



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN ANDALUZA DE LA AEDV

Reunión Anual de la Sección Andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología Sevilla, 10 al 12 de marzo de 2017

Casos clínicos

1. LEUCEMIA DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES (LLGG) T CON INFILTRACIÓN CUTÁNEA

A. Bueno-Rodríguez, P. Aguayo-Carreras, L. Salvador-Rodríguez, C. Cuenca-Barrales, I. Pérez-López, A. Martínez-López, J. Aneiros-Fernandez y R. Ruiz-Villaverde

Complejo Hospitalario de Granada. Granada. España.

Objetivos. La leucemia de linfocitos grandes granulares (LLGG) es una leucemia crónica que se caracteriza por la expansión monoclonal en sangre periférica y médula ósea de LGG con fenotipo de linfocitos T citotóxicos activados (CD8, CD57+), o menos frecuentemente NK (CD3-, CD8-, CD56+). La LLGG se considera un desorden linfoproliferativo crónico de bajo grado y se relaciona frecuentemente con enfermedades de origen autoinmune. La infiltración cutánea en la LLGG es poco frecuente y no es un rasgo típico de este tipo de leucemia. Presentamos el caso de una mujer de 63 años con síndrome mielodisplásico unilineal con afectación granulocítica con neutropenia habitual y diagnóstico de LLGG (LGL-T CD8+) remitida por nódulos y pápulas dolorosas eritematodescamativas de distribución predominantemente en miembros superiores e inferiores. Ante la sospecha de leucemia cutis, se realizaron múltiples biopsias durante los meses posteriores con diferentes diagnósticos. El último estudio histológico realizado a los 9 meses del comienzo del cuadro objetivó infiltración cutánea por leucemia de células granulares T CD2/CD7/CD8/CD57/TIA1 positivas asociada a dermatitis granulomatosa intersticial secundaria. Actualmente la paciente recibe tratamiento con 15 mg de prednisona y 50 mg de ciclofosfamida diariamente y G-CSF 300 mcg sc semanal con respuesta parcial de la clínica cutánea sin evidenciarse progresión sistémica de la leucemia en otros órganos mediante TAC.

Resultados. La infiltración cutánea es considerada un signo de mal pronóstico porque evidencia una transformación más agresiva y la infiltración de órganos por las células neoplásicas. Existen pocas

publicaciones de lesiones cutáneas en el seno de la LLCGG, siendo un hallazgo casual en la mayoría de los casos. Se ha comunicado eritema y prurito generalizado, petequias, úlceras en miembros inferiores y un granuloma anular diseminado entre otros.

Conclusiones. Presentamos un caso de rara incidencia de LLGG con intensa afectación cutánea.

2. MANEJO DE CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA LOCALMENTE AVANZADO EN PACIENTES SENILES: NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. Cases Mérida, A. Pérez Gil, F. Vásquez Chinchay, A. Crespo Cruz, M^a.L. Martínez y J. Escudero Ordóñez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Objetivos. La edad y la exposición solar crónica son los principales factores de riesgo para el cáncer cutáneo no melanoma. El aumento de la esperanza de vida global ha comportado un incremento del número total de cánceres de piel. Esto ha supuesto un reto, especialmente en el manejo terapéutico de pacientes con edades extremas. Presentamos una serie de casos de pacientes de edad avanzada con diagnóstico de cáncer cutáneo no melanoma localmente avanzado atendidos en nuestro hospital en los últimos 5 años. Los diagnósticos fueron de carcinoma basocelular, carcinoma escamoso y carcinoma de células de Merkel. El estadio en el momento del diagnóstico, la edad y la pluripatología asociada fueron los principales factores limitantes, descartando inicialmente el tratamiento de elección: la cirugía. Se optó por terapias de segunda línea -radioterapia, terapias dirigidas, tratamientos intralesionales y curas locales- con objetivo quimiorreductor y paliativo.

Discusión. En el paciente frágil, el alto riesgo quirúrgico es la principal razón por lo que se considera inoperable. En estos casos, se recomienda la radioterapia como tratamiento de primera línea, aunque se asocia a recidivas a largo plazo. Existen escasos datos acerca de la efectividad de la quimioterapia y frecuentemente se utilizan, por analogía, las mismas pautas de cáncer de cabeza y cuello. Hay en marcha ensayos clínicos que exploran la respuesta

con tratamientos biológicos dirigidos (cetuximab, gefitinib), sin embargo, la mayoría no cumple los criterios de selección.

