalmente se puede realizar algún punto de fijación, aunque realmente no es necesario.

CC3. COLGAJO "MERCEDES" CON INCISIONES DE DESCARGA PARA DEFECTOS DEL CUERO CABELLUDO

F. Russo de la Torre

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

Introducción: La reconstrucción de defectos del cuero cabelludo supone un desafío quirúrgico debido a la escasa distensibilidad de la zona.

Objetivos: Describir una nueva variante del colgajo Mercedes con incisiones de descarga para la reconstrucción de defectos de mediano tamaño del cuero cabelludo.

Material y métodos: Para el diseño de esta nueva variante se emplearon como modelo experimental pies de cerdo. Se crearon distintos diseños y se alcanzó la mejor opción midiendo la tensión de los bordes mediante tensiómetros. Posteriormente se aplicó este diseño a 3 pacientes con defectos de cuero cabelludo de mediano tamaño.

Resultados: Los 3 pacientes consiguieron el cierre completo del defecto de cuero cabelludo con esta nueva variante de colgajo en una sola intervención rápida y sencilla. No existieron complicaciones y el resultado estético final fue excelente.

Conclusiones: El colgajo Mercedes con incisiones de descarga es una buena alternativa para el cierre de defectos de mediano tamaño de cuero cabelludo.

CC4. COLGAJOS DE ELECCIÓN POR UNIDADES ESTÉTICAS FACIALES

F. Russo de la Torre

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

Introducción: Los colgajos cutáneos deben ser diseñados dentro de la unidad estética facial donde se encuentre el defecto primario.

Objetivos: Consensuar una guía práctica de los colgajos más útiles para cada una de las distintas unidades estéticas faciales

Material y métodos: En este estudio multicéntrico, 10 dermatólogos de larga experiencia quirúrgica reconstructiva eligieron sus colgajos preferidos para cada unidad estética. La elección de estos

colgajos se basó en la experiencia personal de cada dermatólogo basándose en factores como el resultado estético final, facilidad de ejecución, baja probabilidad de complicaciones, etc.

Resultados: Eligieron dos colgajos por orden de preferencia para cada unidad estética. Al primer colgajo se le dieron 10 puntos y al segundo 5. Con la suma obtenida de todos los dermatólogos encuestados se obtuvo una relación de los tres mejores colgajos para cada localización.

Conclusiones: Con este estudio se ha conseguido una guía práctica útil para la elección de los mejores colgajos cutáneos en cada una de las distintas unidades estéticas faciales.

CC5. CREACIÓN, IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE DERMATOLOGÍA (UCMAD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

T. Toledo Pastrana

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. Servicio de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: Durante los últimos años la promoción e instauración de unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha sido un objetivo promovido tanto por parte del Ministerio de Sanidad como de los distintos sistemas autonómicos de salud. Dentro de esta definición tiene cabida gran parte de la cirugía dermatológica: procedimientos de complejidad que, sin requerir ingreso, necesitan de soporte de un soporte quirúrgico con anestesia y vigilancia posterior.

Objetivos: Presentamos el proceso de creación, implantación y desarrollo de una unidad de CMA en Dermatología en un hospital de tercer nivel sin experiencia ni tradición quirúrgica previas, así como sus resultados en su primer año de funcionamiento.

Resultados y discusión: Consideramos que nuestra experiencia puede servir como base para establecer las futuras unidades similares en aquellos centros que no cuentan con infraestructuras de este tipo.

CC6. CIRUGÍA DE MOHS EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA SUBUNGUEAL *IN SITU*. LECCIONES APRENDIDAS

E. Samaniego González^a, E. Varas Meis^a, M.A. González Morán^b, T. Alonso Alonso^a y M.Á. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. Servicio de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: El melanoma subungueal, a pesar de su baja incidencia (0,7-3,5% de los melanomas), es el que más recidiva junto con los melanomas de cabeza y cuello, lo que justifica la indicación de la cirugía de Mohs (CM).

Objetivos: Describir las características de los melanomas subungueales *in situ* (MSIS) tratados mediante CM en el Complejo Asistencial de León y su evolución tras el tratamiento.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los casos de MSIS tratados mediante CM desde el año 2010 hasta octubre de 2016.

Resultados: Se incluyeron 4 casos: 3 localizados en el pulgar derecho y uno en el primer dedo del pie. Todos se presentaron como melanoniquia estriada irregular. En 3 casos la biopsia no fue concluyente. Todos requirieron una etapa de CM en diferido excepto una recidiva tras cirugía convencional que requirió dos etapas. Tras un seguimiento medio de 33 meses (11-79 meses) no ha habido recidivas en tres casos. Solo la lesión del dedo del pie requirió dos intervenciones adicionales por recidiva marginal de la lámina ungueal, confirmándose persistencia de lesión en la matriz residual.

Discusión: La compleja anatomía de la uña dificulta el diagnóstico clínico precoz, la biopsia y el tratamiento quirúrgico. La delimitación y evaluación histológica de los márgenes es difícil, favoreciendo las recidivas. Desde el tratamiento tradicional del melanoma subungueal mediante la amputación total/parcial del dedo, se ha tendido hacia una cirugía más conservadora. Mediante la CM se extirpa la lesión evaluando todos los márgenes, y preservando el tejido sano; obteniendo así buenos resultados funcionales y estéticos (evita amputación), y bajas tasas de recidiva tumoral.

Conclusiones: Apoyamos el uso de la CM en el tratamiento de los MSIS. Subrayamos la importancia de la correlación clínicodermatocópico-histológica, de la comunicación dermatólogo-patólogo, así como de una técnica adecuada de biopsia y cirugía para evitar complicaciones, recidivas tumorales o de fragmentos ungueales.

CC7. TRATAMIENTO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS MEDIANTE CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS CONVENCIONAL. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL CAULE

P. Fernández Canga^a, E. Samaniego González^a, T. Alonso Alonso^a, M.A. González Morán^b y M.Á. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. Servicio de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), es un tumor cutáneo maligno con buen pronóstico vital pero con altas tasas de recurrencia tras el tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección es la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) pero la elección del tipo de técnica, convencional (CMMC) o en diferido (CMMD), es motivo de controversia.

Objetivos: Definir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los DFSP tratados con CMMC en el servicio de Dermatología del Complejo Asistencial de León y evaluar las tasas de recidiva.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con DFSP tratados mediante CMMC, entre 2005 y 2014 en nuestro servicio.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes. La edad media fue de 44 años, la incidencia fue ligeramente superior en mujeres y la localización más frecuente fue el tronco. En más del 90% fueron suficientes dos pases de Mohs para el aclaramiento tumoral y en el 42% se requirieron márgenes quirúrgicos menores a 2 cm. La mediana del tiempo de ingreso fue de 1 día y la media de seguimiento fue de 64 meses. No existieron casos de recurrencia local ni a distancia.

Discusión: La CMMC consigue la reducción del defecto quirúrgico y de las tasas de recurrencia en comparación con la escisión local amplia y requiere menor tiempo de ingreso que la CMMD. En nuestra serie, permitió el tratamiento curativo del DFSP, sin recurrencias hasta la fecha, lo que es comparable a los resultados descritos en la literatura con la CMMD.

Conclusiones: El tratamiento del DFSP con CMMC logró un 100% de pacientes libres de enfermedad tras una media de seguimiento de 5 años. Esta técnica resulta tan efectiva como la CMMD por lo que sugerimos que se utilice de primera elección siempre y cuando se disponga de un equipo, material y personal especializados.

CC8. ¿CUÁL DEBE SER EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL MELANOMA *IN SITU* SUBUNGUEAL? ¿RADICAL O CONSERVADOR?

J. González Castro y A. Vilalta Solsona

IDERMA-Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dexeus. Barcelona. España.

Si bien el manejo del melanoma subungueal invasivo está bien establecido, no sucede lo mismo en el caso del melanoma in situ de afectación ungueal. Aunque siempre se requiere la exéresis de todo el aparato ungueal (incluida lámina, lecho y matriz ungueal), no se ha establecido aún ningún consenso absoluto en cuanto a los márgenes de ampliación o si se debe realizar la amputación de la porción distal digital a nivel de la tercera falange. Debido a circunstancias funcionales y cosméticas en muchos de los casos se opta por evitar la amputación de la falange, pero como en el caso de un varón de 36 años que presentamos y como evidencia las últimas revisiones de la literatura, el riesgo de recidiva e invasión del melanoma es muy elevado.

CC9. COLGAJO DE ROTACIÓN: SIMPLIFICANDO LA RECONSTRUCCIÓN NASAL

Á. de Dios Velázquez, J.C. Santos Durán, V. Beteta Gorriti, M. Yuste Chaves y E. Fernández López

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

Introducción: La pirámide nasal es un lugar de frecuente asiento de cáncer cutáneo. Existe una gran variedad de colgajos empleados en la reconstrucción del dorso y punta nasal. Entre los habitualmente utilizados destacan el bilobulado, hacha y otros más complejos; sin embargo, el de rotación aparece escasamente reflejado en la literatura.

Material y métodos: Presentamos una serie de 9 pacientes con 8 carcinomas basocelulares y 1 espinocelular en punta y dorso nasal cuyo defecto tras la extirpación medía entre 0,8 y 2,7 cm de diámetro. Este defecto se cubrió mediante un colgajo de rotación utilizando el tejido vecino de los laterales y dorso nasal. En el diseño, las líneas de incisión se realizaron en los surcos alares y nasogeniano, los triángulos de Burow se ocultaron en los pliegues de arrugas paralelas al canto interno del ojo y el defecto primario se trianguló con el vértice hacia arriba. En los defectos grandes lateralizados se utilizó tejido del lateral contrario y en aquellos mediales un colgajo doble. **Resultados:** Todos los tumores se extirparon con márgenes libres. No se observaron complicaciones intra ni postoperatorias. El resultado estético y la preservación anatómica de la nariz fueron satisfactorios.

Discusión: El colgajo de rotación es un colgajo especialmente útil para de cubrir defectos de hasta 3 cm en un tiempo quirúrgico en dorso y punta nasal. Como ventajas aporta: la utilización tejido vecino de la nariz, la sencillez de realización, las escasas complicaciones y el buen resultado estético. Mantiene el ancho del pedículo, al evitar el corte posterior del colgajo en hacha y tiene un menor riesgo de aparición del ¿efecto trampilla? del colgajo bilobulado.

Conclusiones: Proponemos esta técnica frente a otras opciones más complejas para cubrir defectos medianos y grandes en esta localización dados los buenos resultados y sencillez de realización.

CC10. MELANOMA SUBUNGUEAL. ¿CUÁNDO AMPUTAR?

C. Mendoza Chaparro, G. Romero Aguilera, P. Cortina de la Calle, M. García Arpa y P. Sánchez Caminero

Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Introducción: El melanoma subungueal (MS) frecuentemente es diagnosticado con retraso, lo que provoca que su pronóstico sea peor que el de otros tipos de melanoma. La amputación ha sido el tratamiento de elección para estos tumores. En los últimos años se han comunicado casos de MS tratados de forma conservadora, preservando falange distal, sin que se asocien a un peor pronóstico. Hasta la fecha no existen recomendaciones específicas en las guías clínicas para el manejo del MS.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica de las series de casos publicadas en las que se realiza cirugía conservadora o amputación de MS. También aportamos nuestra experiencia en el manejo del MS en el HUGCR en un periodo de 8 años.

Resultados: Durante el periodo 2008-16 hemos tratado 4 pacientes con MS, 2 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre 53 y 78 años, localizados en 1^o y 2^o (en 2 pacientes) dedos mano y 4^o dedo pie. El tipo histológico fue lentiginoso acral in situ en 3 casos, y fase crecimiento vertical Breslow 4mm en otro. En 2 pacientes se realizó resección local amplia, en otra paciente resección amplia + amputación parcial falange distal y en el caso invasivo amputación sobre articulación metatarsofalángica. No hubo recurrencias locales, y la paciente amputada falleció por progresión a distancia tras 1 año. Los trabajos revisados en los que se realiza amputación no demuestran una significativa mejoría en pronóstico y/o supervivencia frente al tto conservador. Existe evidencia de que el MS in situ puede manejarse de forma conservadora, como avalan nuestros resultados.

Conclusiones: En la literatura existe una tendencia creciente hacia el abordaje terapéutico conservador del MS, aunque el nivel de evidencia no es elevado, no siendo posible establecer conclusiones definitivas. Son necesarios estudios prospectivos aleatorizados.

CC11. CIRUGIA DEL LÓBULO AURICULAR

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

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

Introducción: El lóbulo auricular es una estructura cutánea y grasa, sin trascendencia funcional pero con importante repercusión estética. Es asiento frecuente de tumores y de demanda de reparación cosmética debido al uso de pendientes.

Casos clínicos: Presentamos diferentes casos de tratamiento quirúrgico de tumores que afectan el lóbulo auricular con reconstrucción posterior mediante distintas técnicas quirúrgicas, así como reparación del lóbulo rasgado y tratamiento médico-quirúrgico de queloides en el lóbulo auricular.

Discusión: La cirugía del lóbulo auricular puede ser compleja y es preciso conocer las diferentes técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de esta área anatómica. Presentamos varios casos clínicos de cirugía oncológica del lóbulo auricular intervenidos en nuestro servicio en los últimos años. Todos ellos tuvieron un buen resultado oncológico con resultados cosméticos variables. En cuanto a la cirugía cosmética realizamos una revisión de distintas técnicas propuestas para reparación de orificio rasgado del lóbulo auricular y del tratamiento de queloides.

CC12. UÑA EN PINZA: NUEVOS ENFOQUES ETIOPATOGÉNICOS Y TÉCNICA DE PLUSJÉ MODIFICADA

R. Pérez Mesonero, E. Jiménez Blázquez, V. Melgar Molero, R. Gil Redondo y E. de Eusebio Murillo

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

Introducción: Se define la uña en pinza como el aumento de la curvatura transversal de la lámina ungueal a lo largo del eje longitudinal, que provoca el pinzamiento del lecho subyacente y es causa de dolor y limitaciones funcionales. Aunque existen opciones terapéuticas conservadoras mediante técnicas de ortonixia, la cirugía es el tratamiento más eficaz en los casos graves.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente afectada por esta patología que fue intervenida en nuestro servicio mediante la técnica quirúrgica de Plusjé modificada.

Discusión: Clásicamente el origen de la uña en pinza se ha atribuido al ensanchamiento de la base de la falange distal del dedo, que

por su estrecha relación con la matriz de la uña origina una tabla ungueal aplanada proximalmente con hipercurvatura compensatoria de los bordes laterales, más acentuada en el extremo distal. Esta morfología ocasiona un atrapamiento del lecho subyacente que ejerce tensión continua sobre el hueso, provocando la formación de un osteofito de tracción en la falange distal que presiona desde abajo y perpetúa el proceso. De acuerdo a esta teoría etiopatogénica, Haneke propuso en 1992 una técnica de reparación quirúrgica ampliamente extendida, basada en 3 pasos: 1) eliminación de los cuernos de la matriz ungueal; 2) resección del osteofito de tracción de la falange distal, y 3) aplanamiento del lecho ungueal. Recientemente han surgido nuevos enfoques etiopatogénicos que restan protagonismo al ensanchamiento de la matriz y se centran en la diferente composición de la lámina ungueal y en la existencia de alteraciones biomecánicas durante la marcha, lo que ha llevado al desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas que obvian la matricectomía. La técnica de Plusjé, descrita originalmente en 2001, contempla una variante sin matricectomía que mantiene un correcto abordaje del osteofito y del lecho ungueal mientras se adapta a las últimas tendencias.

CC13. OPCIONES DE RECONSTRUCCIÓN NASAL POCO FRECUENTES Y PERLA PARA DISMINUIR EL ASCENSO DEL ALA NASAL

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

Hospital Universitario del Vinalopó. Elx. Alicante. España.

La reconstrucción nasal constituye un reto quirúrgico. Su estructura de morfología piramidal y la facilidad para crear asimetrías limitan en numerosas ocasiones nuestras opciones quirúrgicas. Presentamos varios casos de reconstrucción quirúrgica nasal poco habitual y su evolución postquirúrgica. Por otro lado, describimos una perla quirúrgica para evitar o disminuir el ascenso del ala nasal.

CC14. COMBINACIÓN DEL COLGAJO FRONTAL NASAL Y EL DE PEDÍCULO EN ISLA DEL LABIO SUPERIOR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DISTALES GRANDES DE LA PIRÁMIDE NASAL

E. Moreno Artero, M. Ivars, E. Querol, N. Rodríguez Garijo y P. Redondo

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

Introducción: El colgajo fronto-nasal clásico se diseña verticalmente en la línea media de la frente y se traspone para cubrir defectos grandes de la porción distal de la pirámide nasal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 58 años con un carcinoma basocelular esclerodermiforme e infiltrante de la pirámide nasal. Se trata de una lesión recidivante, tratada quirúrgicamente en otro centro en múltiples ocasiones y finalmente con radioterapia ante una nueva recidiva local. En la exploración física destaca una lesión ulcerada que desestructura completamente la superficie lateral izquierda y la simetría de la pirámide nasal, y que se extiende en forma de placa indurada por el labio superior y la mejilla izquierda. Tras la extirpación con cirugía controlada al microscopio en parafina reconstruimos el defecto combinando un colgajo de pedículo «en isla» de labio superior, para cubrir el vestíbulo nasal y parte del labio, con un colgajo naso-frontal de trasposición, para cubrir el defecto nasal.

Discusión: El colgajo de avance de pedículo «en isla» del labio superior se dibuja en el surco nasolabial, el filtrum y en la unión entre el bermellón y la piel, permitiendo cerrar defectos del vestíbulo nasal. El colgajo fronto-nasal clásico es un colgajo útil en la reconstrucción de defectos grandes localizados en la porción distal de la

pirámide nasal y consiste en un diseño vertical basado conceptualmente en las arterias supratroclear y/o supraorbitaria que puede dibujarse al azar en la línea media de la frente, sin necesidad de incluir estos vasos. Labrado en un plano profundo, hasta el periostio frontal, se despega y se traspone para cubrir la región distal de la pirámide nasal. A veces, para evitar el colapso y dar más consistencia a la porción distal del colgajo, se inserta una cuña de cartílago de la concha auricular. El plano mucoso no se reconstruye, sino que se deja granular por segunda intención. En un 2º tiempo, se secciona el pedículo y la parte proximal puede volver a insertarse para restaurar la porción glabellar de la zona dadora.

CC15. GRANDES DEFECTOS DE LA MEJILLA. RECONSTRUCCIÓN CON VARIANTES DE AVANCE PANGENIANO

E. Querol, E. Moreno, M. Ivars, N. Rodríguez y P. Redondo

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

Introducción: El colgajo de avance pangeniano es una excelencia técnica para reconstruir defectos de la mejilla. Como su nombre indica consiste en avanzar medialmente la piel de la mejilla para cubrir el área cruenta.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes con grandes defectos (mayores de 5 cm de diámetro) en la mejilla y en la mejilla y lateral nasal, secundarios a la exéresis de tumores epiteliales. Los defectos incluyeron el periostio de los huesos subyacentes. En la reconstrucción se utilizaron un colgajo pangeniano prologando mínimamente hacia el cuello y una combinación de una variante de colgajo pangeniano de avance y un colgajo de trasposición del puente nasal respectivamente. Se ilustran minuciosamente los pasos de ambas cirugías.

Discusión: La laxitud de la piel de la mejilla de las personas ancianas facilita el avance medial. Este colgajo tiene variantes de diseño en función de la localización, tamaño del defecto y anatomía peculiar de cada paciente. El resultado es mejor cuanto más próximo se encuentra la lesión a la pirámide nasal, de manera que podamos esconder la cicatriz del avance en la unión entre la mejilla y la nariz. El diseño clásico incluye incisiones en el surco infrapalpebral y el surco nasolabial, pudiendo prolongar la primera de ellas por la región preauricular hacia el cuello. Se discuten las opciones realizadas en estos pacientes.

CO1. CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR DE BAJO RIESGO EN ANCIANOS

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

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

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer más frecuente en la raza blanca. Suele tener una evolución poco agresiva, con un crecimiento lento a lo largo de varios años y casos anecdóticos de metástasis. Sin embargo, determinadas características del tumor, como su localización o tipo histológico, pueden empeorar su pronóstico. La población más afectada por el CBC son los ancianos, muchos de los cuales tienen otras comorbilidades importantes que afectan a su calidad y esperanza de vida. Partiendo de ellos nos planteamos cuáles son los factores que debemos tener en cuenta a la hora de decantarnos por un tratamiento u otro y cuál es la opinión de los dermatólogos de la Región de Murcia en este aspecto.

Material y métodos: Para ello realizamos una búsqueda bibliográfica para conocer las recomendaciones de las guías terapéuticas más actualizadas en el manejo del CBC, y enviamos una encuesta anónima

nima a través de Internet a todos los dermatólogos y dermatólogos en formación de la Región de Murcia.

Resultados: En general, encontramos que las guías terapéuticas solo tienen en cuenta factores derivados del tumor y éxito terapéutico para recomendar las diferentes opciones de tratamiento, sin incluir características dependientes del paciente. Entre los resultados de la encuesta, que contó con una participación del 62%, destaca que la edad es un factor importante para decantarse por uno u otro tratamiento sobre todo en grandes ancianos (mayores de 90 años), pero la mayoría considera primero factores derivados del tumor. Además, el 65% de los encuestados considera que existe un sobretratamiento quirúrgico en algunas ocasiones, pudiéndose haber realizado otros tratamientos considerados menos agresivos. Esta opinión es más frecuente entre los dermatólogos más jóvenes, por lo que la experiencia de los más veteranos puede tener un papel relevante.