Conclusión. En conclusión, a menudo nos encontramos en situaciones desoladoras donde las guías resultan insuficientes. En estos casos es imprescindible un abordaje multidisciplinar y una individualización terapéutica.

3. ¿EXISTE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 EXCLUSIVAMENTE CUTÁNEA?

Á. Vargas Nevado, N. López Navarro, P. López Jiménez, E. Gallego Domínguez, Á. Barranquero Fernández y E. Herrera Ceballos

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una entidad clinicopatológica descrita recientemente con un amplio espectro de manifestaciones clínicas que comparten una histopatología en común. Su manifestación más característica es la formación de tumores inflamatorios en diferentes órganos. Presentamos un caso de ER-IgG4 con lesiones a nivel facial, discutiendo si existe la ER-IgG4 con manifestaciones exclusivamente cutáneas. Varón de 57 años que acude a consulta para valoración de lesiones a nivel facial de 5 meses de evolución. En la exploración física se aprecian 4 placas eritematomarrónceas, induradas a la palpación, de tamaño entre 10 y 20 mm, localizadas en frente y mejilla derecha. El estudio dermatopatológico reveló la existencia de una intensa fibrosis estoriforme, fenómenos de leucocitoclasia y un intenso infiltrado linfoplasmocitario. Aunque el diagnóstico inicial fue de granuloma facial, la intensa fibrosis estoriforme y el gran número de células plasmáticas nos hizo sospechar de una ER-IgG4, por lo que se realizó estudio inmunohistoquímico que reveló positividad para IgG4 en más de 50 células por campo de gran aumento en 3 campos distintos. Asimismo los niveles séricos de IgG4 estaban elevados. El resto del estudio analítico no mostró alteraciones. El único síntoma que relataba el paciente era sensación de ojo seco, motivo por el que se derivó a oftalmología que objetivó test de Schirmer positivo y test de ruptura lacrimal patológico. El estudio ecográfico de la zona facial y cervical no mostró alteraciones con glándulas parotídeas y submandibulares normales. Fundamentándonos en los hallazgos clínicos, dermatopatológicos e inmunopatológicos, se diagnosticó de ER-IgG4 cutánea. Actualmente el paciente está en seguimiento y tratamiento con infiltraciones con corticoide depot en las lesiones cutáneas.

Conclusiones. Las lesiones cutáneas en pacientes con ER-IgG4 son inusuales y generalmente aparecen cuando hay afectación multisistémica. La afectación exclusivamente cutánea es excepcional y no aceptada por todos los autores. Además dada la similitud clinicopatológica y la expresión de IgG4 en algunos casos de granuloma facial, se ha propuesto incluir casos particulares de esta patología en el espectro de la ER-IgG4.

4. AFECTACIÓN CUTÁNEA POR LINFOMAS SISTÉMICOS

P. López Jiménez, Á. Vargas Nevado, N. López Navarro, E. Herrera Acosta, R. Bosch García y E. Herrera Ceballos

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. Una gran variedad de linfomas puede afectar la piel de forma primaria o secundaria. 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 lesio-

nes 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.

Conclusiones. 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.

5. FASCITIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ESCLERODERMIA LOCALIZADA

I.M^a. Coronel Pérez^a, F.A. Vizcaino Rodríguez^a, E.M. Rodríguez Rey^a, Á. Pulpillo Ruiz^b, C. Arcos Quirós^a y D. Marcilla Plaza^a

^aHospital de la Merced. Osuna. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos. Mujer de 51 años que acudió a urgencias por dolor en la piel de la cara de 2 meses de evolución, acompañado de endurecimiento progresivo de la piel de miembros y abdomen, con dolores generalizados que le impedían hacer su vida normal. Entre los antecedentes no constaban tratamientos médicos, suplementos dietéticos, contacto con aceite de colza, infecciones o traumatismos recientes, ni había realizado ejercicio físico intenso. En la exploración se apreciaban placas escleróticas en la región facial y abdomen, así como endurecimiento y edema en miembros. En piernas también encontramos zonas con aspecto de piel de naranja e hiperpigmentación. No había cambios escleróticos acrales ni fenómeno de Raynaud. Las analíticas mostraron: eosinofilia, linfopenia, aumento de aldolasa y PCR, VSG y factor reumatoide normales y serología de Borrelia, ANA, ANCA y ENA negativos. La biopsia cutánea mostró cambios esclerodermiformes y la biopsia muscular confirmó la sospecha diagnóstica de fascitis eosinofílica al mostrar un infiltrado linfoplasmocitario con eosinófilos en la fascia. La RMN de miembros inferiores no mostró alteraciones óseas, articulares o fasciales. No resultó efectivo el tratamiento con prednisona y metotrexato y actualmente recibe ciclofosfamida con respuesta parcial.