CO2. CARCINOMA ESPINOCELULAR HISTOLÓGICAMENTE INFRECUENTE Y DE CURSO EXCEPCIONALMENTE AGRESIVO

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

Servicio de Dermatología y de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: La mayoría de los carcinomas espinocelulares (CEC) muestran un curso relativamente benigno. No obstante, un pequeño porcentaje desarrolla metástasis locorregionales y a distancia. Presentamos un caso de CEC con desenlace fatal, revisando los hallazgos clinicopatológicos que definen al CEC de alto riesgo (CE-CAR).

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedente de DM2, HTA, policitemia vera, prostatectomía radical por carcinoma de próstata y exéresis de varios carcinomas cutáneos. Consultó por una lesión frontoparietal derecha de rápido crecimiento, cuya exéresis reveló un CEC moderadamente diferenciado acantolítico con invasión vascular linfática. En el postoperatorio inmediato desarrolló un nódulo preauricular derecho y lesiones satélite a la cicatriz (PAAF y biopsia confirmaron infiltración por carcinoma poco diferenciado). El TC sólo detectó una adenopatía parotídea sin otros datos de progresión a distancia. Se realizó una parotidectomía total con linfadenectomía cervical derecha y exéresis de las metástasis cutáneas con radioterapia adyuvante. Una vez finalizada la radioterapia, el paciente sufrió un empeoramiento progresivo requiriendo ingreso por hipercalcemia sintomática. En la exploración física se detectaron múltiples nódulos subcutáneos cuya histología confirmó metástasis subcutáneas de CEC. Un nuevo TC mostró múltiples lesiones líticas óseas. Tras control sintomático el paciente fue derivado a cuidados paliativos, falleciendo pocas semanas después.

Discusión: En las últimas décadas se están definiendo las características del CECAR. Aportamos un nuevo caso en el que confluyen, entre otros, varias de estas características que incluyen el subtipo acantolítico, la invasión vascular, el estado de inmunosupresión hematológica y el crecimiento acelerado del tumor. Conocer los distintos factores de riesgo del CECAR es crucial para realizar un abordaje correcto, ya que nos van a alertar sobre la necesidad de una estadificación exhaustiva, de un tratamiento más agresivo y de un seguimiento individualizado con objeto de aumentar la supervivencia de estos pacientes.

CO3. AFECTACIÓN CUTÁNEA POR LINFOMAS EXTRACUTÁNEOS

R. Bosch García^a, P. López Jiménez^a, N. López Navarro^a, Á. Barranquero Fernández^a, E. Gallego Domínguez^b y E. Herrera Ceballos^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Por definición un linfoma se considera como primario cutáneo si en el momento del diagnóstico, y en el estudio de extensión, no se encuentra afectación extracutánea. Los linfomas con afectación cutánea secundaria tienen un comportamiento clínico y pronóstico muy diferentes a los primarios cutáneos histológicamente similares, por lo que su diferenciación es importante para su manejo correcto. Presentamos 9 pacientes con lesiones cutáneas por linfomas inicialmente extracutáneos. En 5 pacientes las lesiones cutáneas fueron la primera manifestación, siendo el estudio de extensión el que demostró su carácter sistémico. En 4 casos las lesiones aparecieron en la piel cuando su enfermedad había sido diagnosticada ya en otros órganos en un periodo entre 6 meses y 11 años antes. Se trata de 6 varones y 3 mujeres de edades comprendidas entre 55 y 83 años. En 8 casos la clínica cutánea consistió en lesiones infiltrativas eritematovioláceas variadas (pápulas, placas y nódulos), y en un caso en forma de eritrodermia. El diagnóstico fue en 5 de los 8 linfoma B difuso de células grandes, en 2 linfoma anaplásico de células grandes ALK negativo, un linfoma T angioinmunoblástico y un linfoma T periférico. La morfología clínica de la afectación cutánea por linfomas de origen en otra zona es muy variable, su biopsia permite en ocasiones descubrir procesos desconocidos, o mostrar la progresión de algunos ya diagnosticados previamente.

CO4. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO CLÍNICO DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE FOTÓN ÚNICO-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL MAPEO LINFÁTICO DE LOS PACIENTES CON MELANOMA DE CABEZA Y CUELLO

A. Bennassar Vicens, M. Ortiz Ruiz, R. Pigem Gasos, A. Vilalta Solsona y S. Vidal-Sicart

Servicio de Dermatología. Unitat de Melanoma. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con melanoma de cabeza y cuello tienen una alta tasa de falsos negativos (TFN) en la biopsia selectiva deganglio centinela (BSGC) lo que disminuye la sensibilidad del procedimiento. Debido a la complejidad del sistema linfático en esta región anatómica es muy importante un mapeo linfático preciso para lograr una correcta estadificación de los pacientes. La tomografía por emisión de fotón único/tomografía computarizada (SPECT-CT) es una modalidad de imagen que ha demostrado ventajas en el adecuado mapeo linfático pero se ha estudiado poco en este grupo de pacientes.

Objetivos: Determinar el aporte del SPECT-CT en pacientes con melanoma de cabeza y cuello identificando diferencias con la linfogamagrafía planar (LP) en los GC detectados, la relación con los extraídos y la estimación de la TFN.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con melanoma de cabeza y cuello candidatos a BSGC mapeados con LP y SPECT-CT. Se recopilaron y analizaron datos demográficos y clínico-patológicos. Los GC detectados y los GC extraídos fueron analizados estadísticamente en la cohorte completa y por estado patológico del GC. Un modelo de regresión lineal múltiple fue desarrollado entre las variables correlacionadas. Se estimó la TFN y el valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Existió una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana de GC detectados por LP y SPECT-CT (3 vs 4) y la mediana de ganglios extraídos en pacientes con GC positivo y negativo (4 vs 3). El SPECT-CT predijo significativamente el número de ganglios extraídos. La TFN fue 10% y el VPN 97,6%.

Conclusiones: El SPECT-CT incrementa la detección del GC, mejora su localización y aumenta la precisión del mapeo linfático en los pacientes con melanoma de cabeza y cuello. Además influye en el número de GC extraídos, aumentando la probabilidad de detectar micrometástasis ganglionares y favoreciendo una menor TFN.

CO5. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN ÚLCERAS CUTÁNEAS RADIOINDUCIDAS

M.I. Fernández Canedo^a, N. Blázquez Sánchez^a, M. Pérez Delgado^b, L. Padilla España^a y M. de Troya Martín^a

^aHospital Costa del Sol Marbella. ^bVithas Xanit Internacional Benalmádena. Málaga. España.

Introducción: La radioterapia es uno de los pilares terapéuticos del cáncer de piel. Entre sus complicaciones figura la radionecrosis de tejidos blandos. Su aparición va a depender de varios factores como el tipo de radiación, de la dosis total y por fracción, del área anatómica, de la administración de quimioterapia concomitante y de diferencias individuo dependientes. Una vez ocurre esta radionecrosis no existen tratamientos estandarizados.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 73 años diagnosticado de carcinoma epidermoide en pierna tratado con radioterapia. Un año después de finalizar la radioterapia desarrolló varias úlceras de evolución tórpida con ausencia de respuesta a los tratamientos instaurados. Fue valorado por el Servicio de Cirugía Plástica que aconsejó amputación del miembro. Se indicó entonces oxigenoterapia hiperbárica con epitelización de las úlceras tras 55 sesiones. Caso 2: mujer de 50 años diagnosticada de carcinoma epidermoide de canal anal con extensión vulvo vaginal tratado con radioterapia y quimioterapia concomitante. A los tres meses de finalizar la radioterapia la paciente desarrolló una proctitis y una úlcera perianal intensamente dolorosa que requirió tratamiento con mórnicos. Se indicó oxigenoterapia hiperbárica con epitelización de la úlcera tras 37 sesiones.

Comentario: La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) es una modalidad de terapéutica física que se fundamenta en la obtención de presiones parciales de oxígeno elevadas, al respirar oxígeno puro en el interior de una cámara a una presión superior a la atmosférica. En el caso de lesiones radioinducidas la OHB tiene una indicación complementaria ya que no se considera un tratamiento imprescindible ni esencial pero sí parece poseer una acción beneficiosa. A pesar de la poca consistencia de los estudios publicados y de la dificultad de definir científicamente las indicaciones de esta técnica, debemos considerarla dentro del arsenal terapéutico de lesiones radioinducidas que no responden a terapias convencionales.

CO6. EL CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO EXISTE: SEGUNDA PARTE

N. Blázquez Sánchez^a, M.I. Fernández Canedo^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, D. Bautista Ojeda^b y M. de Troya Martín^a

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

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) metastásico es una entidad altamente infrecuente (0,0028-0,55%). En la mayor parte de los casos las metástasis se localizan en ganglios linfáticos regionales (60%), siendo más infrecuente la diseminación a distancia. Aunque el pulmón es el órgano más frecuentemente afectado, hasta la fecha sólo se han publicado unos 50 casos con metástasis en esta localización. Presentamos un caso de CBC cutáneo con desarrollo de metástasis pulmonares tras 9 años de su diagnóstico inicial.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedentes de CBC infiltrativo en zona centrotorácica de gran tamaño, extirpado mediante cirugía convencional con márgenes libres en Enero 2005. En Marzo 2014, tras pérdida de seguimiento, consulta por nueva tumoración en región axilar izquierda, a modo de trayecto fistuloso que alcanzaba plano muscular en las pruebas de imagen, con diagnóstico histológico de CBC. Se realizó exéresis de la lesión con estudio orientado de márgenes en diferido requiriéndose dos estadios, en el segundo de los cuales se detectaron adenopatías palpables en el campo quirúrgico que fueron extirpadas en el mismo acto. El estudio histológico reveló márgenes de resección tumoral libres y metástasis

focales de CBC en uno de los 10 ganglios extirpados. Durante el seguimiento el paciente desarrolla recaída locorregional con estudio de extensión negativo, realizándose linfadenectomía terapéutica y radioterapia adyuvante. En julio 2014 el TAC evidencia un nódulo pulmonar subpleural de 6,5 mm de tamaño, que se mantiene estable en estudios de imagen posteriores. En julio 2016, ante el ligero aumento de tamaño del mismo, se procede a su extirpación siendo el estudio histológico compatible con metástasis de CBC.

Discusión: El desarrollo de metástasis en pacientes con CBC, aunque excepcional, ensombrece notablemente el pronóstico de estos pacientes. Resulta clave identificar los factores de riesgo de metastatización para establecer pautas de seguimiento en estos pacientes que permitan un diagnóstico precoz y un manejo terapéutico adecuado.

CO7. IMPACTO DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL EN LA TOMA DE DECISIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS ANTE UN POSIBLE TUMOR CUTÁNEO

E. Manubens Mercadé^a, A. Barreiro^a, S.W. Dusza^b, S. Puig^a y C. Carrera^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España. ^bServicio de Dermatología. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Nueva York. Estados Unidos.

Introducción: La microscopía confocal de reflectancia (MCR) es una técnica de imagen no invasiva que permite evaluar lesiones cutáneas con resolución celular. Ha demostrado mejorar la precisión diagnóstica de tumores cutáneos como complemento de la dermatoscopia, siendo especialmente útil en lesiones faciales y en lesiones dermatoscópicamente difíciles, hipopigmentadas o amelanóticas.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo llevado a cabo en dos centros de referencia de cáncer cutáneo: Hospital Clínic de Barcelona y Memorial Sloan-Kettering de Nueva York. Desde diciembre de 2015 a julio de 2016 se realizó MCR de todas las lesiones sospechosas de cáncer cutáneo cuyo diagnóstico clínico-dermoscópico fuera dudoso. Se registró antes y después de la exploración con MCR el diagnóstico de presunción, con su nivel de confianza (de 1 a 10), y el manejo propuesto para cada lesión.

Resultados: Se incluyeron 259 lesiones dudosas. La media del nivel de confianza diagnóstica fue de 6,3 pre-MCR y 8,1 post-MCR ($p < 0,001$). En 82 casos (31,7%) el diagnóstico de presunción cambió post-MCR. Entre los casos sin cambio de diagnóstico, el nivel de confianza aumentó de 6,4 a 8,4 post-RCM ($p < 0,001$), mientras que en los que sí cambió, el diagnóstico aumentó de 6,0 a 7,5 post-RCM ($p < 0,001$). Tras la MCR el manejo se modificó en 129/259 (49,8%) de los casos. En 46/129 (38,0%) el cambio fue de cirugía (biopsia o escisión) a observación, y en 30/129 casos (23,2%) se cambió de observación a cirugía. En 6 casos (4,6%) se prescindió de realizar biopsia y se realizó tratamiento con imiquimod, y en 22 casos (17,0%) se cambió de biopsia a escisión, o viceversa.

Conclusiones: La MCR de lesiones dudosas mejora el nivel de confianza diagnóstica del evaluador. A menudo condiciona un cambio en el diagnóstico, pudiendo provocar un diferente manejo terapéutico. La mejora de precisión diagnóstica prequirúrgica puede optimizar el planteamiento terapéutico.

CO8. FACTORES PRONÓSTICOS EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PIEL. SEGUIMIENTO DE 162 CASOS

G. Romero Aguilera, C. Mendoza, M. Flores, M. Franco y J.A. Garrido

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

Introducción: El carcinoma epidermoide de piel (CEP) es el tumor cutáneo más frecuente con capacidad metastásica. Las tasas de

metástasis reportadas son variables y el impacto de los factores de riesgo individuales no es bien conocido. Iniciamos un estudio de resultados de salud para medir dicho impacto en nuestra área.

Material y métodos: Recogimos variables clínicas e histológicas de CEP extirpados en dos años en nuestra Unidad.

Resultados: Entre sept-2007 y sept-2009, hubo 140 pacientes (83 V, 57 M), 46-98 años (media 77.8) con un total de 162 CEP confirmados histológicamente (118 con un tumor, y 24 con 2 o más). Hubo 9 inmunodeprimidos (8 trasplantes y 1 linfoma).

Localizaciones: 54 faciales, 26 labio inferior, 22 cuero cabelludo, 16 auricular, 15 MMSS, 14 sien/temporal, 9 MMII, 5 tronco y 1 genital. Tamaño 0,2-8 cm, media 1,85 cms, 94 < 2 cm y 68 ? 2 cm, con 9 > 5 cm. Evolución al diagnóstico 1-25 meses (media 9.4). Histológicamente 126 bien diferenciados, 26 moderadamente diferenciados y 6 pobremente diferenciados.

Tratamiento: Cirugía 152, radioterapia 7, combinado 2 y crioterapia 1. Tras seguimiento 1-88 meses (media 43) hubo 3 recurrencias locales, 2 metástasis ganglionares, y 21 muertes, ninguna por el tumor. Hubo más recurrencias en los tumores mal diferenciados (Chi2 7,806; p = 0,020), mayor tamaño (Chi2 4,334; p = 0,037) y localización auricular (Chi2 11,075; p = 0,001). Hubo más metástasis en los tumores mal diferenciados (Chi2 12,275; p = 0,002) y tendencia a significación si > 2 cm (Chi2 2,871; p = 0,090)

Discusión: El CEP origina un bajo pero significativo riesgo de metástasis nodal y recurrencia local. En este estudio hubo un 1.85% de recurrencia y 1.23% de metástasis nodal, y la mortalidad enfermedad-específica fue nula. Nuestras tasas son algo inferiores a las reportadas y los factores de riesgo análogos a lo publicados, destacando tamaño > 2 cm, la localización auricular y la pobre diferenciación histológica.

CO9. CARCINOMAS ESCAMOSOS ERUPTIVOS INDUCIDOS POR RUXOLITINIB EN UN PACIENTE CON POLICITEMIA VERA

A. Toll Abelló^a, Á. March Rodríguez^a, B. Bellosillo Paricio^b, C. Besses Raebel^c y R.M. Pujol Vallverdú^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Patología; ^cServicio de Hematología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: El ruxolitinib es un inhibidor de la quinasa Janus (JAK)-1 y JAK2 indicado para el tratamiento de la mielofibrosis primaria o secundaria por policitemia vera o trombocitemia esencial. También está indicada en pacientes con policitemia vera resistente a la hidroxiurea.

Descripción del caso: Varón de 72 años con fototipo 2 y antecedentes de exposición solar intensa, a quien se había extirpado un carcinoma basocelular, un carcinoma escamoso cutáneo y un léntigo maligno faciales. El paciente es diagnosticado de policitemia vera con mutación V617F en JAK2 en Julio de 2012. Tras un periodo de 6 meses de tratamiento con hidroxiurea, esta es sustituida por ruxolitinib por resistencia hematológica. Tras 16 meses de tratamiento con ruxolitinib el paciente desarrolla numerosos carcinomas escamosos tipo queratoacantoma en zonas fotoexpuestas (pretibial, cuero cabelludo y escote) a lo largo de un periodo de 18 meses. Histológicamente la mayoría de tumores consistían en carcinomas escamosos tipo queratoacantoma y se halló desmoplasia en un elevado número de casos. Así mismo, una de las lesiones en cuero cabelludo recidivó a los 2 meses de ser extirpada. Una vez suspendido el tratamiento con ruxolitinib, el paciente no ha desarrollado nuevas lesiones durante un seguimiento de 6 meses.

Discusión: Recientemente se ha descrito un caso de carcinomas escamosos eruptivos tipo queratoacantoma en una paciente de 74 años en tratamiento con ruxolitinib. Este fármaco reduce las citoquinas pro-inflamatorias circulantes así como las células dendríticas y las células T CD4+. En base a este efecto se está evaluando su

utilidad en enfermedades cutáneas de sustrato inmunológico como la dermatitis atópica, la psoriasis o el vitiligo.

Conclusiones: El ruxolitinib es un fármaco de reciente comercialización aprobado en síndromes mieloproliferativos que debe ser usado con precaución en individuos con daño actínico crónico, antecedentes de cáncer cutáneo o de toma previa de hidroxiurea.

CO10. VALOR PRONÓSTICO DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA CUTÁNEO GRUESO (> 4 MM): ESTUDIO DE EMPAREJAMIENTO MEDIANTE LA PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN

A. Tejera Vaquerizo^a, A. Boada^b, S. Ribero^c, S. Puig^d, E. Nagore^e, D. Moreno Ramírez^f y M.Á. Delcalzo Gallego^g

^aServicio de Dermatología. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España. ^cMedical Sciences Department. Section of Dermatology. University of Turin. Turin. Italia. ^dUnidad de Melanoma. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. España. ^eServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^fUnidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España. ^gUnidad de Investigación. Fundación Piel Sana. Academia Española de Dermatología. Madrid. España.

Introducción: Hoy en día no hay una clara evidencia de una ventaja en la supervivencia global para los pacientes con melanoma cutáneo de grosor intermedio que se someten a una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). En el caso de los pacientes con melanoma grueso, la BSGC no ha sido suficientemente estudiada como un factor predictor independiente de la supervivencia.

Objetivos: Usamos un emparejamiento basado en la puntuación de propensión para evaluar si la BSGC tiene un papel terapéutico en los pacientes con melanoma grueso. Como objetivo secundario, evaluamos el pronóstico de estos pacientes con respecto al estado de afectación del GC.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico de cinco centros de referencia terciarios. Se incluyeron un total de 1119 pacientes consecutivos de las bases de datos de melanomas de los centros participantes, de los cuales, 752 fueron emparejados mediante la metodología basada en la puntuación de propensión. La variable de interés fue la realización o no de la BSGC. El objetivo del estudio fue valorar la supervivencia libre de enfermedad (DFS), la supervivencia específica de melanoma (MSS), y la supervivencia global (OS).

Resultados: La realización de la BSGC vs observación se asoció con una mejor DFS (Riesgo relativo ajustado [AHR], 0,74; 95% intervalo de confianza [CI] 0,61-0,9) (p = 0,002). Con respecto a la MSS, la realización de la BSGC vs observación no se asoció con una mejor supervivencia (AHR, 0,84; 95% CI 0,65-1,008) (p = 0,165). Otras variables asociadas con una peor MSS fueron el sexo masculino, la edad, el grosor tumoral, la ulceración y la presencia de satelitosis microscópica. Por último, la BSGC vs. Observación se asoció con una mejor OS (AHR, 0,65; 95% CI 0,70-0,94) (p = 0,013). Dentro del grupo de pacientes a los que se les realizó la BSGC, los pacientes con GC negativo tuvieron una mejor supervivencia en la curva de Kaplan-Meier (p < 0,001).

Discusión: Los datos son acordes al ensayo clínico MSTL-I. Los pacientes en el grupo de observación posiblemente tengan un peor estado general lo que podría explicar la diferencia en la OS. Existe la limitación de ser un estudio retrospectivo.

Conclusiones: Nuestros datos indican que la BSGC prolonga la DFS de los pacientes con melanoma grueso (> 4 mm) pero no la MSS. Aunque está claro que la no realización de este procedimiento en

este subgrupo de pacientes no empeora el pronóstico en términos de supervivencia específica, la afectación metastásica del GC constituye una herramienta pronóstica importante en estos pacientes.

CO11. MELANOMA: APRENDIENDO DE CADA CASO

S. Bjerg Simonsen^a, S. Martínez García^a, L. Martínez Pilar^a, Á. Montesa Pino^b y Á. Vera Casaño^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción: Existe un aumento de la incidencia de melanoma en los últimos años. La estimación del riesgo de recurrencia local y metástasis ganglionares en función del estadiaje hace necesario un protocolo de seguimiento, así como una sistemática de actuación en las diferentes situaciones que nos podemos encontrar en el proceso melanoma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 34 años que fue diagnosticado de melanoma de extensión superficial en zona lumbar con Breslow de 0,6 mm, sin mitosis ni ulceración, estadio IA, en el año 2013. En los meses siguientes tuvo un seguimiento con radiografía de tórax, ecografía locoregional ganglionares inguinales y abdominales semestrales así como analítica con S-100 y LDH. A los 16 meses del diagnóstico se detectó en la ecografía de control, múltiples adenopatías en la región inguinal con sospechas de malignidad. El reestadiaje del paciente nos ha permitido valorar la sensibilidad y especificidad de las pruebas complementarias realizadas. **Discusión:** Hay una gran variabilidad en el protocolo de seguimiento tras el diagnóstico de melanoma, así como en la sistemática de actuación en pacientes con recidivas. Presentamos un caso que subraya la necesidad de valorar los resultados según la sensibilidad y especificidad de cada prueba, el contexto del paciente así como la importancia del Comité Multidisciplinar de Melanoma para enfrentarnos a estos pacientes. Aprovechamos la ocasión para discutir la validez del uso del PET así como la importancia de interpretar los resultados del mismo de manera individualizada en cada paciente.

Pósteres

PL1. TRATAMIENTO CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO EN 2 CASOS DE MANCHA DE VINO DE OPORTO ADQUIRIDA (SÍNDROME DE FEGELER)

B. García García, C. Gómez de Castro, S. Requena López y C. Maldonado Seral

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

Introducción: Las manchas en vino de Oporto (MVO) son malformaciones vasculares congénitas que afectan aproximadamente al 0.3% de la población. Las MVO adquiridas son bastante raras, habiéndose descrito hasta la actualidad 74 casos.

Casos clínicos: Describimos dos nuevos casos de MVO adquirida en dos mujeres de 47 y 53 años y su excelente respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado. En ambos casos la lesión estaba situada en la región facial y se obtuvo un aclaramiento completo tras tres sesiones de láser de colorante pulsado.

Discusión: Las MVO adquiridas son malformaciones vasculares clínica e histológicamente similares a las MVO congénitas. Pueden surgir a cualquier edad, habiéndose estimado una media de 25 años y presentan un predominio femenino. Suelen ser unilaterales, siendo la cara la localización más frecuente (70% de los casos). Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, las MVO adquiridas se han asociado con varios factores o desencadenantes, entre los cuales el más frecuente

son los traumatismos (30% de los casos). Otras causas descritas son la exposición solar crónica, factores hormonales (embarazo, pubertad, toma de anticonceptivos orales) y otras más anecdóticas. La patogenia exacta se desconoce, aunque se ha atribuido a un defecto en el control perivascular del sistema nervioso simpático, que conduciría a una vasodilatación y ectasia de los vasos dérmicos. El tratamiento de la MVO adquirida incluiría distintas modalidades de láser, destacando el de colorante pulsado como el tratamiento de elección dado su buen perfil de seguridad. En general estas lesiones adquiridas responden mejor al tratamiento que las clásicas MVO congénitas. Los dos casos que presentamos evidencian esta buena respuesta, alcanzándose una remisión completa en ambos casos tras únicamente tres sesiones de láser de colorante pulsado.

PL2. FORMACIÓN EN LÁSER Y LUZ PULSADA. ¿ES SUFICIENTE?

A. Vilas Sueiro^a, D. Saceda Corralo^b y P. Boixeda^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Tanto las técnicas láser como la luz pulsada poseen multitud de aplicaciones en dermatología. Sin embargo, la percepción en muchas ocasiones es que durante el período de formación de los nuevos dermatólogos existe un déficit instructivo en este campo. Realizamos por tanto una encuesta para conocer las opiniones y el nivel de conocimiento de los mismos.

Material y métodos: Contestaron a la encuesta 109 profesionales contemplando los 3 últimos años de residencia y los primeros años de facultativo especialista. Las preguntas planteadas abarcaron temas como: nivel instructivo, utilización más frecuente de las técnicas, necesidad o no de mayor tiempo de aprendizaje o medidas para aumentarlo en caso afirmativo.

Resultados: El 50% de los encuestados fueron residentes de dermatología, correspondiendo la otra mitad a facultativos especialistas. El 40,4% de los encuestados ejercen su trabajo en hospitales que no poseen equipos destinados a uso dermatológico. Del casi 60% que se benefician del uso de estos equipos, aproximadamente 2 de cada 3 son láser CO₂, siendo el segundo en frecuencia el láser de colorante pulsado o "Dye laser". Respecto al uso de la tecnología, más del 67% está destinada a las lesiones de origen vascular. El 40% de los profesionales consideraron que sus conocimientos son escasos o nulos en este campo, sin embargo el 89% considera la formación en láser como importante o muy importante.

Discusión y conclusiones: Con este trabajo queremos aportar que a pesar de la gran importancia de la laserterapia y la luz pulsada, un gran número de profesionales perciben que su formación es insuficiente. Dada la escasa accesibilidad a este tipo de tecnología, la mayoría de los encuestados proponen estancias formativas de entre 2 y 3 meses durante la residencia como la mejor solución para paliar este déficit.

PL3. PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL TRAS IMPACTO ACCIDENTAL DURANTE LA DEPILACIÓN CON LÁSER ALEJANDRITA. LA IMPORTANCIA DE LAS GAFAS DE PROTECCIÓN OCULAR

F.J. Navarro Triviño, I. Temblador Barba, M. Martínez Jiménez y E. Delgado Alonso

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología y Venereología. Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Mujer de 21 años que acude por pérdida de visión brusca bilateral al día siguiente de someterse a una sesión de depilación con láser Alejandrita en consulta privada de Dermatología. Fue valorada

por el servicio de Oftalmología, que objetivó pérdida de agudeza visual grave con escotoma central y alteración macular grave objetivable por OCT. En la anamnesis, la paciente comentó que durante la sesión de depilación no llevó las gafas de protección ocular en todo momento, y que percibió disparos oculares. Se pautó tratamiento antiinflamatorio con corticoides orales y Nepafenaco tópico, con buena evolución clínica y recuperación de la agudeza visual casi completa. Actualmente hay pocos casos descritos de disparo accidental ocular durante la sesión de depilación láser, y la mayoría de ellos son unilaterales, con evolución no favorable. Presentamos el caso de impacto accidental macular bilateral con láser Alejandrita secundario a mala praxis. Es fundamental cumplir con las medidas de protección ocular durante todo el procedimiento, porque a pesar de la buena evolución de nuestra paciente, más de la mitad de los casos descritos han presentado secuelas graves e irreversibles.

PL4. LÁSER DE COLORANTE PULSADO COMO TERAPIA ADYUVANTE EN LA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

X. Calderón Castrat, M. Roncero Riesco, M.T. Alonso San Pablo, L. Sánchez los Arcos y E. Fernández López

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una rara entidad siendo la piel uno de los principales órganos afectados. Sin embargo, los tratamientos cutáneos continúan siendo un reto terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 51 años con HCL sistémica con afectación cutánea. Zonas a tratar: Distrofia y paroniquia ungueal de las manos y úlcera axilar izquierda. Parámetros: Longitud de onda: 595 mm. Tamaño del haz: 7 mm. Duración del pulso: 0.5 ms. Fluencia 7.5 J/cm². Sistema de enfriamiento continuo. Cada sesión constaba de 3 pases de pulsaciones continuas en el pliegue proximal, lateral y lámina ungueal y en la úlcera axilar, con un solapamiento del 10%. Se realizaron un total de 5 sesiones en las uñas y 4 sesiones en la axila a intervalo de 3 semanas.

Resultados: Se objetivó disminución del eritema y tumefacción periungueal, mejoría en el aspecto de la lámina ungueal y alivio sintomático a los pocos minutos de cada sesión. Además, la úlcera axilar mostró reepitelización completa. El seguimiento de 8 meses no ha mostrado signos de recidiva.

Discusión: El mecanismo de acción del PDL en la HCL se desconoce. Sin embargo, se ha demostrado su eficacia en patologías inflamatorias como la psoriasis y el lupus cutáneo, postulándose la fototermólisis selectiva como probable causa. Este fenómeno vascular pudiera ser el responsable de la reducción del componente inflamatorio y la proliferación de células de Langerhans, además de interferir con el proceso de angiogénesis en las úlceras. Esta evidencia clínica es la que nos motivó al uso del PDL como una terapia alternativa.

Conclusiones: El PDL ha demostrado excelentes resultados en las lesiones cutáneas de la HCL. Resaltamos este manejo seguro, efectivo y bien tolerado como una terapia alternativa y/o adyuvante en el tratamiento de la HCL. Asimismo proponemos un posible mecanismo de acción del PDL en esta entidad.

PL5. BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN LA LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS CON LÁSER DE CO₂

F.J. Navarro Triviño, M.J. Naranjo Díaz, A. Martínez Martínez y R. Naranjo Sintés

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología y Venereología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada

Mujer de 66 años con antecedentes de carcinoma espinocelular de la mucosa oral en seguimiento por el servicio de Maxilofacial, que acudió a la consulta de dermatología por presentar lesiones en mucosa labial desde hacía 18 meses. No fumadora, no exposición solar crónica ni traumatismos locales repetidos. En la exploración se apreciaba placas hiperqueratósicas blanco-amarillentas bien delimitadas en la mucosa labial queratósica hasta bermellón, y su extensión hacia el interior de la mucosa no queratinizada, tanto del labio superior como inferior, que alcanzaba el área gingival. Se realizó estudio histológico que confirmó la sospecha clínica de leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), al mismo tiempo que se descartó la presencia de proceso maligno asociado. Dada la extensión del cuadro se planteó inicialmente tratamiento tópico con Imiquimod 5%, 3 veces a la semana durante 6 semanas. La respuesta inicial fue buena, sin embargo, a los 8 meses recidivó localmente. Se planteó Terapia Fotodinámica con ácido 5-aminolevulínico en mucosa labial, con respuesta parcial. Dado el fracaso relativo de los tratamientos previos, se decidió realizar 3 sesiones con láser de CO₂ separadas 2 semanas, previo a plantearse la cirugía como última opción. La respuesta clínica fue favorable, con buena tolerancia al tratamiento láser, sin complicaciones relevantes. Actualmente en seguimiento dermatológico sin signos de persistencia ni recidiva de la LVP. La transformación maligna de esta dermatosis a carcinoma verrucoso y carcinoma espinocelular oral invasivo obligan a mantener un seguimiento estrecho de estos pacientes.

PL6. TRATAMIENTO DE LAS ALOPECIAS CICATRICIALES CON TERAPIA LÁSER DE BAJA POTENCIA. EXPERIENCIA EN 3 PACIENTES

P. Fonda Pascual, O. Muñoz Moreno-Arrones, A. Alegre Sánchez, S. Vañó Galván y P. Jaén Olasolo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La terapia láser de baja potencia (o LLLT, de las siglas en inglés low-level laser therapy) es una modalidad de terapia lumínica en la que se utilizan cantidades bajas de energía con el propósito de modular la respuesta biológica en el tejido tratado. En este estudio pretendemos observar de forma preliminar el efecto terapéutico de LLLT emitida por LEDs en tres casos de alopecia cicatricial refractaria a tratamiento convencional.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 38 años con diagnóstico clínico e histológico de liquen plano pilar (LPP). Había recibido un injerto capilar en región temporal derecha 15 días antes. Refería no obstante eritema, tricodinia y cierta extensión de las áreas alopécicas. Se le pautó tratamiento domiciliario con LLLT (dispositivo HairRevolution3fi de 80 LEDs de Skymedicfi) 4 J/cm², 10 minutos al día, durante 2 meses, con mejoría en escalas de calidad de vida y en la escala clínica LPPAI (lichen planopilaris severity index). Caso 2: mujer de 67 años con diagnóstico de LPP. Refería intensa tricodinia y ardor en cuero cabelludo. Se le pautó LLLT 10 minutos al día durante 2 meses, mejorando en escalas de calidad de vida y en LPPAI. Caso clínico 3: mujer de 70 años con diagnóstico de alopecia frontal fibrosante desde hace 3 años. Refería prurito, ardor local y aceleración del retroceso frontal. Se le pautó LLLT 2 meses mejorando en escalas de calidad de vida y en parámetros clínicos.

Discusión: El LLLT se ha utilizado para el tratamiento de enfermedades y afecciones en cirugía maxilofacial, rehabilitación, y traumatología con marcado éxito analgésico y clínico en algunos casos. Su uso en Dermatología está probado, habiéndose utilizado en múltiples enfermedades como la alopecia androgenética, mostrando eficacia clínica con nivel de evidencia IB. En alopecias cicatriciales podría tratarse de un efectivo tratamiento antiinflamatorio coadyuvante, como en los casos presentados.

PC1. COLGAJO DE BERNARD-WEBSTER PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN EL LABIO INFERIOR TRAS EXTIRPACIÓN DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE

A. Gómez Zubiaur, S. Beá Ardébol, M. Bandini, E. Sánchez Gómez y L. Trasobares-Marugán

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

Introducción: El labio inferior es un asentamiento habitual de queilitis actínica y carcinomas espinocelulares. Desde el punto de vista quirúrgico, es una unidad estética difícil de reconstruir, en especial si la neoplasia afecta a más del 35% del labio. No existe una técnica quirúrgica de elección, por lo que la individualización según las características del tumor y las comorbilidades del paciente es fundamental.

Caso clínico: Varón de 90 años, exfumador, hipertenso y diabético. Desde hacía 4 meses presentaba una masa tumoral de superficie costrosa-queratósica, con áreas erosivas hemorrágicas, que ocupaba más de 1/3 de labio inferior, con crecimiento progresivo. Además, asociaba importante daño actínico en los márgenes de la lesión. Se realizó biopsia que confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide escamoso ulcerado bien diferenciado. Se decidió tratamiento quirúrgico mediante cirugía de Mohs, obteniendo márgenes libres tras el 1° pase. Se generó un defecto irregular de espesor total que ocupaba casi el 100% del labio inferior, siendo de mayor tamaño en lado derecho. Para la reconstrucción se dividió el defecto en dos partes, en la mitad derecha se realizó un colgajo de Bernard-Webster, con avance y eversión de mucosa yugal para formar el neobermellón; en la mitad izquierda solo fue necesario un avance de mucosa con técnica similar a una bermelloplastia. El paciente toleró bien la intervención y no requirió ingreso. Tras 6 meses de la cirugía ha recuperado la funcionalidad muscular completa, a pesar de la microstomía residual.

Conclusiones: La técnica de Bernard fue descrita en 1853 incorporando posteriormente modificaciones (Webster). Puede ser uní o bilateral y permite la reconstrucción de defectos superiores a 1/3 de labio inferior en un solo tiempo quirúrgico, con resultados funcionales aceptables. Es importante seleccionar bien los pacientes candidatos y conocer la técnica quirúrgica, evitando de esta forma la lesión de ramas del nervio facial o la disección escasa en tamaño y profundidad de los colgajos, que ocasionarían disfunción labial y microstomía severa, las principales complicaciones postoperatorias de esta cirugía.

PC2. COLGAJO NASOLABIAL BILATERAL EN 2 TIEMPOS PARA RECONSTRUCCIÓN DEL LABIO SUPERIOR Y COLUMELA

M. Bandini^a, S. Beá Ardébol^a, F. García Alcántara^b y A. Gómez Zubiaur^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción: La pirámide nasal y sus estructuras vecinas son frecuentemente implicadas en la cirugía dermatológica al ser áreas de asiento muy habitual de carcinoma basocelular y escamoso. Forman parte de la llamada zona H de la cara, considerada de alto riesgo para la recurrencia. Tras la eliminación del tejido tumoral, el objetivo es conservar al máximo tanto la funcionalidad como la estética.

Caso clínico: Varón de 84 años, remitido a consulta de dermatología por tumoración en labio superior intervenida en 3 ocasiones previas. Presentaba una tumoración sólida que afectaba la parte central de labio superior y parecía infiltrar la columela. Tras confirmar el diagnóstico de carcinoma basocelular infiltrativo se trató mediante Cirugía de Mohs obteniéndose márgenes libres en el cuarto pase. Tras la extirpación de la lesión tumoral se generó un defecto que incluía columela, mucosa de fosas nasales y músculo

orbicular del labio, respetando mucosa interna de labio superior. Para la reconstrucción, se llevó a cabo un colgajo nasolabial bilateral en dos tiempos, trasponiéndose el colgajo del lado derecho para la reconstrucción de la mucosa y columela nasal, y el del lado izquierdo para el defecto del labio superior. La zona dadora se cerró directamente. Al cabo de dos semanas se cortaron los pedículos. La intervención y el postoperatorio ocurrieron sin complicaciones.

Conclusiones: Si bien suele ser preferible usar una técnica que en un solo tiempo resuelva el defecto quirúrgico, el tamaño del mismo, la afectación de diferentes subunidades anatómicas y las cirugías y colgajos previos dificultaban su realización. Un doble colgajo de transposición melolabial nos permitía reconstruir a la vez tanto el defecto de labio superior como la parte de columela y mucosa nasal, preservando tanto la funcionalidad del labio como la respiración.

PC3. CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LOS QUELOIDES

I. Prats Caelles^a, V.M. Leis Dosal^a y A. García Grande^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ^bServicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los queloides localizados en el lóbulo auricular son un motivo de consulta en la práctica clínica. Se han descrito diferentes modalidades terapéuticas para su manejo, pero la tasa de recurrencia es elevada.

Caso clínico: Varón de 23 años que consulta por un queloide en el lóbulo posterior de la oreja izquierda que apareció tras un traumatismo local los meses previos. Se planteó tratamiento inicial con corticoides de la lesión e infiltraciones de corticoides intralesionales. Tras recidiva local a los pocos meses, se plantea reextirpación quirúrgica radical, reconstrucción mediante un colgajo de transposición y radioterapia adyuvante el mismo día de la cirugía. El resultado cosmético y funcional es aceptable sin recidivas en el último año de seguimiento.

Discusión: El manejo terapéutico de los queloides es complejo, sobre todo cuando se localizan en la zona del lóbulo auricular. Estos suelen ser recurrentes a pesar de las múltiples opciones terapéuticas. Tras revisar la literatura, el abordaje quirúrgico asociado a radioterapia a baja dosis fraccionada aplicada a las pocas horas de la cirugía, ofrece excelentes resultados cosméticos.

PC4. USO DE APÓSITOS DE HIDROGEL EN CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN PLANIFICADO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN EL CUERO CABELLUDO

T. Toledo Pastrana, J.M. Lera Imbuluzqueta y A. Jaka Moreno

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: La mayoría de las heridas quirúrgicas cicatrizan por primera intención, pero hay localizaciones, como el cuero cabelludo, donde la aproximación de bordes es compleja. Asimismo, heridas cerradas por primera intención pueden infectarse o sufrir una dehiscencia. En esos casos se realiza cierre por segunda intención, cierre que requiere atención local y curas continuadas especialmente en los primeros momentos tras la intervención. Si bien existen multitud de apósitos y tópicos para facilitar la curación de heridas quirúrgicas, la elección de estos agentes no siempre se basa en una justificación sólida. El medio ideal para cicatrizar estas heridas debe poseer varios atributos: favorecer un ambiente húmedo, absorber y contener exudado sin pérdidas, ser impermeable al agua y las bacterias, limitar la presencia de esfacelos y disminuir el tiempo de cicatrización de la herida respecto al de una cura habitual.

Material y métodos: Evaluación del diámetro del defecto, tiempo de curación, complicaciones y satisfacción de 10 pacientes a los

que se extirparon tumores en el cuero cabelludo de distinta estirpe histológica, cuyo defecto quirúrgico se dejó cerrar por segunda intención. Todos ellos fueron curados con apósito de hidrogel con sustitución periódica. Posteriormente, se compararon los datos obtenidos con otros de ocho pacientes de una serie distinta, en la que fueron tratados únicamente mediante aplicación de pomada antibiótica hasta cierre de la herida.

Resultados: Encontramos diferencias entre ambos grupos a favor de los pacientes tratados con apósitos de hidrogel, tanto evaluando el tiempo de curación medio de las heridas como en la tasa de complicaciones, así como una mayor satisfacción con el proceso en los pacientes tratados con apósito de hidrogel.

PC6. INJERTO LAMINAR EN LA REPARACIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS TRAS AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA

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

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

Diferentes causas pueden obligar a la amputación transmetatarsiana del pie. En ocasiones el colgajo del muón se necrosa, por infección o problemas circulatorios, ocasionando un grave trastorno funcional al paciente. Se presentan 6 casos de defectos cutáneos tras amputación transmetatarsiana del pie en 5 pacientes (4 varones y una mujer), con edades comprendidas entre 27 y 76 años. En un caso la causa de la amputación fue necrosis de ambos pies en el curso de coagulación intravascular diseminada, y en el resto por problemas isquémicos por arteriosclerosis. Para reparar el defecto, ante la habitual imposibilidad de aportar tejidos que cubran y proteja la zona, hemos aplicado injertos laminares cuando la zona presentaba buen tejido de granulación y ausencia de infección. Los injertos han prendido en su práctica totalidad en todos los casos, y tras su completa integración, con un zapato ortopédico y la correspondiente rehabilitación ha permitido el apoyo y la deambulación de los pacientes.

PC7. INJERTO EN MEMBRANA DE TAMBOR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS PROFUNDOS NO PERFORADOS DEL ALA NASAL

R. Gil Redondo, F. Alcántara Nicolás, A. Martín Fuentes, P. González Muñoz y E. de Eusebio Murillo

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

Introducción: La piel del ala nasal tiene un grosor y un carácter sebáceo que ayuda al cartilago a mantener la forma y la permeabilidad de la misma, por lo que los defectos grandes y profundos de esta zona pueden suponer un reto reconstructivo. Presentamos un caso de reconstrucción exitosa mediante injerto en membrana de tambor.

Caso clínico: Mujer de 78 años diagnosticada de carcinoma basocelular infiltrativo de 2 x 1,3 centímetros en ala nasal izquierda, intervenida mediante cirugía de Mohs, consiguiéndose márgenes libres en el segundo estadio. Se generó un defecto de 3 x 2 centímetros, con fondo formado únicamente por mucosa nasal. Se reconstruyó con un injerto de piel total extraído de la zona preauricular, de diámetro menor al defecto, para conseguir que se tensase como la membrana de un tambor al suturarlo con seda de 5/0. Después, se colocó sobre el mismo una tablilla de plástico rígido y un refuerzo intranasal. Se realizó un punto transfixiante con prolene 4/0 desde la tablilla, pasando por la mucosa, hasta el refuerzo intranasal, sacándolo con el mismo recorrido en sentido inverso y anudando sobre la tablilla. Se observó como el ala nasal

se elevaba, evitando el colapso. Recomendamos introducir un apósito vaselinado entre tablilla e injerto para evitar la ulceración y necrosis por presión. A los 10 días se retiró la sutura y tras tres meses de la cirugía, la paciente presenta un buen resultado estético y funcional.