Conclusiones. Presentamos este caso por dos peculiaridades: la afectación del tronco y la cara, que es excepcional, y la asociación de esclerodermia localizada, que sucede en aproximadamente un tercio de los casos. En general, en la fascitis eosinofílica el tratamiento de elección son los corticoides, que se deben iniciar lo más precozmente posible para detener la progresión de la enfermedad y limitar la fibrosis residual, pero cuando aparecen lesiones tipo morfea asociadas el tratamiento debe ser más enérgico porque existe más riesgo de fibrosis.

6. LESIONES COSTROSAS Y DOLOR NEUROPÁTICO INTRATABLE

C. Pérez Ruiz, Á. Pulpillo Ruiz, P. Martín Carrasco, T. Zulueta Dorado y J. Conejo

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El síndrome de Münchhausen es un trastorno psiquiátrico englobado dentro de los trastornos facticios, que se caracteriza por la simulación de signos y síntomas físicos o psicológicos, o la inducción de lesión o enfermedad con el objetivo único de adqui-

rir el papel de enfermo, sin motivación económica. Estos pacientes típicamente acuden a múltiples servicios de diferentes hospitales demandando de forma recurrente asistencia médica.

Caso clínico. Varón de 46 años de edad, con antecedentes personales de amputación infracondílea del MI por un síndrome de dolor regional complejo. Con una larga historia de consultas médicas y visitas a servicios de Urgencias de otra provincia en los últimos 10 años. Cuando acudió a nuestras Urgencias, presentaba dolor incoercible y lesiones cutáneas en miembros inferiores, decidiéndose ingreso en Medicina Interna para estudio, desde donde contactaron con Dermatología para valoración. A la exploración presentaba en ambos miembros inferiores costras hemorrágicas, puntiformes y lineales, perfectamente bien delimitadas. La histología mostró una ulceración epidérmica cubierta por una costra hemorrágica, sin otros hallazgos específicos, informándose de hemorragia puntata postraumática. El estudio complementario resultó negativo y la valoración por Salud Mental concluyó que se trataba de un paciente con un trastorno de personalidad, que apoyaba nuestro diagnóstico de patomimia.

Conclusiones. Presentamos este caso que destaca por su excepcional presentación y porque el diagnóstico clínico dermatológico evitó estudios innecesarios. Debemos estar atentos ante estos pacientes para prevenir consecuencias que pueden llegar a ser fatales.

7. ICTIOSIS “EN CONFETI”, UN DIAGNÓSTICO FRUTO DEL INCONFORMISMO

M. Galán Gutiérrez, C.M^a. Alcántara Reifs, M. González Padilla, J.L. Sanz Cabanillas, J.L. Hernández Romero, G. M^a. Garnacho Saucedo, J.C. Moreno Giménez y A.J. Vélez García-Nieto

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Las ictiosis forman parte de un amplio grupo clínico y etiológicamente heterogéneo de trastornos mendelianos de la cornificación. Durante los últimos años, se ha avanzado mucho en la definición de las bases moleculares de estos trastornos y en el establecimiento de correlaciones genotipo-fenotipo. Esto ha determinado que se haya revisado la nomenclatura y clasificación de estos tipos de trastornos apareciendo algunos nombres nuevos y obligándonos a actualizarlos.

Caso clínico. Presentamos una niña que seguimos desde recién nacida en nuestro servicio y que actualmente tiene 16 años. Al nacimiento presentaba una eritrodermia que asociaba áreas de denudación cutánea junto a otras de hiperqueratosis. Se clasificó como eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa iniciándose tratamiento inicialmente tópico y posteriormente, a los 4 años de edad, sistémico (acitretino), con mejoría leve de su enfermedad. En la evolución nos llamó la atención la aparición de “parches de piel sana”, lo que sumado a nuestra “inquietud” nos llevó al diagnóstico de ictiosis en confeti, una nueva forma de ictiosis, que aparece en la nueva clasificación de las mismas.