Discusión: El injerto en membrana de tambor se basa en el efecto suspensorio de suturar un injerto de menor tamaño que el defecto y de realizar un entablillado del mismo con un punto transfixiante. Estamos ante una alternativa reconstructiva simple en defectos profundos no perforados de ala nasal, mediante la cual se evita el colapso de la misma, obteniendo un buen resultado estético y funcional.

PC8. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE COLGAJO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO EN UNA PACIENTE CON MELANOMA NEVOIDE EN EL LABIO SUPERIOR

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

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

Introducción: El melanoma nevoide es un subtipo histológico poco frecuente de melanoma que a menudo genera problemas de diagnóstico por su similitud clínica e histopatológica con un nevus melanocítico benigno. Para la reconstrucción del labio superior el conocimiento de las subunidades estético-anatómicas y una evaluación prequirúrgica de la extensión tanto en superficie como en profundidad de la neoplasia nos guiará en la elección del tipo de reconstrucción.

Caso clínico: Mujer de 60 años sin antecedentes interés que consultó por cambio de coloración de lesión pigmentada en labio superior que presentaba desde la juventud. Dado el cambio en la evolución se realizó biopsia parcial con diagnóstico anatomopatológico de melanoma nevoide tipo nodular, Breslow de 2,6 mm, grado IV de Clark, con ulceración. La paciente fue intervenida realizando ampliación de márgenes, con reconstrucción del defecto mediante colgajo en isla de pedículo subcutáneo, diseñando un triángulo escaleno en el que uno de sus catetos correspondía con el defecto a reparar y el otro con la línea blanca de Klein, haciendo coincidir la hipotenusa con el surco nasogeniano. En el mismo tiempo quirúrgico se realizó la biopsia de ganglio centinela que resultó negativa. La paciente no presentó complicaciones post-operatorias con un resultado estético y funcional aceptable. Tras 18 meses de seguimiento no ha presentado signos de recidiva ni afectación a distancia.

Discusión: El manejo terapéutico y el pronóstico del melanoma nevoide no difieren de otros tipos histológicos. Un defecto de gran tamaño, de grosor parcial, localizado en la subunidad lateral del labio superior nos hizo optar por este tipo de colgajo pues ofrece unos buenos resultados funcionales y estéticos, conservando la línea de Klein y respetando el surco nasogeniano.

PC9. PLASTIA MULTILOBULADA BILATERAL: UNA ALTERNATIVA PARA DEFECTOS DE MEDIANO TAMAÑO EN LAS PIERNAS

V.P. Beteta Gorriti, J.C. Santos Durán, S. Blanco Barrios, Á. de Dios Velázquez y E. Fernández López

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

Introducción: Las lesiones mayores de 1 cm en piernas suponen un reto quirúrgico debido a la dificultad para el cierre directo por tratarse de una zona con alta tensión. Los injertos se realizan frecuentemente en esta localización, sin embargo éstos suponen mayores periodos de inmovilización y resultados estéticos pobres. Distintos colgajos de rotación, avance, transposición y en isla también son utilizados, pudiendo presentar como complicaciones dehiscencia, necrosis y retraso en la cicatrización.

Material y métodos: Presentamos tres casos de carcinomas epidermoides mayores de 1 cm en piernas de pacientes adultos mayores, en los que se empleó una plastia multilobulada bilateral.

Resultados: En todos los casos la evolución fue satisfactoria retirando puntos entre 15-20 días.

Discusión: La plastia multilobulada bilateral se trata de una serie de transposiciones cefálicas y caudales al defecto quirúrgico primario. El diseño de los lóbulos debe realizarse en oposición. Los lóbulos deben medir progresivamente el 65% del diámetro del defecto previo. La altura de los lóbulos debe representar la mitad del diámetro de cada uno de ellos. Esta plastia supone una menor tensión de la herida quirúrgica a la vez que un aumento en la perfusión del colgajo al presentar un pedículo ancho. Un estudio comparativo entre 140 plastias multilobuladas bilaterales y 85 defectos cerrados con técnicas tradicionales (cierres directos, injertos y plastias) de lesiones en piernas demostró una menor tasa de complicaciones (necrosis, infección y dehiscencia parcial) de las primeras.

Conclusiones: La plastia multilobulada bilateral representa una alternativa para defectos de mediano tamaño en piernas con una baja tasa de complicaciones y resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

PC10. SUTURA CONTINUA POR PLANOS: ESTUDIO DE DEHISCENCIAS POSQUIRÚRGICAS

I. Pérez López, A. Martínez López, A.M. Bueno Rodríguez, R. Ruiz Villaverde y J. Tercedor Sánchez

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

Introducción: La prioridad de la cirugía oncológica es la extirpación con márgenes de seguridad. Sin embargo, conseguir el mejor resultado estético y funcional debe ser un objetivo secundario a alcanzar. **Objetivos:** Determinar si la sutura continua por planos logra una reducción de la dehiscencia postquirúrgica respecto a la sutura clásica de Weber.

Material y métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado (enero-diciembre de 2015). Se recogieron 65 pacientes (todos mayores de 18 años), 37 intervenidos mediante sutura continua por planos y 28 con la técnica clásica de Weber. Como variables registramos sexo, edad, diagnóstico clínico, longitud y anchura de la incisión, así como anchura de la dehiscencia a los 3 y 6 meses. Todas las lesiones extirpadas se localizaron en tronco y raíz de miembros inferiores. Realizamos un análisis descriptivo global y por grupos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, empleando para comparar estas variables, el test T de Student o el test de Welch en las variables normales y el test U de Mann Whitney en las no normales. Asimismo, se empleó el test de Chi cuadrado para estudiar la asociación entre variables cualitativas.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo, longitud y anchura de incisión entre ambos grupos. Los pacientes intervenidos mediante la sutura continua por planos presentaron una dehiscencia media de 4,88 mm, mientras que en el grupo de la sutura clásica fue de 7,25 mm, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$)

Discusión: Las principales limitaciones las encontramos en que no se realizó en pacientes con localizaciones pareadas y con aleatorización de pacientes. Por otro lado, tampoco tenemos resultados a largo plazo aunque si se ha evidenciado dehiscencias claramente inferiores.

Conclusiones: La disminución de las dehiscencias postquirúrgicas con la sutura continúa por planos junto con la facilidad y rapidez de su ejecución la hacen una perfecta alternativa.

PC11. RADIOTERAPIA POSQUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

J.L. Ramírez Bellver^a, P. Aguayo Carreras^b, A. Bueno Rodríguez^b, I. Castillo Pérez^c y J. Tercedor Sánchez^b

^aServicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España. ^bServicio de Dermatología; ^cServicio de Oncología y Radioterapia. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Un queloide se define como un exceso de tejido cicatrizal que se extiende más allá de los límites iniciales de una agresión cutánea, ya sea esta secundaria a traumatismo, quemadura o cirugía, que suele ocurrir en individuos predispuestos, siendo más frecuentes en negros, hispanos y asiáticos. Múltiples tratamientos se han intentado a lo largo del tiempo, con resultados dispares y poco predecibles: inyecciones de corticoides, láser de CO₂, cirugía seguida de imiquimod 5%, interferón, criocirugía, radioterapia? Uno de estos tratamientos es la combinación de excisión quirúrgica seguida de radioterapia. Presentamos 3 casos de pacientes con queloides tratados mediante esta técnica, destacando el buen resultado estético y la ausencia de recidiva en el periodo de seguimiento realizado, comprendido entre los 2 meses y los 3 años. Además, resaltamos la seguridad de esta combinación de tratamientos, ya que con las dosis de radiación empleadas actualmente y los nuevos dispositivos utilizados por los oncólogos radioterapeutas, los efectos secundarios son excepcionales tanto a corto como a largo plazo.

PC12. DO IT YOURSELF? DRENAJE CERRADO ASPIRATIVO: UN DISPOSITIVO CLÁSICO CON UNA APLICACIÓN DIFERENTE

L. Sánchez los Arcos, A. Romo Melgar, X. Calderón Castrat, A. Cosano Quero y E. Fernández López

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

Introducción: El uso de drenajes es un recurso habitual en cirugía, fundamentalmente en localizaciones no compresibles en las que la resección del defecto primario pueda generar espacios muertos y, por tanto, la aparición de seromas o hematomas. Más aún, en la mayoría de procedimientos de cirugía dermatológica estamos limitados a drenajes abiertos al no existir dispositivos de drenaje aspirativo de tamaño adecuado.

Caso clínico: Presentamos un paciente con un otomastoma tras extirpación de un carcinoma basocelular en cara posterior de pabellón auricular, mostrando el procedimiento para la elaboración de un sistema de drenaje aspirativo cerrado mediante un dispositivo de venopunción conectado a su correspondiente tubo con presión negativa.

Discusión: La utilización de drenajes cerrados con aspiración permite evitar la formación de colecciones líquidas, y llegado el caso, posibilita su evacuación aumentando de esta forma la aposición entre planos tisulares y, por consiguiente, favoreciendo la cicatrización, con la ventaja de que disminuyen el riesgo de infección con respecto a los dispositivos abiertos. Por esta razón, representan un recurso práctico a la hora de prevenir y manejar ciertos eventos postquirúrgicos indeseables.

Conclusiones: Presentamos una manera sencilla de utilizar un drenaje cerrado aspirativo en cirugía dermatológica, resaltando su utilidad dada la ausencia de alternativas comerciales, así como la facilidad para su confección a partir de instrumentos habituales en cualquier centro sanitario, como son los catéteres de venopunción y los tubos de extracción al vacío.

PC13. TEJIDO DE GRANULACIÓN EXUBERANTE TRAS INJERTO CUTÁNEO RESUELTO CON INGENOL MEBUTATO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

M.E. Gómez Sánchez^a, M.L. Martínez Martínez^b, J.L. Agudo Mena^b, A. Nuño González^c y T. Toledo Pastrana^d

^aServicio de Dermatología. Hospital General de Villarrobledo. Albacete. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. Guipúzcoa. España.

El Ingenol mebutato es un fármaco derivado de la savia de una planta, la *Euphoria peplus*. Su indicación según ficha técnica es el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas y no hiperqueratósicas en cara y tronco de adultos. Presentamos dos varones de 79 y 80 años de edad respectivamente, diagnosticados ambos de un carcinoma epidermoide en cuero cabelludo. Se realizó la exéresis completa del tumor en ambos casos, con márgenes respetados y cierre del defecto mediante injerto de espesor total. El curso postoperatorio y la evolución posterior de los dos pacientes con curas cada 48 horas transcurrió con normalidad. La esponja anudada de compresión fue retirada a los 5 días y los puntos se retiraron de forma alterna a partir de los 9 días. Ambos injertos prendieron adecuadamente salvo algunas zonas en la periferia con formación de tejido de granulación exuberante. Ante el intento fallido de cauterización con nitrato de plata y previa biopsia para descartar una recidiva del carcinoma, se realizó tratamiento bajo consentimiento del paciente, con Ingenol Mebutato gel 1 vez al día durante 3 días con resultado satisfactorio visible a partir de las dos semanas de tratamiento. Uno de los pacientes precisó un nuevo ciclo a las 8 semanas por recidiva. El buen resultado en ambos pacientes persiste tras más de 1 año de seguimiento. El mecanismo de acción de Ingenol Mebutato no se conoce con exactitud. Se piensa que tiene un doble mecanismo de acción, por un lado induciría una acción citotóxica, provocando la muerte celular y por otro, estimularía una respuesta inflamatoria. La formación de tejido de granulación exuberante es un efecto indeseable de las heridas quirúrgicas que en ocasiones es difícil de resolver. Se ha descrito en la literatura la resolución de tejido de granulación tras el uso de Imiquimod, pero no hemos encontrado ningún caso previo resuelto con Ingenol Mebutato.

PC14. ABORDAJE DEL CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRATIVO EN LA PIRÁMIDE NASAL SIN CIRUGÍA DE MOHS

F. de Asís Alcántara Nicolás^a, A. Montes Torres^a, L. Luelmo Granados^a, C. López Galán^b y S. Vidal Asensi^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Introducción: La cirugía de Mohs es la técnica *gold standard* para el abordaje del carcinoma basocelular infiltrativo (CBCi) en la nariz. Sin embargo, no en todos los centros hay disponibilidad para su realización. Son necesarios las infraestructuras, el material y, lo más importante, una correcta coordinación y comunicación patólogo-dermatólogo.

Casos clínicos: Se presentan 3 casos de CBCi localizados en pirámide nasal, clínicamente mal delimitados, y con una clara indicación de cirugía micrográfica como técnica idónea. En nuestro caso, debido a que en nuestro centro aún no se ha implantado la técnica, decidimos realizar una extirpación radical convencional, con las consideraciones que se detallan a continuación. El caso 1 se trata de un paciente con CBCi extenso recidivado, intervenido en varias ocasiones por cirugía plástica. El caso 2 y 3 se corresponden a CBCi diagnosticados mediante biopsia punch, con muy mala delimitación clínica. En los 3 casos se empleó el dermatoscopio como ayuda en

la delimitación tumoral previa a la extirpación. Se realizó marcaje con sutura en referencias horarias, tanto en la pieza quirúrgica como en el defecto. En el caso 1 el defecto se dejó abierto en espera al resultado histológico, que mostró persistencia tumoral en algunas áreas. Tras una segunda intervención se obtuvieron márgenes libres y se cubrió el defecto mediante un injerto de piel total. Los casos 2 y 3 mostraron bordes libres de tumor tras la primera intervención. Fueron reconstruidos con injertos de piel total.

Discusión: Queremos destacar la gran ayuda que aporta el dermatoscopio en la correcta delimitación tumoral prequirúrgica. También nos parece muy importante en estos casos el adecuado marcaje de la pieza quirúrgica, ya que dentro de las limitaciones respecto al control de márgenes de no usar cirugía micrográfica, tendremos una valoración lo más representativa posible de la extensión tumoral.

PC15. COLGAJO DE KEYSTONE COMO TÉCNICA PARA REPARAR GRANDES DEFECTOS

E. García Martínez, J. Hernández Gil Sánchez, J. Ruíz Martínez, M. Dorado Fernández y A. Hernández-Gil Bordallo

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

Introducción: El colgajo de Keystone o en piedra angular, es un colgajo fasciocutáneo en isla que se utiliza para cierre de defectos de gran tamaño. Presentamos un caso de colgajo de Keystone como opción reconstructiva tras exéresis de tumor en hombro.

Caso clínico: Mujer de 64 años que consultó por lesión en hombro derecho de 10 años de evolución, con crecimiento progresivo y sangrado ocasional. Presentaba una placa ulcerada de 2 x 3 cm de bordes perlados eritematovioláceo. Se tomaron biopsias del centro ulcerado y del borde, informadas de carcinoma basocelular esclerodermiforme, con extensión a músculo subyacente, confirmado también por resonancia magnética que mostró infiltración del trapecio. Se realizó exéresis con amplios márgenes que incluyó parte del vientre superficial del trapecio y se realizó un colgajo Keystone para reparar el defecto. En el postoperatorio presentó eritema y salida de líquido seropurulento, precisando antibioterapia, y tres zonas de dehiscencia que cerraron por segunda intención.

Discusión: El colgajo de Keystone recibe su nombre por su similitud a la piedra angular o dovela central de los arcos. Es una opción reconstructiva en defectos de gran tamaño en cabeza, cuello, tronco y extremidades. Tras la exéresis del tumor se dibuja lateralmente 2 líneas rectas a 90° que cierran los 2 arcos curvos que conformarán el colgajo, cuya anchura es la misma distancia del eje mayor del defecto. Este es el diseño clásico pero existen otros tipos descritos que permiten la adaptación según el defecto y la región anatómica. Es una técnica sencilla y rápida, no precisa buscar las arterias perforantes, tiene bajo riesgo de necrosis, gran capacidad de desplazamiento, no altera la funcionalidad, la cicatriz es estéticamente aceptable y se puede anestesiar localmente en caso de defectos pequeños. Las complicaciones más frecuentes son la infección y dehiscencia de la herida.

PC16. COLGAJO EN ISLA MODIFICADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UN GRAN DEFECTO EN EL LABIO SUPERIOR

O. Suárez Magdalena, B. Fernández Jorge, D. González Vilas, A. Vilas Sueiro y A. Varela Veiga

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

Introducción: La reconstrucción del labio superior supone un reto para el cirujano dermatólogo, debido a la complejidad de sus funciones e impacto estético.

Caso clínico: Varón de 73 años de edad, que consultó ante la recidiva de una lesión en labio superior intervenida previamente en dos ocasiones. Se trataba de una placa tumoral con nódulos localizada en hemilabio superior derecho, que se extendía hasta el surco nasogeniano, la base del ala nasal derecha y antro de dicha fosa nasal. Las dos intervenciones previas habían sido realizadas en otro Centro con resultado anatomopatológico de tricoepitelioma. Para confirmar el diagnóstico y dada la gran extensión de la lesión, se realizaron varias biopsias. Con el resultado nuevamente de tricoepitelioma y los márgenes delimitados con ayuda de estas biopsias, se intervino al paciente bajo anestesia general realizándose exéresis en bloque de la lesión hasta la submucosa labial, incluyéndose parte del ala nasal y la porción más anterior del antro nasal. La reconstrucción del defecto quirúrgico se llevó a cabo mediante un colgajo en isla modificado con una "joroba" proximal. Para facilitar el avance del colgajo y asegurar que el borde profundo no permaneciese afectado, se realizó exéresis de la submucosa labial, y la "joroba" se dobló para reparar la base del ala nasal derecha y cubrir el defecto del antro nasal. En el postoperatorio no se produjeron complicaciones y el resultado estético y funcional fue satisfactorio.

Discusión: El colgajo en isla es ideal para reconstruir defectos del labio superior ya que respeta la funcionalidad y estética del labio. Además, preservando una vascularización adecuada, nos permite realizar modificaciones en el caso de encontrarnos con defectos complejos. En nuestro caso, la adición de una "joroba" proximal nos permitió reconstruir un defecto central grande que se extendía al ala y antro nasal, en un único tiempo quirúrgico.

PC17. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE UN GRAN DEFECTO EN EL CANTO INTERNO DEL OJO IZQUIERDO

A. Varela Veiga^a, L. Rosende Maceiras^a, B. Fernández Jorge^a, O. Suárez Magdalena^a y D. Álvarez Díaz^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: La reconstrucción de tumores periorbitarios se convierte en un desafío terapéutico en el día a día de la práctica quirúrgica dermatológica, debido a que se puede ocasionar un compromiso funcional además de estético.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 77 años que consultó por una lesión tumoral localizada en canto interno del ojo izquierdo, clínicamente compatible con carcinoma basocelular. Debido a que los límites del tumor estaban mal definidos, tanto clínica como dermatoscópicamente, procedimos a extirpar la lesión en un primer tiempo quirúrgico, marcando todos los bordes, incluido el profundo. El diagnóstico fue de carcinoma basocelular infiltrativo, con bordes libres. Así, una vez confirmada la ausencia de tumor, y tras refrescar los bordes, reconstruimos el defecto combinando un colgajo de rotación en la mejilla, dos colgajos en nariz (de avance en dorso nasal y de rotación interglabellar) y un colgajo de avance en el párpado superior. En el postoperatorio no se produjeron complicaciones y el resultado estético y funcional fue satisfactorio.

Discusión: La dificultad en la reconstrucción de defectos periorbitarios se debe a las características de esta región anatómica, puesto que además de la importancia estética, es fundamental preservar la función palpebral y de la vía lagrimal, para evitar complicaciones como el ectropion y la epífora. Por ello, y dada la escasa laxitud que presenta la piel en esta localización, en muchas ocasiones es necesario llevar a cabo intervenciones quirúrgicas complejas optando, como en el caso que presentamos, por la combinación de varias plastias. La ausencia de cirugía micrográfica de Mohs obliga a la reconstrucción de forma diferida para confirmar la ausencia de tumor residual, obteniendo resultados finales similares que en el caso de la cirugía en un solo tiempo.

PC18. RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO COMPLETO DEL LABIO INFERIOR CON TÉCNICA DE GILLIES BILATERAL

I. Tormo Alfaro, J.C. Santos Durán, A. Romo Melgar, M. González de Arriba y E. Fernández López

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

Introducción: La cirugía del carcinoma espinocelular de labio inferior conlleva en ocasiones un defecto de la totalidad del mismo. Cuando esto ocurre, es necesario realizar reconstrucciones complejas. Presentamos a continuación el caso de un paciente que requirió una reconstrucción del labio inferior con técnica de Gillies bilateral. **Caso clínico:** Varón de 54 años de edad que consulta por una lesión en el labio inferior de año y medio de evolución. A la exploración física se objetiva una tumoración infiltrante ulcerada, que afectaba al 80% del labio inferior respetando comisuras, compatible con carcinoma espinocelular. Presentaba además adenopatías submandibulares palpables. La biopsia confirmó la sospecha clínica y en el estudio de extensión se objetivaron adenopatías regionales por lo que el paciente ingresó para exéresis tumoral por el servicio de Dermatología y linfadenectomía radical por el servicio de Otorrinolaringología. Bajo anestesia general, se extirpa la totalidad del labio inferior y se reconstruye el defecto mediante técnica de Gillies bilateral (doble colgajo en abanico de mejilla) y despegamiento y avance de mucosa para borde rojo. El paciente, al año de la intervención, presenta un buen resultado tanto funcional como estético, sin signos de recidiva.

Discusión: La reconstrucción de los defectos de la totalidad del labio representa un gran desafío para el cirujano, quien debe decidir la mejor técnica individualizando cada caso. No existe técnica que consiga unos resultados óptimos y todas presentan diversos inconvenientes de compleja resolución. Nos decidimos por realizar un doble colgajo de Gillies, con aceptable resultado estético y funcional, en lugar de otras técnicas más complejas como el colgajo de Bernard-Webster.

PC19. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AMPLIOS DEL LABIO INFERIOR: ¿QUÉ OTRA OPCIÓN QUIRÚRGICA PODEMOS PLANTEAR?

E. Manrique Silva, E. Godoy Gijón, T. Kueder Pajares, M. Canseco Martín y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

El carcinoma epidermoide es el tumor maligno que con mayor frecuencia se presentará en el labio inferior. Paciente de 90 años con lesión ulcerada e infiltrada de tercio medio labio inferior. Bajo anestesia general extirpación amplia con márgenes de seguridad. Reconstrucción con colgajo de pedículo subcutáneo proveniente de mentón combinado con colgajo caudal unilateral de transposición. No complicaciones durante post operatorio inmediato y tardío. Tras seguimiento no signos de recidiva o metástasis ganglionar.

Técnica quirúrgica: Amplia extirpación de la tumoración. Incisión de tal manera que el defecto resultante conserva una forma rectangular. Se diseña colgajo de pedículo subcutáneo procedente de mentón. Disección de dermis liberando bordes del colgajo. Se realiza colgajo de transposición uni o bilateral a nivel del borde inferior del colgajo. Cobertura de mucosa por medio de colgajo de avance de mucosa.

Discusión: Defectos entre 1/3 a 2/3 del labio inferior necesitarán técnicas quirúrgicas más elaboradas. Proponemos una nueva técnica quirúrgica para la reconstrucción del labio inferior que consiste en la combinación de un colgajo de pedículo subcutáneo de mentón asociado a un colgajo de transposición uni o bilateral. Es una técnica simple que permite la reconstrucción de defectos amplios, sobre todo aquellos de línea media del labio inferior. Frecuentemente cuando se realiza el colgajo de pedículo subcutáneo mentoniano

nos encontramos con el inconveniente de que algunos pacientes presentan un mentón muy estrecho o poco amplio, lo que limita la realización de esta técnica. Por este motivo la combinación de un colgajo uni o bilateral de transposición a nivel caudal o en el borde inferior del colgajo de pedículo subcutáneo permitirá la elaboración de dicho colgajo sin disminuir el tamaño del mentón de forma importante, además de reducir la tensión resultante.

PC20. EXTIRPACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE 3 CARCINOMAS BASOCELULARES SINCRÓNICOS SOBRE LA PIRÁMIDE NASAL

I. Martínez de Espronceda, B. Bonaut Iriarte, A. Agulló Pérez, A. Larumbe Iruzun y M.E. Iglesias Zamora

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

Introducción: La pirámide nasal supone una zona frecuente de asentamiento de tumores cutáneos. Las características anatómicas de dicha localización, hacen que la reconstrucción de varios defectos quirúrgicos de forma simultánea en esta área anatómica de difícil reconstrucción, suponga un reto y una obligación para cualquier dermatólogo.

Caso clínico: Varón de 98 años que presenta tres lesiones de bordes perlados, ulcerocostrosas, de diferentes tamaños, en vertiente nasal, punta nasal decha y otra más infiltrada en ala nasal izda. Se realiza una exéresis completa de las lesiones y para su reconstrucción se diseña un colgajo con semiluna en labio superior derecho y una trasposición en punta nasal con el que se cubren los defectos de ala y punta nasal decha. Se reconstruye el defecto de espesor total del ala nasal izquierda mediante un colgajo nasolabial doblado.

Discusión y conclusiones: La extirpación de tumores sincrónicos sobre la pirámide nasal puede suponer un importante defecto estético. En estos casos, el cierre directo no suele constituir una alternativa pasando a un primer plano la realización de colgajos. Nuestro caso resalta la importancia de integrar distintas técnicas quirúrgicas (colgajos de avance, en isla y trasposiciones) en un mismo acto quirúrgico a fin de lograr un correcta resección tumoral, la menor distorsión estética posible y limitando, al mínimo, las agresiones al paciente derivadas de sucesivos actos quirúrgicos.

PC21. EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN DE UN CARCINOMA DUCTAL ECTÓPICO

I. Escandell González^a, J.P. Devesa Ivorra^a, A. Jaén Larriue^a, J.V. García^a y T. Muci^b

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

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 83 años, sin antecedentes de interés. La paciente acude porque desde hace seis meses notaba una lesión ulcerada en el fondo de la axila izquierda, acompañada de una tumoración adyacente de crecimiento progresivo.

Caso clínico: A la exploración se apreciaba, en la raíz del brazo izquierdo, una tumoración de unos 6 cm de diámetro, rosada, bien delimitada e infiltrada; con fistulización y ulceración en el fondo de la misma. Se realizó una biopsia cuyo resultado histológico fue de infiltración cutánea por carcinoma, probablemente de origen ductal. La mamografía mostró adenopatías axilares y en la raíz del miembro superior izquierdo. Se procedió a la extirpación con márgenes amplios de seguridad, y reconstrucción posterior del defecto mediante Z-Plastias; con buena evolución y movilidad de la región intervenida. El examen histológico de la pieza extirpada demostró la presencia de un carcinoma ductal infiltrante, con receptores estrogénicos (RE) y de progesterona (RP) positivos, y HER negativo. Al tratarse de un tumor hormono dependiente se instauró tratamiento

con Letrozol, y la paciente mantiene muy buena evolución dos meses después de la intervención.

Discusión: El carcinoma de mama es el cáncer más frecuente en la población femenina, con más de 240.000 casos nuevos estimados en el último año. Existen múltiples formas de presentación clínica por lo que en muchas ocasiones supone un reto diagnóstico y obliga a excluir otras posibles patologías. Una de estas formas de presentación, que supone menos del 0,5% de los casos, es la aparición del carcinoma sobre tejido mamario de localización ectópica. Presentamos un nuevo caso de cáncer de mama de localización ectópica, y exponemos nuestra forma de abordaje y reconstrucción.

PC22. “FALSOS” TUMORES

B. García Bracamonte, F. Tous Romero, S. Burillo Martínez, C. Morales Raya y P.L. Ortiz Romero

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

Introducción: En su práctica diaria, el dermatólogo se enfrenta a lesiones a las que realiza una biopsia ante la sospecha de enfermedad neoplásica. Presentamos una serie de casos en los que, bien durante la propia cirugía, o tras el estudio histológico, se demostró que nos encontrábamos ante otros procesos diferentes.

Caso clínico: El primer caso es un varón de 65 años que consultaba por inflamación en primer dedo del pie derecho desde hacía varios años, con gran hipertrofia asociada. Múltiples biopsias únicamente demostraron tejido de granulación. Finalmente se llegó al diagnóstico de uña encarnada grado 3, con resolución del cuadro tras el tratamiento de ésta. El segundo caso es un varón de 40 años que presentaba una lesión de color gris ceniciento de evolución desconocida en tercer dedo de mano derecha. Se realizó una biopsia con sospecha clínica de nevus azul, observándose, tras la incisión, la presencia de un material negro correspondiente a tinta china. El tercer caso es un varón de 35 años que consultaba por la presencia de una lesión nodular en brazo izquierdo. Tras la incisión se extrajo un trozo de cristal, reconociendo entonces el paciente que un año antes había sufrido un accidente de tráfico con múltiples heridas incisas en dicho brazo. Los casos cuarto y quinto corresponden a dos pacientes que consultan por lesiones nodulares años después de intervención quirúrgica, (para extirpación de epiteloma basocelular en un caso, y cirugía ortopédica en el otro). En ambos casos el resultado fue el de granuloma a material de sutura.

Discusión: En numerosas ocasiones el diagnóstico de las lesiones cutáneas no resulta sencillo, no siendo raro, a veces, que lesiones benignas simulen lesiones tumorales. La propia inspección quirúrgica de éstas puede darnos el diagnóstico en algunos de estos casos, siendo, sin embargo, imprescindible en otros, el análisis histológico.

PC23. TUMOR DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN EL PÁRPADO SUPERIOR

L. Sainz Gaspar, M. Pousa Martínez, J.M. Suárez Peñaranda, M.D. Sánchez-Aguilar Rojas y H. Vázquez Veiga

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La cirugía oncológica de los párpados representa un reto quirúrgico de frecuente abordaje multidisciplinar debido a la complejidad de esta área anatómica y a las posibles consecuencias funcionales sobre la visión.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 79 años que consultó a nuestro servicio por una lesión tumoral localizada en el tercio externo del párpado superior derecho de 2 meses de evolución de rápido crecimiento. El tratamiento de dicha lesión consistió en su extirpación mediante técnica de V-bloque seguida de cantotomía lateral y cantolisis externa. El estudio histopatológico estableció el

diagnóstico de pilomatrixoma. Tanto en el postoperatorio inmediato como a los 3 meses de la intervención se observó buena movilidad palpebral y un resultado que mantuvo la integridad de esta subunidad estética facial.

Discusión: El abordaje quirúrgico de las lesiones palpebrales se diseña en función del tamaño de las mismas. En aquellos defectos que abarcan hasta un tercio del párpado, lo más adecuado es realizar una escisión en V-bloque seguida de cierre directo. Esta sutura directa es posible debido a la laxitud de los tejidos en esta zona. En caso de presentarse una tensión excesiva podemos liberarla mediante una cantotomía lateral seguida de cantolisis e incluso mediante un colgajo de avance-rotación de piel de la sien. Es importante prevenir complicaciones frecuentes como el lagofthalmos, para ello debemos respetar 1 cm de piel palpebral desde la ceja. Los pilomatrixomas son una neoplasia benigna derivada de células matriciales del folículo piloso. Suele afectar a individuos jóvenes, localizándose menos del 4% de los mismos en párpados.

Conclusiones: Aportamos el caso de un paciente con una lesión tumoral en el párpado superior derecho. Tras plantearse diversas opciones terapéuticas se realizó la exéresis del mismo con posterior cierre directo y cantolisis externa. Queremos destacar esta opción quirúrgica debido a su baja morbilidad y a su excelente resultado estético.

PC24. ADHESIVO DE CIANOACRILATOS PARA CIERRE DIRECTO DE DEFECTOS EN PIEL ATRÓFICA

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Presentamos el caso de una paciente de 90 años, con antecedente personal de alzhéimer, que acudió a consulta por una lesión excrecente, sangrante, de más de 6 meses de evolución en región frontotemporal derecha. A la exploración se observaba un tumor de 3,3 por 2,7 centímetros, ulcerado, con una costra en superficie. Se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular. Una vez extirpado el tumor debíamos asumir la reconstrucción de un defecto 6 por 4 centímetros. Se precisaba de una técnica sencilla y que requiriese un tiempo quirúrgico corto. La piel de la zona era frágil, atrófica. Una sutura directa habría generado un exceso de tensión rasgando la piel. Se optó en la cirugía por un adhesivo de cianoacrilatos, aplicándolo en el perímetro de la herida para incrementar la resistencia cutánea y evitar el desgarro en la sutura. Aplicamos el cianoacrilato un centímetro alrededor de la herida y se dejó secar el adhesivo durante 3 minutos y se repitió el procedimiento una vez más, con el objetivo de aumentar la fuerza de la piel. Una vez seco, suturamos a través de la zona donde previamente habíamos aplicado el adhesivo. Se realizaron curas periódicas, únicamente se observó ligero eritema en relación con irritación por el adhesivo. No presentó signos de infección. El uso de cianoacrilatos en la piel, ha sido descrito como una herramienta útil en las heridas sin tensión, especialmente en niños. Nosotros, lo aplicamos en ocasiones para incrementar la resistencia cutánea perilesional en reconstrucción en defectos de extremidades en pieles atróficas, permitiendo un cierre directo y evitando reconstrucciones más complejas.

PC25. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN EL DORSO Y PUNTA NAALES

N. Cano Martínez

Hospital General Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción: La nariz es una estructura muy característica de la cara, ocupa la zona central del macizo facial y con frecuencia está implicada en la patología oncológica cutánea.

Caso clínico: Se presenta una serie de 4 pacientes, con edades comprendidas entre los 40 y 80 años, con carcinomas basocelulares de alto riesgo candidatos a la realización, todos ellos, de cirugía micrográfica de Mohs. Tras dos pases en dos de los pacientes y tres pases en los otros dos, se procede a la planificación quirúrgica del defecto para la reconstrucción compleja, debido al tamaño de más de 2 cm, de los defectos de los cuatro pacientes. En dos de los pacientes se realiza un colgajo doble de trasposición del surco nasogeniano para reconstruir, en uno de ellos, la punta nasal y en otro paciente, la punta/dorso nasal. En el tercer paciente se realiza un colgajo pan-nasal para reconstruir un defecto de 4 x 2 cm que se extiende por el dorso y punta nasal. El último paciente tiene un defecto de 3 cm en la epidermis y dermis así como en el cartílago de la punta nasal, mediante un colgajo de avance rotación, se procede a la reconstrucción del defecto. Todos ellos mostraron una buena respuesta funcional y estética tras un mes de la cirugía.

Discusión: La cirugía micrográfica de Mohs permite la curación oncológica de forma intraoperatoria, así como una adecuada planificación quirúrgica del defecto obtenido mediante colgajos, injertos, sutura directa o segunda intención. Generalmente los tumores incluidos para llevar a cabo esta técnica quirúrgica suelen ser de alto riesgo y con frecuencia los defectos suelen ser de gran tamaño y afectan a la zona de la pirámide nasal. Dicho territorio anatómico es pequeño y está ubicado en la zona central de la cara, por lo que el resultado estético es de vital importancia una vez conseguida la curación oncológica del paciente. Generalmente se tratan de realizar colgajos cutáneos con el fin de mejorar el resultado estético y acelerar el proceso de curación, a pocos días, para disminuir la morbilidad del paciente. Por todo esto es importante la experiencia del cirujano y una adecuada técnica a la hora de llevar a cabo estas reconstrucciones complejas.

PC26. COLGAJO MIOCUTÁNEO EN ISLA: UNA SOLUCIÓN SATISFACTORIA PARA DEFECTOS EN EL PÁRPADO INFERIOR

V. Velasco Tirado, J.C. Santos Durán, N. Villamarín Bello, M. Roncero Riesco y M.T. Alonso Sanpablo

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

Introducción: La reconstrucción del párpado inferior tras cirugía oncológica supone un reto, ya que se debe evitar la eversion del párpado y alinear correctamente las estructuras palpebrales. Para defectos de mayor tamaño suelen utilizarse colgajos pediculados en dos tiempos quirúrgicos. Presentamos una paciente intervenida por un melanoma in situ en el párpado inferior, con un defecto primario que se reconstruyó mediante un colgajo miocutáneo en isla procedente de la zona infrapalpebral, con un resultado satisfactorio.

Caso clínico: Paciente de 66 años que consulta por una lesión pigmentada en párpado inferior derecho de dos años de evolución, con crecimiento progresivo. A la exploración se objetiva una lesión maculo-papulosa marrón de 8 mm en párpado inferior derecho con afectación del borde libre, con patrón dermatoscópico indeterminado y con límites imprecisos. El estudio histológico evidenció un melanoma in situ. Se realizó extirpación con márgenes libres de todo el espesor de la lamela anterior del párpado afecto, de morfología cuadrangular y se reconstruyó mediante un colgajo miocutáneo en isla procedente del área infrapalpebral. El postoperatorio cursó sin incidencias y el resultado estético y funcional fue óptimo, sin evidenciarse ectropión ni epífora.

Discusión: Los colgajos de pedículo subcutáneo ofrecen unas propiedades muy interesantes para la reconstrucción de defectos cutáneos: presentan un riesgo de necrosis muy bajo debido al pedículo neurovascular que los sustenta y las características de la piel del colgajo coinciden con las del defecto primario, al estar en la proximidad. No obstante, su uso en cirugía del párpado no se

contempla de forma habitual y existen escasas publicaciones al respecto. Dada la sencillez en la ejecución, en un único acto quirúrgico, y buen resultado, planteamos este colgajo como una solución adecuada en defectos de párpado inferior.

PO1. CITOLOGÍA COMO TEST DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR

I. García Morales^a, M. Fernández Guarino^b, M.L. González Morales^b, J. Barrio Gardel^b y A. Sánchez Adrada^b

^aHospital Sagrado Corazón. Sevilla. España. ^bHospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Introducción: El citodiagnóstico del Carcinoma Basocelular (CBC) es fácil de realizar con diferentes técnicas. Permite un diagnóstico rápido, siendo útil para la confirmación diagnóstica de muchos casos en los que el tratamiento de elección no es quirúrgico.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo, observacional a doble ciego sobre un total de 83 tumores estudiados, de los que 58 fueron confirmados histológicamente de CBC. Se realizaron citologías que fueron comparadas con las técnicas histológicas estándar. Se compararon 3 técnicas de citología y dos tipos de tinciones.

Conclusiones: La citología es una técnica útil para el diagnóstico rápido del carcinoma basocelular especialmente previo a la extirpación quirúrgica. Este estudio compara dos tipos de tinciones y 3 técnicas de citología, estableciendo mejores resultados con la tinción Diff-Quick y como técnica citológica el raspado con hoja de bisturí.

PO2. PARACORDOMA. UN TUMOR INFRECIENTE AL QUE RESPETAR

E. Sánchez Gómez-Aparicio^a, I. Medina Expósito^b, S. Beá Ardébol^a, A. Gómez Zubiaur^a y L. Trasobares Marugán^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción: El Paracordoma es una neoplasia infrecuente histológicamente similar al cordoma. Afecta típicamente a varones en la cuarta década de la vida y tiende a presentarse como una lesión de lento crecimiento en tejidos blandos. Aunque tiende a considerarse una lesión benigna, se han descrito recurrencias e incluso metástasis entre los escasos casos publicados.

Caso clínico: Se trata de un varón de 75 años de edad que consulta por aparición de dos lesiones cutáneas en el miembro inferior derecho, de lento crecimiento. Dos años antes se le había extirpado una lesión nodular en el mismo miembro en la zona de aparición de una de las lesiones por las que consultaba actualmente. El diagnóstico histológico fue de Paracordoma cutáneo y el estudio de extensión mediante ecografía de partes blandas y resonancia nuclear magnética (RMN) no mostró lesiones residuales. El paciente no acudió a revisiones. En esta ocasión la biopsia de las dos nuevas lesiones confirmó la presencia de Paracordoma y el estudio de imagen mediante RMN mostró la presencia de numerosas lesiones nodulares en tejidos blandos en la proximidad de la lesión de mayor tamaño, que alcanzaban y afectaban la fascia muscular, y una lesión nodular satélite alejada unos 10 cm de ésta, sin lesiones intermedias. Con el diagnóstico de recidiva de paracordoma se realizó extirpación de las lesiones mediante cirugía micrográfica con control histológico (MOHS) y reconstrucción posterior del defecto.

Discusión: La infrecuencia de este tipo de tumores hace que su evolución y pronóstico sean poco conocidos. Se han descrito alrededor de 60 casos con diferente evolución pero la posibilidad de recidiva y de metástasis existe. Presentamos un caso de recidiva de paracordoma en las proximidades de la lesión inicial y de metástasis

en tránsito en el mismo paciente, que se produjeron en un intervalo de 2 años desde la extirpación del tumor inicial. El seguimiento del paciente a más largo plazo confirmará la eficacia del MOHS en este tipo de tumores.

PO3. EFECTOS SECUNDARIOS CUTÁNEOS DEL PEMBROLIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gómez de Castro, C. Maldonado Seral, S. Requena López, B. Vivanco Allende y S. Gómez Díez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal humano que pertenece al grupo de los nuevos fármacos antitumorales que han aumentado la supervivencia en pacientes con melanoma avanzado. Las manifestaciones cutáneas secundarias al uso de estos fármacos son frecuentes.

Caso clínico: Varón de 73 años con melanoma estadio IV. Acudió a nuestra consulta por aparición de lesiones cutáneas en dorso de manos desde hacía tres días que se fueron extendiendo progresivamente a los antebrazos, tronco y parte alta de espalda. Siete días antes del inicio del cuadro cutáneo había recibido la segunda sesión de tratamiento con pembrolizumab intravenoso. A la exploración física se apreciaban en dorso de manos, antebrazos y parte superior del tronco un exantema compuesto por máculas y pápulas eritematosas, bilaterales y simétricas. El estudio histopatológico mostró una epidermis con degeneración vacuolar de la capa basal, exocitosis linfocítica focal y presencia de queratinocitos necróticos. Se pautó hidroxicina oral y metilprednisolona tópica dos aplicaciones al día. Diez días después el paciente evolucionaba favorablemente lo que permitió continuar con pembrolizumab sin disminuir dosis.

Discusión: El pembrolizumab impide la interacción del receptor de muerte celular programada 1 (PD-1) con su ligando expresado en la célula tumoral y estimula con ello la activación de los linfocitos T. En un estudio reciente el 42% de los pacientes desarrollaron algún tipo de reacción dermatológica. Los efectos cutáneos más frecuentes fueron erupciones maculopapulares, prurito e hipopigmentación. También se han descrito casos aislados de penfigoide ampolloso, dermatosis neutrofilicas, eritema multiforme ampolloso y síndrome de Stevens-Johnson. No se sabe mucho sobre los efectos adversos cutáneos producidos por este fármaco y su posible correlación con la respuesta al tratamiento. El conocimiento y diagnóstico temprano de los efectos adversos ocasionados por estos nuevos agentes permitirá un óptimo tratamiento disminuyendo su morbilidad.