Discusión. La ictiosis “en confeti”, ictiosis variegada o eritrodermia ictiosiforme congénita reticular es una forma de reciente descripción. Se manifiesta al nacimiento como una eritrodermia ictiosiforme o bebé colodión. El fenotipo eritrodérmico e ictiosico persiste durante la vida con gravedad variable. El sello distintivo es la aparición, en la infancia o más tardíamente, de manchas blanquecinas de piel sana, que aumentan en número y tamaño con el tiempo. Las características clínicas asociadas más importantes incluyen deformidades del oído, hipoplasia de mamilas, queratodermia palmo-plantar, hipertricosis y ectropión. Debido a mutaciones en las queratinas 1 y 10, la mayoría de los casos son esporádicos, habiéndose descrito casos familiares (autosómicos dominantes). El tratamiento es sintomático (emolientes y queratolíticos) y la acitretina puede mejorar los síntomas de la enfermedad en la mayoría de los pacientes.

8. METÁSTASIS ZOSTERIFORMES DE POROCARCINOMA ECRINO

C. Cuenca Barrales, F. Navarro Triviño, L. Salvador Rodríguez, M. Díaz Martínez, I. Pérez López, D. López Delgado, J. Aneiros Fernández y S. Arias Santiago

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Objetivos. Se presenta el caso de una mujer de 58 años con antecedentes de apendicectomía e histerectomía por miomas, diagnosticada de porocarcinoma ecrino (PE) en región lumbosacra en 2008. Ha sido intervenida quirúrgicamente en 4 ocasiones por varias recidivas locorregionales y con presencia de metástasis linfáticas que requirió la realización de linfadenectomía. Ha sido tratada con radioterapia y diversos ciclos de quimioterapia (docetaxel, paclitaxel, capecitabina) con mala evolución, mostrando metástasis zosteriformes en la región inguinal en la última revisión. Se han revisado los casos diagnosticados de PE de la provincia de Granada desde 2011 con un total de 35 pacientes (17 varones y 18 mujeres) con una media de edad de 77,3 años. El diagnóstico de sospecha inicial más frecuente fue carcinoma epidermoide (45%). Se observó invasión linfovascular en 5 pacientes, 3 de los cuales fallecieron a causa del PE.

Conclusiones. El PE es un tumor maligno poco frecuente que se origina en las glándulas sudoríparas. Su presentación clínica puede variar entre un nódulo ulcerado, una placa infiltrada, o una lesión verrugosa o polipoide, pudiendo ser las lesiones pigmentadas. Muestra predilección por extremidades y cara. El tratamiento es principalmente quirúrgico y la recidiva es relativamente rara. Son infrecuentes las metástasis ganglionares, y más aun a distancia, siendo el manejo clínico mucho más complejo. A pesar de ser poco frecuente, en ocasiones puede tener un curso clínico agresivo, por lo que el diagnóstico no debe demorarse y es precisa su extirpación completa. Se requieren protocolos que estandaricen el uso de la cirugía de Mohs, la realización de BSGC y la terapia adyuvante con quimioterapia y radioterapia en los pacientes con PE. El caso presentado es excepcional por la agresividad clínica y la presentación de sus metástasis de distribución zosteriforme.

9. SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE SIMULANDO UNA VARICELA

S. Simonsen^a, M^a.D. Fernández Ballesteros^a, D.J. Godoy Díaz^a, M^a. Ayala Blanca^b, I. Sánchez Bazán^c, A. Perea Polak^a, Á. Vera Casaño^a y L. Martínez Pilar^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Hematología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. El síndrome de Sweet histiocitoide es un subtipo del síndrome de Sweet, caracterizado histológicamente por la presencia de un infiltrado de células mieloides inmaduras que se parecen a los histiocitos. Igual que el síndrome de Sweet clásico, se ha visto asociado a enfermedades neoplásicas, especialmente hematológicas.

Caso clínico. Mujer de 52 años diagnosticada de linfoma primario cutáneo agresivo epidermotrópico de células T citotóxicas CD8+ tras la aparición de varias pápulas eritematosas en la cara. La paciente fue tratada en hematología con quimioterapia pero la falta de respuesta obligó a realizar trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. A los 12 días del procedimiento inicia un cuadro de febrícula, diarrea, pústulas y vesículas umbilicadas sobre fondo purpúrico, inicialmente localizadas en el cuello, aunque luego se generalizó. Las lesiones eran pruriginosas, pero no dolorosas. El día antes se había iniciado tratamiento con piperacilina-tazobactam y 5 días antes se había trasfundido factor estimulante de colonias de granulocitos. En la analítica presentaba anemia, plaquetopenia y leucocitosis con neutrofilia. Inicialmente parecía un cuadro de varicela y se realizó biopsia cutánea y PCR del contenido vesicular.