PO4. METOTREXATO INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMAS EPIDERMÓIDES. APORTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

M. Canseco Martín, C. Delgado Mucientes, E. Godoy Gijón, E. Manrique Silva, A. Robledo Sánchez y P. Manchado López

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

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea maligna más frecuente, existiendo diferentes factores de riesgo para su desarrollo. Entre las diferentes opciones terapéuticas, la extirpación quirúrgica completa con márgenes libres es considerada de elección; sin embargo en aquellos tumores no susceptibles de cirugía, el uso de metotrexato intralesional ha tenido resultados esperanzadores.

Casos clínicos: Caso 1: varón 80 años con tumoración dolorosa, infiltrada, de coloración rojo-marronacea y centro costroso en labio inferior izquierdo de 2 x 2,5 cm, de 3 meses de evolución y crecimiento rápido, compatible con carcinoma escamoso. Se pautó metotrexato intralesional 15 mg/ 0,60 ml semanalmente de forma neoadyuvante previa intervención quirúrgica. Tras 8 infiltraciones

se objetivó gran reducción de la tumoración e infiltración. Caso 2: mujer 91 años acude por aparición hace 3 meses de placa tumoral eritematosa hiperqueratósica en región superior hemifacial izquierda sobre la que se desarrolló en polo superior e inferior 2 grandes nódulos ulcerados, compatibles con carcinoma epidermoide sobre placa de Bowen. Se desestimó cirugía y radioterapia por estado basal de la paciente. Se comenzó medidas paliativas con vaselina salicilica + imiquimod 5% lunes a viernes durante 6 semanas sobre placa de Bowen junto con metotrexato intralesional a dosis variables según respuesta en ambos carcinomas epidermoides, objetivándose reducción de más del 50% del tamaño tumoral.

Discusión: Presentamos 2 casos clínicos de CEC en los que utilizamos metotrexato intralesional como terapia neoadyuvante previa a la cirugía y como terapia paliativa. Actualmente disponemos de presentaciones de metotrexato en forma de agujas con mayor volumen, lo que permite tratar lesiones de mayor tamaño, como en nuestros pacientes. El metotrexato intralesional es bien tolerado, rápido, barato y buena alternativa que puede ser usado mientras se programa la extirpación definitiva, debido a que reduce el tamaño tumoral, provocando menos morbilidad y resultados cosméticos y funcionales óptimos.

PO5. ELECTROQUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL MELANOMA ACRAL

S. Beá Ardébol^a, A. Quesada Cortés^a, C. Guirado Koch^a, I. Medina Expósito^b y L. Trasobares Marugán^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción: La electroquimioterapia (ECT) es consiste en la combinación de electroporación (pulsos eléctricos que aumentan la permeabilidad celular), con la administración de fármacos citotóxicos que en la mayoría de casos son bleomicina o cisplatino. Su eficacia es independiente de la estirpe tumoral y no se ve condicionada por posibles tratamientos previos. La ECT está indicada en el tratamiento de tumores de cabeza y cuello, metástasis cutáneas y en Sarcoma de Kaposi, aunque puede usarse en cualquier tumor cutáneo que esté a una profundidad menor de 3 cm de la superficie.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 91 años, diagnosticada de melanoma acral en pie izquierdo. Aportaba informe histológico de la extirpación parcial en otro centro con el diagnóstico de melanoma de extensión superficial, Breslow 5 mm, Clark IV, 7mitosis/mm² y bordes afectos por melanoma in situ. A la exploración se evidenciaba pigmentación melánica heterocrómica en planta de pie izquierdo, espacios interdigitales y dorso de dedos. El estudio de extensión se encontró LOES milimétricas en ambos lóbulos hepáticos. Bajo anestesia troncular de nervio ciático a nivel de hueso poplíteo, se realizó ECT paliativa en pie para el control local de la enfermedad. 3 meses después la mejoría clínica era evidente y se realizaron biopsias para confirmar curación/persistencia de la enfermedad. Dada la excelente respuesta se planteó segundo tratamiento en las zonas donde persistía melanoma.

Conclusiones: La ECT es una técnica muy útil para el tratamiento paliativo de tumores cutáneos inoperables, ya sea por el tamaño, localización anatómica o por las características del paciente. Puede usarse tanto de primera línea como en adyuvancia donde la cirugía puede resultar muy invasiva o incapacitante. Las dosis bajas de quimioterapia que requiere y la ausencia de efectos secundarios reseñables en el área de aplicación hacen que pueda repetirse fácilmente.

PO6. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

I. Vázquez Osorio^a, I. Hernández Aragüés^b, C. Ciudad Blanco^b, L. Casas Fernández^c y F. Alfageme Roldán^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España. ^bHospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. ^cHospital del Barbanza. EOXI Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^dHospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor infrecuente pero de incidencia creciente, cuyo diagnóstico requiere un correcto estudio histológico e inmunohistoquímico. Son escasas las publicaciones sobre las características ecográficas del CCM. El objetivo de este estudio es describir los principales hallazgos ecográficos del CCM que puedan ayudarnos a su diagnóstico.

Material y métodos: Se realizó examen ecográfico en modo B y Doppler color (sonda de 18 MHz) de 7 pacientes con sospecha clínica de CCM. Se trataba de 4 mujeres y 3 varones con una media de edad de 83 años y lesiones localizadas en extremidades (3/7), cabeza (3/7) y glúteo (1/7). 6 de los casos presentaban un tumor primario, uno de ellos con satelitosis simultáneas, mientras que el otro caso se trataba de una recidiva local de CCM. En todos ellos, el diagnóstico se confirmó mediante estudio histológico e inmunohistoquímico.

Resultados: En todos los casos se observó la presencia, en modo B, de una tumoración sólida a nivel dermo-hipodérmico con un patrón de ecogenicidad mixta aunque con predominio de zonas hipocóicas. En dos de los pacientes se encontraron bandas lineales hipocogénicas en forma de ¿columnas de humo?, que mostraban intensa vascularización. Los bordes del tumor eran de tipo infiltrante, observándose en algunos casos proyecciones digitiformes bien definidas. Otros hallazgos frecuentes fueron un engrosamiento epidérmico, así como refuerzo posterior, especialmente llamativo en las satelitosis. En todos los casos, las lesiones presentaban una intensa vascularización a nivel intratumoral. El paciente con recidiva local mostraba una vascularización menos intensa en comparación con las satelitosis cutáneas.

Conclusiones: Ante la sospecha clínica de un CCM, la realización de una técnica rápida e inocua como la ecografía cutánea, puede facilitar el diagnóstico precoz, así como su delimitación y estadiaje, mejorando el pronóstico de nuestros pacientes.

PO7. TRATAMIENTO CON VISMODEGIB DEL SÍNDROME DE GORLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Munguía Calzada, C. Gómez de Castro, S. Requena López y C. Maldonado Seral

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

Introducción: El síndrome de Gorlin o síndrome del carcinoma basocelular nevoide (SCBN) es un trastorno hereditario de transmisión autosómica dominante asociado entre otros a la mutación del gen PATCH 1 en el cromosoma 9 q, que se caracteriza por la presencia de múltiples carcinomas basocelulares. Además, se pueden observar manifestaciones a otros niveles (quistes odontogénicos mandibulares, hiperqueratosis palmoplantar, anomalías esqueléticas, dismorfia facial, alteraciones oftalmológicas y neurológicas).

Caso clínico: Mujer de 61 años diagnosticada de síndrome de Gorlin en 1981 y seguida por nuestro servicio desde entonces, con aparición progresiva de múltiples carcinomas basocelulares en la cara y en el tronco. Ha sido intervenida quirúrgicamente en numerosas ocasiones. En los últimos meses presentó nuevos carcinomas basocelulares en la zona palpebral desestimándose el tratamiento quirúrgico por el tamaño y la ausencia de tejido sano perilesional. Por dicho motivo se inició tratamiento con vismodegib, un inhibidor selectivo de la vía Hedgehog aprobado en carcinomas basocelulares localmente avanzados o metastásicos. En revisiones posteriores, a la exploración se observó una llamativa reducción de tamaño de los

tumores, sobre todo de aquellos localizados en la zona periocular, con buena tolerancia al tratamiento.

Discusión: Aportamos un caso de síndrome de Gorlin con lesiones palpebrales irrecesables que está siendo tratado con vismodegib, con notable mejoría clínica de las lesiones tras dos meses de tratamiento y buena tolerancia al mismo.

PO8. EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE ONCOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

R. Bosch García, A. Barranquero Fernández, P. Luque Varela, R. Bosch García, R. Castillo Muñoz, N. López Navarro, J. Suárez Pérez y E. Herrera Ceballos

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

No cabe duda de que el tratamiento del cáncer cutáneo requiere en algunas ocasiones el concurso de otras técnicas, entre las que destaca la radioterapia. Estos casos se analizan en el Comité de Oncología Dermatológica (COD), con patólogos, oncólogos radioterapeutas, oncólogos médicos, y lógicamente dermatólogos. Utilizando el libro de actas del COD hemos revisado los pacientes considerados en los últimos tres años, con atención especial a los que se decidió tratamiento radioterápico. De la historia clínica se obtuvo: edad, sexo, tipo de tumor, localización y situación por las que se presentaban al comité y que motivó la indicación de radioterapia. Respecto a ésta se anotó el carácter de su uso (terapéutico único, coadyuvante, paliativo), tipo de radioterapia utilizada, dosis total, número de sesiones y evolución. Del total de 122 pacientes presentados, se decidió realizar tratamiento radioterápico en 56. El 51% de pacientes eran varones, edad media de 75,7 años (en un rango de 50 a 91). El tipo de tumor más frecuentemente tratado fue el carcinoma basocelular (55%), seguido del carcinoma escamoso (35%), dos casos de carcinoma de células de Merkel y un carcinoma adenoide quístico. El 96% de las lesiones se situaban en cabeza y cuello, especialmente en nariz y surco nasogeniano (29%). El motivo más frecuente de tratamiento fue la presencia de afectación del borde profundo. En el 54% se usó radioterapia externa, y en el 22% se empleó braquiterapia. Hasta en un 76% de los casos, se trataba de terapia adyuvante. La evolución fue buena, sin presentar recidivas hasta fin de seguimiento en un 65% de los pacientes tratados. El abordaje multidisciplinar, como el empleado por el COD, permite el tratamiento con buenos resultados de tumores en los que la radioterapia está indicada ya sea por las características de la tumoración o del propio paciente.

PO9. CARCINOMA BASOCELULAR LINEAL: UNA VARIANTE CLÍNICA DIFERENCIADA

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

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

Introducción y objetivos: El carcinoma basocelular (CBC) lineal fue descrito en 1985 por Lewis como un nuevo subtipo clínico. Desde entonces y hasta nuestro conocimiento, se han publicado 43 casos. Ciertas características clínicas e histológicas del CBC lineal lo diferencian de otros CBC, hasta el punto de que algunos autores lo consideran una entidad clínica diferenciada.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de carcinoma basocelular lineal, junto con sus hallazgos dermatoscópicos.

Resultados: En todos los casos se realizó exéresis de la lesión con márgenes de seguridad y posterior cierre directo del defecto quirúrgico. El análisis histológico confirmó en los tres casos el diagnóstico de CBC.

Discusión: El CBC lineal, en su crecimiento, se extiende preferentemente en una dirección. Se han sugerido distintos mecanismos para explicar este modo de crecimiento, tales como limitación de la extensión lateral del tumor por fibrosis dérmica, interacción del estroma tumoral con las líneas de Langer así como la posibilidad de un fenómeno de Koebner. La región periocular y el cuello son las áreas más frecuentemente afectas. El subtipo histológico más frecuente de CBC lineal es el nodular, aunque hasta en el 32% de los casos se confirmó un subtipo histológico de mayor agresividad tales como micronodular, infiltrativo o morfeiforme, siendo este porcentaje mayor al que cabría esperar en la población general. Por este motivo, algunos autores sugieren que la cirugía micrográfica de Mohs debería ser el tratamiento de elección en esta entidad.

Conclusiones: El conocimiento de esta variante clínica de CBC resulta interesante para el clínico, especialmente dermatólogos, oftalmólogos y cirujanos plásticos, de cara a un adecuado tratamiento y seguimiento del paciente.

PO10. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA SIN ADENOCARCINOMA ASOCIADO

S. Ézsöl Lendvai^a, M.A. Cuenca Sáez^a, J.L. Agudo de Mena^a, R. Vera Berón^b y L. Pérez García^a

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

Introducción: La enfermedad de Paget mamaria (EPM) es un adenocarcinoma intraepidérmico poco frecuente y representa 1-3% de las neoplasias de la mama. Presentamos un caso de EPM que destaca por no estar asociado a un adenocarcinoma de mama subyacente y revisamos la literatura.

Caso clínico: Mujer de 51 años sin antecedentes de interés con mamografía y ecografía normales a los 45 años. En seguimiento por cirugía desde hace 2 años por 2 episodios de mastitis izquierda con retracción del pezón, siendo la mamografía y ecografía normales. Remitida a Dermatología por eccema persistente de pezón y areola izquierda de 4 meses de evolución con escasa respuesta a corticoides tópicos. Ante la sospecha de EPM realizamos biopsia que confirma el diagnóstico. No se palpan masas mamarias ni adenopatías patológicas. La mamografía, ecografía con estudio de la región retroareolar izquierda, y la RNM mamaria no evidencian patología tumoral. Los marcadores tumorales (CEA, 15.3, 19.9) son normales. A la paciente se le indicó cuadrantectomía central.

Discusión: La bibliografía describe que en el 96-100% de los casos existe un adenocarcinoma de mama asociado (intraductal in situ o invasor). Sin embargo los datos disponibles no son homogéneos ya que en las series antiguas usaban mamografía sola o más recientemente combinada con ecografía. Actualmente se indica RNM y ecografía retroareolar en todos los casos con mamografía y ecografía convencional negativa. Además de un seguimiento estrecho en los primeros años para detectar carcinoma oculto. La forma de presentación más frecuente es una lesión ecematosa del pezón y/o aureola persistente con escasa respuesta al corticoide tópico. El diagnóstico definitivo es histológico: siendo muy útil la inmunohistoquímica. El tratamiento es quirúrgico: antiguamente se realizaban mastectomía. Hoy en día se indica cirugía conservadora (cuadrantectomía central) en los pacientes que no presentan masas palpables con pruebas complementarias negativas.

PO11. EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME ADQUIRIDA ASOCIADA A VIH

S. Requena López^a, C. Maldonado Seral^a, S. Gómez Díez^a, P. Munguía Calzada^a y B. Vivanco Allende^b

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

Introducción: La epidermodisplasia verruciforme (EV) es una rara genodermatosis autosómica recesiva caracterizada por una infección persistente del virus del papiloma humano (HPV). La enfermedad clínicamente puede parecerse a las verrugas planas o una pitiriasis versicolor. La EV puede ser adquirida, siendo frecuente su asociación a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Este estado de inmunosupresión celular prolongado y la presencia de los subtipos oncogénicos VPH-5 y 8 son factores de riesgo para la progresión de lesiones de la EV a carcinoma espinocelular invasivo.

Caso clínico: Se describen dos casos de mujeres con inmunosupresión debida a VIH de larga evolución que desarrollan múltiples lesiones similares a verrugas planas y pitiriasis versicolor en cara, tronco y extremidades que se extienden rápidamente. En el estudio histopatológico se observaba hiperqueratosis, acantosis y células intraepidérmicas con citoplasma amplio y claro, algunas con rasgos de displasia. En la inmunohistoquímica se detectó positividad para HPV. Con el diagnóstico de epidermodisplasia verruciforme adquirida se inició tratamiento tópico con crioterapia, queratolíticos e imiquimod 5% sin mejoría de las lesiones. En ambas pacientes se realizaba una exploración física completa periódica para la detección precoz de tumores cutáneos, aunque una de ellas abandonó el seguimiento.

Discusión: Presentamos dos pacientes con enfermedad VIH que desarrollan una epidermodisplasia verruciforme en las que se demostró en la biopsia la presencia del VPH. La ausencia de familiares afectos y el desarrollo de la enfermedad tras un periodo de inmunosupresión prolongado llevaron al diagnóstico de EV adquirida. Es muy importante el diagnóstico temprano de esta enfermedad ya que, aunque no tiene un tratamiento eficaz, existe un riesgo importante de desarrollo de neoplasias cutáneas, en especial del carcinoma espinocelular invasivo (30-70%). Por tanto, es necesario realizar un estrecho seguimiento del paciente mediante exploración física completa periódica y biopsia de las lesiones sospechosas de malignidad.

PO12. LESIÓN INFLAMATORIA O TUMORAL. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA

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

^aServicio de Dermatología. Hospital de Almansa. Albacete. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital de Albacete. Albacete. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital de Villarrobledo. Albacete. España.

Introducción: Presentamos el caso, de una paciente, en la cual, el principal diagnóstico diferencial se establece con la endometriosis cutánea umbilical espontánea y el nódulo de la hermana María José, epónimo utilizado para designar una metástasis cutánea umbilical.

Caso clínico: Mujer de 56 años de edad, con antecedentes de histerectomía y anexectomía simple por endometriosis, consultó por una lesión umbilical asintomática de crecimiento progresivo, trata-da inicialmente con antibiótico vía oral sin mejoría alguna. En la exploración física se observaba un nódulo de 2,5 cm, eritemato-violáceo de consistencia firme, sin supuración o ulceración en superficie, infiltrado y ligeramente descamativo. Resto de la exploración sin interés. Se procedió a realizar una ecografía cutánea junto con estudio histopatológico. En la ecografía se observaba una lesión hipocóica de límites mal definidos, junto a un pequeño foco interno hiperecogénico que se extendía en profundidad. El tejido circundante no mostró otros hallazgos, ni signos inflamatorios asociados. Con el estudio ecográfico se pudo realizar el diagnóstico de metástasis cutánea, que se confirmó posteriormente con la histopatología, que reveló una dermis con numerosas formaciones glandulares, constituidas por células poligonales y cilíndricas.

En el estudio de extensión se observó implantes tumorales a nivel peritoneal y hepáticos, secundarios a una tumoración en colon.

Discusión: El nódulo de la hermana María José se caracteriza por la existencia de nódulos aislados o múltiples de naturaleza metastásica, que abarcan el área umbilical, en probable relación a una diseminación hematogena, linfática o por continuidad, siendo el origen digestivo o ginecológico en la mayoría de los casos. Queremos resaltar la importancia de la ayuda de la ecografía cutánea, en nuestro caso, hasta la llegada del estudio histopatológico, en la orientación diagnóstica, ya que a nivel ecográfico, el tejido adiposo que rodea a la endometriosis cutánea umbilical se asocia a importantes cambios inflamatorios.

PO13. EL ESPECTRO DE LA ADENOPATÍA DERMOPÁTICA

A. Martínez López, A. Bueno Rodríguez, I. Pérez López, R. Ruiz Villaverde y R.J. Tercedor Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUGRA). Granada. España.

Introducción: La linfadenitis dermatopática, también llamada reticulosis lipomelánica, es un tipo de hiperplasia reactiva de los ganglios linfáticos con una imagen histopatológica linfoide típica. Es una entidad a tener en cuenta, ante adenopatías persistentes en pacientes con dermatosis extensas.

Objetivos: Evaluar el diagnóstico diferencial de las adenopatías persistentes en pacientes con dermatosis crónica en nuestra consulta. Descripción de las dermatosis con adenopatías dermopáticas confirmadas anatomopatológicamente.

Material y métodos: Revisión de los casos de linfadenitis dermopática tras estudio anatomopatológico de adenopatías persistentes.

Resultados: Se encontraron 5 casos con adenopatía dermopática. La dermatosis más frecuente fue la dermatitis atópica (DA); tres casos de DA grave, uno de eritrodermia atópica. Encontramos además un caso de lepra lepromatosa histioide.

Discusión: Las adenopatías persistentes obligan al dermatólogo a realizar un amplio diagnóstico diferencial. A tener en cuenta, sarcoidosis, procesos linfoproliferativos, metástasis de tumores malignos, infecciones como el VIH, tuberculosis o toxoplasmosis. Se solicita una analítica completa con inmunidad, serologías y radiografía de tórax. Se debe plantear la realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF) y/o biopsia ganglionar recomendándose el seguimiento estrecho de los pacientes sin diagnóstico por la posibilidad ulterior de linfomas. La severidad de la DA es un factor de riesgo importante para el desarrollo de linfomas. La adenopatía dermopática es una de las entidades diagnosticadas tras el estudio de las adenopatías persistentes. Puede aparecer en el seno de dermatosis crónicas de distinta naturaleza y ocurre con más frecuencia en pacientes con afectación cutánea extensa.

Conclusiones: Los pacientes con dermatosis crónicas presentan adenopatías que tienen que ser evaluadas minuciosamente. La severidad de la DA es un factor de riesgo para el desarrollo de linfomas. La adenopatía dermopática puede acompañar a diferentes dermatosis crónicas sin presentar una implicación pronóstica especial.

PO14. QUERATOSIS ACTÍNICAS TRATADAS CON INGENOL MEBUTATO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

I. Salguero Fernández, E. López Negrete, M. Sigüenza Sanz, R. Cabeza y G. Roustán Gullón

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

Introducción: El ingenol mebutato es uno de los tratamientos actuales aprobados para queratosis actínicas locales y campo de cancerización tanto de cabeza y cuello. Se trata de un tratamiento corto y muy efectivo según los estudios disponibles. Actuaría por un

mecanismo doble, en un primer momento produciendo una rápida y directa muerte celular seguida de una respuesta citotóxica dependiente de neutrófilos.

Objetivos: Evaluar la eficacia, seguridad y satisfacción de los pacientes con queratosis actínicas tratados con ingenol mebutato en práctica clínica habitual.

Material y métodos: Se seleccionaron un total de 15 pacientes con diagnóstico clínico de queratosis actínicas localizadas en cabeza y cuello. Se realizaron 4 visitas en cada uno de ellos, en la primera se realizaba evaluación clínica y fotográfica y se pautaba tratamiento, Y reevaluaciones a la semana, al mes y a los 6 meses de tratamiento. Al mes de tratamiento se les realizaba un cuestionario de satisfacción.

Discusión y conclusiones: De acuerdo con nuestro estudio el IM es un tratamiento de corta duración y muy efectivo para el tratamiento de las queratosis actínicas. Limitaciones de nuestro estudio son el bajo número de pacientes y la ausencia de estudio histológico.

PO15. ANGIOSARCOMA CUTÁNEO: DOS VARIANTES CLÍNICAS DE UN MISMO TUMOR

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

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bHospital General de Almansa. Albacete. ^cHospital General de Villarrobledo. Albacete. España.

Introducción: El angiosarcoma cutáneo es un tumor infrecuente de estirpe vascular, con una agresividad extrema y que representa el 1% de los sarcomas de partes blandas.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 73 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por una lesión asintomática en vertex de crecimiento progresivo de 4 semanas de evolución. A la exploración física puede objetivarse una placa equimótica eritematosa-violácea en vertex de 5 x 3 cm y bordes mal definidos, indurada a palpación y parcialmente infiltrada, con telangiectasias ramificadas atípicas en su vertiente inferior. Caso 2: mujer de 83 años con antecedentes personales de obesidad mórbida, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 en tto farmacológico, que consulta por una lesión de 6 meses de evolución en cara lateral externa de muslo izquierdo. A la exploración física puede apreciarse una tumoración ulcerada eritemato-violácea de 5 cm asentada sobre una placa de coloración violácea de 9 cm de tamaño, con una base infiltrada e indurada a la palpación; todo ello sobre un linfedema bilateral acompañante. El estudio histopatológico de los dos casos reveló una proliferación dérmica de vasos anastomosados y tapizados por endotelio de aspecto pleomórfico con abundantes mitosis, con positividad frente a p53, CD31 y CD34 y negatividad para S100 y citoqueratinas; con lo que se confirmó el diagnóstico de angiosarcoma. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que descartó afectación a distancia en los dos casos, decidiendo iniciar en el primero de ellos tratamiento con paclitaxel (80 mg/m² semanal) y radioterapia adyuvante por la extensión del tumor. En el segundo caso la paciente se encuentra pendiente de exéresis quirúrgica.

Discusión: El angiosarcoma es un tumor de origen endotelial de comportamiento agresivo y de muy mal pronóstico con elevada capacidad metastásica. Existen cinco formas de presentación: angiosarcoma de cabeza y cuello, angiosarcoma en extremidades asociado a linfedema crónico, angiosarcoma en mama, angiosarcoma tras radioterapia y miscelánea. El inicio clínico es similar a todos ellos, a modo de macula eritemato-violácea de aspecto contusiforme con márgenes sobreelevados. Sobre ella se desarrollarán nódulos, quistes o ampollas que finalmente darán lugar a ulceración, edema o aparición de lesiones satélites. De pronóstico ominoso, no existe un tratamiento estandarizado para el manejo este tipo de neoplasias. La cirugía, quimioterapia, radioterapia o nuevos fármacos biológicos con actividad antiangiogénica (bevacic-

zumab y sorafenib) forman parte del arsenal terapéutico que podremos utilizar en estos pacientes.

PO16. ANGIOSARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO SUBCUTÁNEO

V.M. Leis Dosil, I. Prats Caelles y C. Rubio Flores

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

El angiosarcoma de Kaposi (AK) clásico se expresa generalmente como placas o nódulos violáceos, fácilmente palpables y visibles, siendo las regiones acras de miembros inferiores la localización más habitual. Presentamos una paciente con un AK clásico, de 7 años de evolución, con afectación fundamental en tobillos y tercio distal de piernas, con clínica típica durante todo el seguimiento, hasta que consultó por unas lesiones profundas, palpables pero no visibles, en cara interna de muslos. En la ecografía se detectaban varias lesiones hipoeoicas con vascularización prominente, la mayoría subcentimétricas. En la TAC se mostraban como alteraciones en la radiodensidad de tejido celular subcutáneo. Se extirparon dos de los nódulos más molestos, comprobándose que se trataba de lesiones de AK. El AK raramente afecta al tejido celular subcutáneo de forma primaria, sin tratarse de la evolución de una lesión superficial. Mostramos un caso con sus imágenes radiológicas, ecográficas e histológicas.

PO17. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

M.L. Martínez Martínez^a, M. Gómez Sánchez^b, M.T. López Villaescusa^c, J.M. Azaña Defez^a y R. Vera Berón^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Albacete. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Villarrobledo. Albacete. ^cHospital General de Almansa. Albacete. España.

La enfermedad de Paget extramamaria es un adenocarcinoma intraepitelial poco frecuente que afecta zonas ricas en glándulas apocrinas, (genitales, región perineal o perianal). La localización más frecuente es la vulva (65%). Clínicamente se presenta como placas eritemato-descamativas inicialmente inespecíficas. El tratamiento de elección es la cirugía. El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características de los pacientes con enfermedad de Paget extramamaria diagnosticados en nuestro hospital por los servicios de Dermatología y Ginecología. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se obtuvieron los pacientes diagnosticados de enfermedad de Paget extramamaria en la base de datos de Anatomía Patológica entre los años 2012 y 2016. Los datos clínicos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas. Fueron recogidos 9 pacientes, todas mujeres, con una edad media de 68,55 años. El 77,8% fueron nuevos diagnósticos, mientras el 22,2% fueron recidivas. La localización más frecuente fue vulvar (77,8%). El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 3,71 años. El estudio de extensión fue negativo en todos los pacientes, excepto en una de ellas (11,1%) que estaba asociado a un adenocarcinoma de vagina. Todos los pacientes fueron tratados con cirugía convencional, con bordes afectos en el 89,9% de los casos en el primer acto quirúrgico. La enfermedad de Paget extramamaria debe sospecharse ante toda lesión eritemato-descamativa persistente en las localizaciones descritas. En un 4-55% de los pacientes se asocia a un adenocarcinoma subyacente, siendo la localización perianal más frecuente asociada con carcinomas gastrointestinales y la genital con carcinomas genitourinarios, como ocurre en nuestra serie (11,1%). El presentar con frecuencia unos límites mal definidos, así como por una extensión subclínica y multicéntrica, condiciona las altas tasas de recurrencia (20-60%). La falta de guías consensuadas hacen necesarios la realización de ensayos clínicos controlados aleatorizados.

PO18. CARCINOMA BASOCELULAR: EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

A. Pulido Pérez^a, E. Esteban Garrido^b, V. Parra Blanco^c, R. Suárez Fernández^a y M. Bergón Sendín^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. ^cDepartamento de Medicina, Universidad Complutense. Madrid. España.

Introducción: A pesar de su elevada prevalencia, existen pocos datos sobre la epidemiología del carcinoma basocelular (CBC) en nuestro medio.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente 300 pacientes con diagnóstico histopatológico de CBC entre los meses de enero y diciembre de 2013, analizando variables clínicas e histopatológicas. Estos datos se compararon con una cohorte de 300 pacientes del mismo centro correspondiente al año 1997, con el fin de evaluar las diferencias surgidas en los últimos 25 años.

Resultados: La edad al diagnóstico fue de 68,5 años en 1997 frente a 73,7 años en 2013. Con respecto al tamaño tumoral al diagnóstico, la media en 1997 fue de 161,9 mm², en 2013, 118,2 mm². La diferencia observada entre ambas fue de 43,8 mm². En ambos estudios, el CBC sólido fue el subtipo histológico más frecuente (41,3 % en 1997 y 55,2% en 2013) y la pirámide nasal, la localización más habitual (18,7% en 1997 y 21,9% en 2013).

Discusión: Los resultados de nuestro estudio coinciden en distribución por sexos, edad y localización con las series publicadas. Hemos objetivado un incremento en la edad al diagnóstico, posiblemente relacionado con el envejecimiento progresivo de la población de nuestra área sanitaria. Asimismo, ha descendido de forma importante el tamaño tumoral en el momento del diagnóstico, lo que podría justificarse por la introducción de la dermatoscopia y/o por las campañas sanitarias de concienciación que promueven la derivación precoz a las consultas de dermatología.

PO19. PÁPULAS FACIALES MÚLTIPLES: ¿QUÉ PUEDEN ESCONDER?

B. García Bracamonte, S. Burillo Martínez, F. Tous Romero, C. Morales Raya y P. Ortiz Romero.

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

El diagnóstico diferencial de las pápulas faciales múltiples incluye desde entidades benignas como la hiperplasia sebácea o rosácea granulomatosa hasta síndromes genéticos multisistémicos potencialmente graves asociados a determinados tumores cutáneos. La clínica cutánea es a menudo la primera expresión de estos síndromes y por tanto, es fundamental que las asociaciones tumor-síndrome sean bien conocidas por el dermatólogo a fin de permitir el diagnóstico precoz y seguimiento multidisciplinario de las posibles complicaciones. Presentamos 5 casos de síndromes genéticos infrecuentes asociados a pápulas faciales múltiples, diagnosticados en nuestro Servicio a través de la clínica cutánea: 1 síndrome de Gorlin, 1 Birt-Hogg-Dubé, 1 Muir-Torre, 1 esclerosis tuberosa y 1 Brooke-Spiegler. El síndrome de Gorlin o del nevo basocelular es un trastorno de herencia autosómica dominante (AD) asociado a la mutación del gen *PATCHED1*, caracterizado por la presencia de epitelomas basocelulares múltiples, pits palmoplantares y alteraciones esqueléticas (como los queratocistomas odontógenos), neurológicas y oftalmológicas. El síndrome de Birt-Hogg-Dubé, de herencia AD, se asocia a la mutación del gen de la foliulina y se caracteriza por fibrofolículos y tricodiscomas faciales, carcinoma renal, quistes pulmonares y neumotórax espontáneo. El síndrome de Muir-Torre es una genodermatosis AD asociada a la mutación de los genes *MSH2* y *MLH1*. Se caracteriza por la asociación de al menos un tumor cutáneo de estirpe sebácea (adenoma,

epitelioma o carcinoma) con o sin queratoacantomas, y una o más neoplasias viscerales malignas, preferentemente gastrointestinales. Aunque los angiofibromas faciales pueden encontrarse en otras entidades, son característicos de la esclerosis tuberosa, una genodermatosis AD por mutación del gen de la hamartina o tuberina, con importante afectación cutánea y nerviosa. El síndrome de Brooke-Spiegler, también de transmisión AD, se asocia a mutaciones en el denominado gen de la cilindromatosis. Predispone a la aparición de múltiples cilindromas, tricoepiteliomas y ocasionalmente, espiradenomas.

PO20. RESPUESTA AL INGENOL MEBUTATO DESPUÉS DE CRIOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON QUERATOSIS ACTÍNICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Schoendorff Ortega^a, S. Vidal Asensi, E. Martínez Lorenzo, A. González Cantero y F.A. Alcántara Nicolás

^aServicio de Dermatología. Hospital Virgen de la Salud. España. Toledo. ^bHospital Central de la Defensa. Madrid. España.

Introducción: La crioterapia es utilizada frecuentemente en las queratosis actínicas (QA) pero solamente trata lesiones individuales, por lo que en pacientes con daño actínico crónico es necesario completar el tratamiento con algún fármaco que actúe en el campo de cancerización.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la secuencia de tratamiento de crioterapia con ingenol mebutato (IM) en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Virgen de la Salud (Toledo) y el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid) entre septiembre y noviembre de 2015 en pacientes con QA tratados con crioterapia seguida de IM 150 mcg/g durante 3 días consecutivos.

Resultados: Se incluyeron un total de 25 pacientes (15 hombres y 10 mujeres, rango de edad de 57 a 86 años), que presentaban de media 10,3 lesiones afectando una superficie de 16,2 mm, localizadas en cara o cuero cabelludo. El 24% (6/25) de los pacientes tenían antecedentes de cáncer cutáneo no-melanoma, 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 estas tasas 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 que se enmarcan dentro del denominado campo de cancerización.

Conclusiones: El tratamiento con IM en pacientes que han recibido inicialmente crioterapia según práctica clínica podría ayudar a mejorar la tasa de repuesta y prevenir lesiones futuras por su actuación en el campo de cancerización.

PO21. RENDIMIENTO DE LA TC EN EL SEGUIMIENTO DEL MELANOMA CUTÁNEO

F.M. Ildelfonso Mendonça, L. Ferrándiz Pulido y D. Moreno Ramírez
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Existe una variabilidad considerable entre guías clínicas en cuanto a la indicación de la tomografía computarizada (TC) en el seguimiento de melanoma cutáneo (MC).

Objetivos: Evaluar el rendimiento y coste-efectividad de la TC para la identificación de metástasis durante el seguimiento de MC: Identificar los factores clínico-demográficos relacionados.

Material y métodos: Estudio de corte transversal sobre TC de seguimiento de MC realizados entre 1995 y 2015 en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Criterios de exclusión: Primario desconocido, melanoma dérmico, edad pediátrica, melanomas de mucosas, sarcomas de células claras. TC realizados después del diagnóstico de progresión de enfermedad.

Variables de estudio: Estadio basal, resultado de TC, relevancia de incidentalomas. Medidas de resultado: frecuencias de TC, metástasis y incidentalomas. Rendimiento y coste-efectividad de detección de metástasis.

Resultados: Se recogió un total de 475 TC realizados a 203 pacientes (media de 2,32 TC por paciente; rango 1-14). Se realizaron 8 TC para el seguimiento de estadio inicial 0, 76 de estadio IA, 97 de IB, 50 de IIA, 57 de IIB, 46 IIC, 60 IIIA, 48 IIIB, 39 IIIC y 4 de estadio IV. El 46,53% (n = 221) de los TC fueron solicitados por el dermatólogo, el 33,47% (n = 159) por el oncólogo, el 2,53% (n = 12) por otros especialistas, y el 2,1% (n = 10) en el ámbito de urgencias. El 68,21% (n = 324) de los TC fueron solicitados por protocolo, 7,79% (n = 37) por anamnesis, 4,82% (n = 23) por hallazgos en la exploración física y 19,15% (n = 91) por hallazgos en otras pruebas complementarias. El 66,34% (n = 317) de los TC fue negativo, el 7,37% (n = 35) identificó progresión de la enfermedad, el 1,68% (n = 8) segundos tumores primarios y el restante 24,1% (n = 155) incidentalomas. No hubo diferencia de edades estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron progresión de enfermedad, incidentalomas, segundos primarios o TC normales. La progresión de enfermedad se detectó en 2 pacientes con estadio inicial IA, 3 IB, 1 IIA, 5 IIB, 6 IIC, 8 IIIA, 5 IIIB, 3 IIIC y 2 IV. De los incidentalomas el 61,35% se consideró relevante. La ratio de rendimiento global fue de 1 metástasis de melanoma detectada por cada 14 TC realizados, siendo el coste por metástasis de 1678,6€. El rendimiento por protocolo de 1 metástasis cada 27 TC (3237,3?), fuera de protocolo cada 7 TC (787,1?), por anamnesis cada 4TC (492,9?) y por exploración física cada 3TC (391?). Haber solicitado el TC por hallazgos en la anamnesis (OR = 3,92; IC 95%: 1,86-8,27; p < 0,0001) o en la exploración física (OR = 4,38; IC 95%: 1,77-10,80; p = 0,001) se asociaron a una mayor probabilidad de un TC positivo en el análisis multivariante.

Conclusiones: El TC es una herramienta coste-efectiva para el seguimiento del MC, si bien debe ser adecuada al riesgo de recidiva del paciente de forma a justificar la morbilidad y gasto asociado al diagnóstico de incidentalomas. A pesar de una tendencia creciente hacia la utilización de medios diagnósticos más complejos la anamnesis y exploración física mantienen un lugar preponderante en el seguimiento del MC.

PO22. CUÁNDO USAR VISMODEGIB: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M.C. Salazar-Nievas y F. Extremera-Castillo

Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Jaén. España.

Introducción: El carcinoma basocelular localmente avanzado y no candidato a cirugía o radioterapia puede comprometer la vida del paciente. Para esos casos disponemos de una molécula de uso oral, el Vismodegib. Es importante tener claro que paciente es candidato a esta terapia tanto porque no exista otra opción de tratamiento así como porque la cirugía sea posible técnicamente pero mutilante para el paciente.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes con carcinoma de células basales confirmado histológicamente, uno de ellos varón de 63 años intervenido en varias ocasiones en orificio nasal derecho con recidivas y de mal acceso quirúrgico. Otro paciente varón de 66 años con carcinoma basocelular en labio inferior, borde cutáneo, de gran tamaño y accesible quirúrgicamente pero mediante cirugía agresiva por lo que se tratan ambos con vismodegib con excelente respuesta y tolerancia como se muestra en las imágenes. Hasta la fecha ambos llevan 4 meses de tratamiento. Se continuará el tratamiento al menos 6 meses.

Conclusiones: El vismogenib es una opción buena y segura para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado. No obstante es preciso un seguimiento a largo plazo del paciente para vigilar las posibles recidivas del tumor y considerar este tratamiento como posible adyuvante de la cirugía.

PO23. ANGIOSARCOMA DE CABEZA Y CUELLO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Navarro Tejedor, C. Camarero Mulas, P. Rodríguez Jiménez, Y. Delgado Jiménez y E. Daudén Tello

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

Introducción: Los angiosarcomas cutáneos de cabeza y cuello son tumores de origen endotelial, poco frecuentes, de alta agresividad. Predominan en ancianos y tienen tendencia a la recidiva local y a metastatizar por vía linfática y hematológica.

Objetivos: Determinar las características clínicas de los pacientes con angiosarcoma de cabeza y cuello de nuestro centro, analizar factores pronósticos, evolución y tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con angiosarcoma de cabeza y cuello tratados en nuestro hospital desde 1994 a 2016. Se analizaron las características clínicas y del tumor, los tratamientos, la evolución y la tasa de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes (7 varones, 1 mujer), con una media de edad de 81 años. La localización más frecuente fue el cuero cabelludo (75%). La media del tamaño tumoral fue 6 cm. Siete de los casos fueron intervenidos quirúrgicamente, seguido en 6 de ellos por radioterapia. Un 62,5% desarrollaron metástasis. La supervivencia a los 5 años fue del 14,3%, con una media de 33,4 meses. La progresión de la enfermedad o sus complicaciones fueron la causa de muerte en la mayoría de los casos.

Comentarios y conclusiones: Este tumor predomina en varones ancianos. No obstante, la media de edad de nuestros pacientes es mayor a la de la mayoría de las series. El tamaño del tumor se considera factor pronóstico lo que también demuestran nuestros resultados. El tratamiento de elección es la cirugía con extirpación completa seguida de radioterapia, lo que se realizó en 6 pacientes. En las últimas dos décadas han aparecido otras opciones terapéuticas a pesar de lo cual la supervivencia a los 5 años es del 10-20%, similar a la de nuestra serie. Los angiosarcomas plantean un reto terapéutico por lo que son necesarios estudios comparativos que faciliten la elección del tratamiento más óptimo en cada caso.

PO24. CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS A MELANOMAS DE > 4 MM DE BRESLOW (T4)

M.T. Monserrat García, J. Domínguez Cruz, A. Ortíz Prieto, P. Martín Carrasco y J. Conejo-Mir Sánchez

UGC de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: En la actualidad, la profundidad del melanoma cutáneo es el factor pronóstico más importante y un mejor conocimiento de las características de los melanomas de más de 4 mm de Breslow (estadio T4 de la AJCC) puede ser de gran utilidad para disminuir la mortalidad por este tumor.

Objetivos: análisis comparativo de las características clinicopatológicas de los pacientes con melanomas T4 con los de menor profundidad (Tis-T3b).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los melanomas diagnosticados en el hospital Virgen del Rocío de Sevilla desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2015. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), datos clinicopatológicos (localización del tumor primario, subtipo histológico, ulceración y Breslow) y se analizaron las diferencias entre los melanomas T4 y el resto.

Resultados: De los 544 casos de melanoma, 84 (15,4%) eran T4. De ellos, el 53% eran mujeres y la edad media fue de 67 años. El análisis bivariable mostró diferencias significativas en la edad ($p < 0,001$), localización del tumor primario ($p < 0,001$), subtipo histológico ($p < 0,001$) y ulceración ($p < 0,001$). Las diferencias se mantuvieron en el análisis multivariante excepto la localización.

Discusión y conclusiones: En nuestra serie, los melanomas T4 se asocian con mayor frecuencia a otros factores independientes de mal pronóstico, como una mayor edad al diagnóstico, ulceración, la localización en cabeza/ cuello y palmas/ plantas y determinados subtipos histológicos como el melanoma lentiginoso acral o el nodular. Los melanomas T4 constituyen un grupo heterogéneo de pacientes, en el que la profundidad es el principal factor de mal pronóstico, pero no el único, siendo determinante la presencia de otros factores en el tiempo libre de enfermedad y en la supervivencia global de los pacientes. Los avances en el conocimiento de un número cada vez mayor de los mismos y de su comportamiento, puede ser de gran utilidad en el manejo clínico de los pacientes.

PO25. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EN EL DORSO LINGUAL

J. Castiñeiras González, T. Alonso Alonso, M.J. Suárez Valladares, P. Fernández Canga y M.Á. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: El tumor de células granulares fue descrito por Abrikossoff en 1926, clasificándolo como un tumor de estirpe miógena. Hoy en día, pese a que su origen es aún motivo de discusión, se acepta que es un tumor neurogénico derivado de las células de Schwann, ya que demuestran positividad para S100 y otros marcadores neurales en la inmunohistoquímica.

Caso clínico: Mujer de 55 años, exfumadora, sin antecedentes personales de interés, que consultó por la aparición de una lesión asintomática, en el dorso de la lengua, de 1 mes de evolución, no dolorosa. En la exploración física, en el dorso lingual, se apreció un nódulo, cuyo tamaño era de 0,6 x 0,5 centímetros, móvil y no adherido a planos profundos. No se palparon adenopatías. La biopsia practicada fue sugestiva de un carcinoma escamoso. El estudio de extensión por TC fue negativo, decidiéndose intervenir a la paciente mediante cirugía de Mohs. Tras dos pases de Mohs se consiguieron márgenes libres y se llegó al diagnóstico de Tumor de Células Granulares. En el seguimiento no se han detectado recidivas.

Discusión: El tumor de células granulares es una neoplasia rara, que afecta a pacientes de cualquier edad, discretamente más a mujeres. Puede afectar a cualquier parte del tegumento, siendo la lengua la localización más frecuente. Suele presentarse como lesión única, nodular, móvil y cubierta por mucosa de color normal. En gran parte de los casos presenta hiperplasia pseudoepiteliomatosa, no debiendo confundirse con el carcinoma espinocelular, ya que estos tumores tienen un comportamiento benigno, malignizando tan sólo en un 2% de los casos y siendo muy raras las recidivas una vez extirpado por cirugía.

PO26. TERAPIA FOTODINÁMICA. ¿QUÉ HAY DE NUEVO?: TFD CON LUZ DE DÍA, TFD E IPL, TFD Y NUEVAS MOLÉCULAS

F. de Manueles Marcos, J.L. Agudo Mena, M.C. García del Pozo Martín de Hijas, G. Ochando Ibernón y A. Cuenca

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Objetivos, material y métodos: La terapia fotodinámica en su uso dermatológico en terapéutica y diagnóstico se viene empleando desde la década de los setenta del siglo pasado, en el siguiente trabajo

repasaremos los distintos fotosensibilizantes para terapia fotodinámica disponibles en España. Repasaremos las distintas fuentes de luz disponibles, desde la luz de día hasta el empleo de fuentes coherentes (láseres) y dispositivos de emisión incoherente (leds e IPL) Repasaremos los mecanismos de acción directos e indirectos de la TFT y las aplicaciones aprobadas en la actualidad y en aquellas que, aunque estén fuera de ficha técnica, existe bibliografía, Y haremos hincapié en la aplicación de la TFT que cuenta con evidencia 1º en la guía europea, esto es, el tratamiento de las queratosis actínicas, carcinoma epidermoide in situ, carcinoma basocelular superficial y nodular y el fotorrejuvenecimiento. Y en indicaciones con menor grado de evidencia pero que por su relevancia merece la pena exponer como es el tratamiento del campo de cancerización.

Discusión: A partir de los últimos estudios publicados referentes a la eficacia, aplicaciones y seguridad del uso de la TFD con luz de día se discutirán en el presente trabajo, así mismo se procederá con los últimos estudios referentes a las distintas moléculas disponibles en el mercado para TFD tópica.

Conclusiones: Según un meta-análisis la TFD se ha mostrado como terapéutica más eficaz en el tratamiento de queratosis actínicas, la TFD con luz de día es tan eficaz como la convencional sin la complicación de dolor. Y según los estudios que presentamos La nanoemulsión de ALA es superior a MAL en eficacia y respuesta.

PO27. COLISIÓN DE TUMORES EN EL CODO IZQUIERDO

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

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

Presentamos el caso de un varón de 37 años sin antecedentes personales de interés que acude a consultas de dermatología por una lesión en codo izquierdo de meses de evolución. Dicha lesión se remite como posible recidiva de lesión extirpada 2 años antes que correspondía a un pilomatricoma parcialmente calcificado. A la exploración física se observa en codo izquierdo, sobre cicatriz de extirpación, una formación crateriforme no infiltrada de unos 12 mm de diámetro. El estudio histopatológico tras extirpar la lesión revela la presencia en la unión dermo-epidérmica de grandes nidos melanocíticos con atipia nuclear, sin signos de maduración (HMB-45+) y con figuras de mitosis (2 mitosis/1 mm²). La epidermis presenta hiperplasia epitelial papilomatosa e hiperqueratosis. Se informa como melanoma in situ (patrón nevoide). Además, en la misma pieza, se localizan en dermis nidos de células en sombra con osificación focal y reacción granulomatosa a cuerpo extraño, correspondientes a un pilomatricoma. No hemos encontrado en la literatura casos de melanoma asociados a pilomatricoma. Las neoplasias cutáneas con 2 ó más poblaciones celulares diferentes son raras pero bien documentadas. Nuestro caso se correspondería a una colisión de 2 tumores que ocurren próximos pero con límites bien definidos.

PO28. QUERATODERMIA PALMOPLANTAR PUNCTATA ASOCIADA A CARCINOMA BRONCOGÉNICO

J.L. Sanz Cabanillas, M. Galán Gutiérrez, J.L. Hernández Romero, C.M. Alcántara Reifs y A. Vélez García-Nieto

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Las queratodermias palmoplantares constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones de la queratinización que pueden deberse a etiología genética o adquirida. Dentro de las queratodermias adquiridas se encuentran múltiples etiologías, entre las cuales destacan el climaterio, infecciones, fármacos o asociadas a malignidad. Según la extensión de la epidermis afectada y la forma clínica se dividen en difusa, focal y punctata.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años con antecedentes de HTA, dislipemia y ex-fumador que acude a la consulta por presentar pápulas hiperqueratósicas en ambas plantas de 5 años de evolución. Las lesiones eran asintomáticas y aumentaban en los meses de invierno. Negaba antecedentes similares en su familia. Cuando se preguntó sobre antecedentes neoplásicos refirió que en un TAC previo le habían detectado una masa en el pulmón que correspondía a un carcinoma broncogénico hiliar derecho de 33 mm que se había tratado con radioterapia hace 2 años, disminuyendo a 12 mm. Desde hace un año la masa permanecía estable en las pruebas de imagen de control. Se realizó tratamiento con vaselina salicilica al 20% con desaparición completa de las lesiones.

Discusión: La queratodermia punctata es una dermatosis poco frecuente, que puede deberse a causas genéticas o más frecuentemente adquirida, asociándose en ocasiones a tumores de diverso origen. Los tumores asociados a esta entidad son muy variados; carcinoma epidermoide de pulmón, carcinoma renal, adenocarcinoma de colon y recto, melanoma o carcinoma de mama. Por ello, se recomienda realizar cribado de neoplasia en estos pacientes aunque no existe un protocolo consensuado. Entre los diagnósticos diferenciales encontramos la psoriasis palmoplantar, líquen plano, verruga vulgar/plantar o los clavos sifilíticos. Se puede realizar tratamiento tópico, utilizando queratolíticos como el ácido salicílico o retinoides y emolientes de forma regular. En casos que no respuesta o mayor extensión de las lesiones se puede realizar tratamiento con retinoides orales (acitretino o alitretinoína) con buena respuesta.

PO29. PROPRANOLOL ORAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE KAPOSI CUTÁNEO CLÁSICO REFRACTARIO

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

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

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

Caso clínico: Varón de 64 años con SK clásico de 4 años de evolución que había sido tratado con radioterapia con buena respuesta pero posterior recurrencia de las lesiones. Tras utilizar imiquimod tópico sin respuesta, se pautó tratamiento con timolol 0,5% gel con mejoría parcial de las lesiones. En este punto, se inició tratamiento con propranolol 10 mg vía oral de forma diaria como uso fuera de indicación. Tras 3 meses de tratamiento el paciente mostró una mejoría ostensible, disminuyendo el tamaño y grosor de las lesiones, y tornando a una coloración parduzca.

Discusión: El uso de β -bloqueantes ha revolucionado el escenario terapéutico de los tumores vasculares. El propranolol es un fármaco que bloquea los receptores β_1 y β_2 adrenérgicos y que ha demostrado eficacia en diferentes tumores vasculares como los hemangiomas o el hemangiendoteloma kaposiforme. Aunque no ha sido utilizado hasta el momento para el tratamiento del SK, la actividad de timolol tópico en este tumor, justificaría su empleo en pacientes con lesiones gruesas o múltiples. Estudios in vitro han mostrado que el propranolol induce no solamente la expresión de genes relacionados con la lisis viral del HHV-8, sino que disminuye la proliferación de las células endoteliales transformadas por el virus en el SK. Estos hallazgos explicarían la respuesta clínica observada en nuestro paciente. No obstante, se necesitan estudios controlados que nos permitan evaluar la eficacia del uso de propranolol en el SK, así como su pauta óptima.

Videos

VC1. TRAZADOR FLUORESCENTE APLICADO A LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

R. Pigem^a, S. Vidal^b, M.J. Ortiz Ruiz^a, J. Pérez^a y A. Bennassar^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Vídeo resumen de un caso de melanoma nodular invasor localizado en helix izquierda. Resumen de la cirugía de ampliación de márgenes con reconstrucción mediante colgajo en el polo superior del pabellón auricular. Y biopsia selectiva del ganglio centinela mediante combinación de tecnecio 99m y un trazador fluorescente. Se obtienen 7 ganglios centinelas (regiones laterocervical izquierda, mastoidea e intraparotídea). Se incluye imagen final del resultado a las 2 semanas de la cirugía.

VC2. COLGAJO PARAMEDIAL FRONTAL TUNELIZADO EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO

A. Martínez López, I. Pérez López, F.J. Navarro Triviño, S. Arias Santiago y J. Tercedor Sánchez

UGC Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción: El colgajo paramedial frontal fue propuesto como una alternativa al colgajo axial mediofrontal, empleado durante varias décadas para la reconstrucción de grandes defectos localizados en punta, dorso y alas nasales. Uno de los inconvenientes que presenta esta técnica es la necesidad de realizarla en dos tiempos quirúrgicos, con el importante aumento de costes quirúrgicos y la incomodidad que supone para el paciente. Para evitar estos inconvenientes derivados de la técnica clásica, proponemos la realización de un colgajo paramedial tunelizado en un solo tiempo quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un paciente con un carcinoma basocelular esclerodermiforme de 4,5 cm de eje mayor, localizado en punta nasal y con invasión parcial de ambas alas nasales. Tras identificar la arteria supratroclear izquierda mediante un Doppler realizamos el diseño del colgajo. En primer lugar, realizamos la exéresis con margen de seguridad de 5 mm y mapeo de la pieza para su completo estudio histológico. Posteriormente, disecamos el colgajo, siguiendo el trayecto de la arteria supratroclear izquierda. Tras esto, eliminamos la epidermis del pedículo del colgajo e introducimos la zona distal a través del orificio creado en la base del pedículo, cubriendo el defecto quirúrgico. Durante el seguimiento, el paciente presentó sufrimiento superficial en el colgajo, aunque se obtuvo un buen resultado estético tras 4 meses de seguimiento.

Discusión: La finalidad de la cirugía oncológica en dermatología es extirpar correctamente las lesiones tumorales con el menor número de intervenciones y el mejor resultado estético. El empleo de la variante tunelizada del colgajo paramedial frontal permite corregir un defecto quirúrgico nasal de gran tamaño en único tiempo quirúrgico, con un buen resultado estético.

VC3. EXTIRPACIÓN ECOGUIADA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE UN TUMOR GLÓMICO DIGITAL

A. Ortiz Prieto, J.J. Domínguez Cruz, M.T. Monserrat García, P. Martín Carrasco, J. Bernabeu Wittel y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El tumor glómico es un tumor vascular benigno muy doloroso que deriva de las estructuras neuromioarteriales. Hasta el 80% se localizan en las extremidades superiores, siendo especial-

mente frecuentes en la región subungueal. El tratamiento de estas lesiones supone un reto debido a la dificultad de localización preoperatoria del tumor y de las complicaciones asociadas a la cirugía como son la recidiva y la distrofia ungueal.

Caso clínico: Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, intervenida previamente de un tumor glómico subungueal en cuarto dedo de mano derecha que acude por persistencia de dolor paroxístico intenso. La exploración clínica fue normal. Se realizó ecografía cutánea con sonda de 18 Mhz con diagnóstico de recidiva del tumor en lecho ungueal de 3,1 mm de tamaño. Previo a la cirugía se localizó ecográficamente el tumor y se realizó marcaje de la lámina ungueal utilizando una sonda de fabricación ¿casera? Posteriormente, tras anestesia troncular del dedo con mepivacina 2%, se llevó a cabo un abordaje mínimamente invasivo mediante extirpación de la lámina ungueal con un punch de 5 mm, exéresis del tumor mediante punch 4 mm, electrocoagulación del lecho ungueal y hemostasia mediante Gelita fi y solución de Monsel (subsulfato férrico, al 20%). La evolución postquirúrgica de la paciente fue favorable, con desaparición del dolor y sin evidencia ecográfica de persistencia tumoral.

Discusión: Este abordaje guiado por ecografía es útil en el tratamiento de lesiones subungueales recidivadas o de difícil localización clínica preoperatoria. Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo que evita la exéresis completa de la lámina ungueal y el daño a la matriz, presentando el paciente un postoperatorio más favorable disminuyendo el riesgo de complicaciones.

VC4. COLGAJO EN ISLA SUBCUTÁNEO SOBRE EL ALA NASAL

E. Varas Meis^a, P. Fernández Canga^a, E. Manrique Silva^b y M.Á. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: Las múltiples concavidades y convexidades de la anatomía nasal, suponen una evidente dificultad en la cirugía reconstructiva. Además, la variable laxitud, grosor y componente graso de las distintas subunidades nasales, debe tenerse en cuenta en el diseño de colgajos locales, siendo deseable el uso de piel de la misma subunidad anatómica para el cierre del defecto quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un varón de 84 años con un carcinoma basocelular en el tercio lateral externo del ala nasal derecha. Para su reconstrucción, se diseñó un colgajo en isla triangular de pedículo subcutáneo sobre el ala nasal. Tras la exéresis, se incidieron y disecaron los márgenes del colgajo de forma roma y angulada para aumentar la amplitud del pedículo y garantizar su viabilidad. Se procedió al cierre mediante puntos simples de sutura con seda de 5/0.

Conclusiones: Presentamos un colgajo escasamente empleado para defectos de pequeño tamaño en el ala nasal, y obteniendo un buen resultado estético y funcional. La correcta liberación de la punta del colgajo con respecto al tejido circundante será clave para liberar la tensión del tejido y evitar la desviación de la punta nasal.

VC5. COLGAJO DE AVANCE-ROTACIÓN CON PERFORANTES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VASCULAR CRÓNICA

A. Robledo Sánchez^a, M.J. Suárez Valladares^b, M. Espasadín Arias^b y M.A. Rodríguez Prieto^b

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España. ^bComplejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: La reconstrucción de un defecto localizado en extremidad inferior puede ser difícil en pacientes de edad avanzada y con signos de insuficiencia vascular crónica por el elevado riesgo de necrosis.

Caso clínico: Paciente de 86 años con insuficiencia renal crónica que presentaba un carcinoma epidermoide localizado en cara anterior de pierna derecha ulcerado que había presentado un crecimiento rápido en los últimos 3 meses. Para la reconstrucción se diseñó un colgajo de avance-rotación con perforantes. Para ello, se dibujó el eje mayor del colgajo en forma de arco y, tras la incisión, se procedió a la disección roma del tejido celular subcutáneo, llegando a plano suprafascial y respetando las arterias perforantes. Se realizó un avance y rotación del colgajo y finalmente se cerró la plastia mediante sutura continua con seda de 3/0.

Discusión: Asegurar la vascularización, y por lo tanto, la viabilidad del colgajo en la reconstrucción de defectos en las piernas supone un reto quirúrgico, sobre todo en pacientes con insuficiencia vascular. La preservación de las arterias perforantes en el colgajo que se presenta mejora la vascularización del mismo al añadir un aporte sanguíneo complementario al del pedículo. Este tipo de plastia constituye una opción segura, con bajo riesgo de necrosis, debido a la importante vascularización, además de generar poca morbilidad en la zona donante.

Conclusiones: Se presenta un colgajo de avance-rotación modificado, el cual consideramos una opción excelente, para la reconstrucción de defectos en pierna, especialmente en pacientes de edad avanzada y con signos de insuficiencia vascular crónica como en nuestro caso.

VC6. USO DE LA PINZA BIPOLAR LIGASURE™ EN LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA AXILAR EN EL MELANOMA. ¿QUÉ APORTA A LA CIRUGÍA?

F.J. Navarro Triviño, J.L. Ramírez Bellver, R. Naranjo Sintés y F.M. Almázán Fernández

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Unidad de Melanoma. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción: En 1990 Morton propuso una nueva técnica para demostrar la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales y aportar una posible solución a la linfadenectomía regional profiláctica que se realizaba en pacientes con melanoma en estadio I, nombrada como biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Se considera ganglio centinela al primer ganglio de los linfáticos regionales que recibe de forma directa el drenaje linfático desde la piel afecta. Está indicada en aquellos pacientes con índice de Breslow > 1 mm, o < 1 mm pero ulcerados o con una metástasis o más. El éxito de la técnica depende de la determinación preoperatoria de los ganglios linfáticos regionales, tanto en número como localización, así como la localización intraoperatoria y mapeo linfático, y por último, la evaluación cuidadosa anatomopatológica. Según el hospital la BSGC la realiza el dermatólogo, el cirujano general, cirujano plástico, etc. En nuestro hospital hemos introducido el uso de la pinza bipolar LigaSure™ durante el proceso de disección y la extracción del ganglio centinela. El instrumento precisa corto periodo de aprendizaje, y las principales ventajas que aporta a la cirugía son mayor control hemostático, menor riesgo de seromas, y sobretodo disminuir el tiempo medio de la cirugía, lo que permite la inclusión de más pacientes en el parte quirúrgico y disminuir el tiempo medio de espera en lista de demanda quirúrgica. Presentamos el video de una BSGC realizada en nuestro servicio y el uso de la pinza bipolar durante el procedimiento.

VC7. COLGAJO DE AVANCE-ROTACIÓN DE LA PIEL PREAURICULAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE LA REGIÓN TEMPORAL

E. Moreno Artero, M. Ivars, E. Querol, N. Rodríguez Garijo y P. Redondo

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

Introducción: El colgajo de avance-rotación de la piel pre-auricular es útil en la reconstrucción de defectos grandes en la región temporal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón con un carcinoma basocelular esclerodermiforme recidivante en la región temporal que se extiende hasta la zona pilosa. El defecto final es reconstruido mediante un colgajo de avance-rotación de la piel pre-auricular.

Discusión: El colgajo de avance-rotación de la piel pre-auricular se diseña mediante una incisión longitudinal en la región preauricular con un triángulo infra-lobular para facilitar su desplazamiento. El colgajo se labra en un plano superficial, subcutáneo, para evitar el daño de las ramas temporales y marginales del nervio facial a su salida de la glándula parótida, donde se hacen más superficiales, y se avanza para cubrir la totalidad del defecto quirúrgico. El dibujo de dos triángulos de descarga o de Burow en la región medial del defecto permite reducir el tamaño final del defecto ya que, al conseguir un cierre en 'M', se reduce la longitud de la cicatriz final que, en línea recta, alcanzaría el canto externo. Además, este cierre en 'M' consigue dividir tensiones, evitando la retracción y asimetría ciliares. En el varón, con este diseño, se puede adelantar la línea de implantación de la barba hacia la mejilla medial y el canto externo del ojo. Este hecho, aunque es un mal menor fácilmente reparable con el afeitado o la depilación, debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar el colgajo.

VC8. BLEFAROPLASTIA SUPERIOR E INFERIOR CON LÁSER DE CO₂ Y ELEVACIÓN DEL PÓMULO

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

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: La blefaroplastia es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es la remodelación del párpado superior y/o inferior reposicionando o extirpando el exceso de tejido cutáneo y graso. Sus fines frecuentemente son estéticos y de rejuvenecimiento, aunque en algunos casos también pueden ser funcionales.

Objetivos: Mostrar un vídeo de una blefaroplastia realizada con láser CO₂ para familiarizar al dermatólogo con la técnica y proponer un plan de trabajo estructurado que mejorará los resultados.

Material y métodos: Vídeo de una blefaroplastia superior e inferior por vía transcutánea con láser CO₂ acompañada de una elevación de pómulo en el mismo acto.

Resultados: Se muestran los resultados antes y tras la intervención. El hecho de emplear un láser CO₂ facilita una adecuada hemostasia minimizando también los riesgos posteriores.

Conclusiones: La blefaroplastia está siendo una técnica muy demandada en nuestra especialidad para conseguir un rejuvenecimiento facial. El conocimiento de la anatomía periorbitaria, la fisiopatología del envejecimiento y una planificación de la intervención hacen posible llevar a cabo dicha intervención minimizando los riesgos.

VC9. COLGAJO FRONTAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS GRANDES EN LAS REGIONES MEDIAL Y PARAMEDIAL DE LA FRENTE

E. Moreno Artero, M. Ivars, E. Querol, N. Rodríguez Garijo y P. Redondo

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

Introducción: El colgajo frontal es un colgajo de trasposición de la piel de la frente útil en la reconstrucción de defectos grandes en las regiones medial y paramedial de ésta.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón con un lentigo maligno melanoma en la región paramedial de la frente. Tras la exéresis quirúrgica de la lesión, el defecto resultante es reconstruido mediante un colgajo frontal de trasposición.

Discusión: El colgajo frontal es un colgajo de trasposición digitiforme de la piel de la frente adyacente al defecto que se desplaza en espiral, girando sobre sí mismo, hasta cerrar la totalidad del defecto. De este colgajo hay que tener en cuenta dos puntos importantes: 1) Debe ser labrado en el plano del periostio, pues de ello depende su viabilidad. De hecho, ésta depende más de la profundidad del colgajo que de la anchura del pedículo. 2) Por otro lado, es una regla de oro que la zona cruenta generada tras la trasposición del colgajo pueda cerrarse directamente. Para ello, resulta útil el pinzamiento y aproximación de la piel.