Se instauró tratamiento con ganciclovir y se aisló a la paciente. La PCR tanto del líquido como del tejido fue negativa para varicela, VEB, CMV y VHS. La biopsia cutánea fue compatible con síndrome de Sweet histiocitoide. Se inició corticoterapia IV con lo que mejoraron las lesiones.

Conclusiones. El síndrome de Sweet histiocitoide es clínicamente indistinguible del Sweet clásico. Ambos se asocian a neoplasias entre un 20% y 30%, siendo la leucemia aguda linfoblástica la asociación más frecuente. La presentación clínica más frecuente son nódulos y placas eritematoedematosas dolorosas localizadas, aunque se han reportado casos con vesículas igual que casos generalizados. Lo interesante de nuestro caso es la gran similitud clínica con una infección por varicela.

10. CARCINOMA BASOCELULAR PERIANAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. Luque Varela, E. Herrera Acosta, A. Baños Arévalo, J. Suárez Pérez, J.A. González Saavedra y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. El diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel es uno de los pilares básicos de la dermatología actual. La mayoría de los tumores malignos tienen unos rasgos clinicopatológicos que los hacen fácilmente diagnosticables y abordables quirúrgicamente para el dermatólogo entrenado en cirugía oncológica. Presentamos 2 casos de carcinomas basocelulares de localización perianal, planteando sus dificultades diagnósticas y su abordaje quirúrgico.

Descripción de los casos. Paciente varón de 58 años de edad. Consulta por lesión tumoral en zona perianal de al menos 3 años de evolución. A la exploración se aprecia placa tumoral infiltrada de unos 6 cm, en zona glútea derecha, que alcanza la inmediata vecindad del margen anal. La biopsia incisional mostró un carcinoma basocelular. La endoscopia retrosigmoidea y la RMN descartaron afectación colorrectal. Se procede a exéresis en cuña, con margen amplio, incluyendo todo el espesor de la grasa del área glútea e incidiendo hasta la fascia del músculo glúteo mayor con el fin de reducir la tensión del defecto quirúrgico resultante. El cierre del defecto se realizó mediante sutura directa por planos con buen resultado funcional final. El segundo caso es una mujer de 72 años de edad que consulta por lesión en zona perianal de nalga derecha de un año de evolución. En la exploración física se aprecia lesión tumoral perlada de 3 x 3 cm. Tras biopsia que confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular se procede a extirpación con margen amplio y cierre primario del defecto mediante sutura directa por planos con, también, excelente resultado funcional final.

Conclusiones. La zona perianal es una localización poco habitual del carcinoma basocelular, representando el 0,2% de las neoplasias anorrectales. El diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular, de dicha localización, no es fácil ya que este tumor se localiza con más frecuencia en esta área y es habitual observar la variante basaloide. Es importante conocer muy bien la zona anatómica para realizar una cirugía reparadora adecuada que no conlleve alteraciones funcionales.

11. PSORIASIS PUSTULOSA Y PANICULITIS LOBULILLAR NEUTROFÍLICA

R. Peña Sánchez, L. Molina Jiménez, S. Cases Mérida, A. Crespo Cruz, I. García Morales, A. Pérez Gil, C. Begines Cabeza y J. Escudero Ordóñez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Introducción. Las dermatosis neutrofílicas frecuentemente cursan como cuadros reactivos, pudiendo aparecer a lo largo del curso

de otra dermatosis o enfermedad, incluidas neoplasias. El diagnóstico diferencial puede ser complejo, existiendo cierto solapamiento clínico entre entidades que probablemente comparten una patogenia común. Presentamos el caso de una paciente con brote agudo de psoriasis pustulosa y nódulos inflamatorios en miembros inferiores.

Caso clínico. Mujer de 59 años con psoriasis pustulosa generalizada de diez años de evolución, en tratamiento con acitretino. En la evolución destacan brotes severos de lesiones pustulosas y flictenas. Recientemente acude a urgencias hospitalarias por fiebre brusca de 39°, erupción generalizada con pústulas coalescentes de base eritematosa en tronco, cara y extremidades, y nódulos dolorosos en piernas, con lengua geográfica y reactantes de fase aguda elevados, por lo que ingresó en el servicio de Enfermedades Infecciosas. La exploración y pruebas complementarias -incluidos cultivos y Mantoux- descartaron origen infeccioso. Las analíticas fueron anodinas, incluidos estudios de autoinmunidad negativos. Ante la sospecha de brote de psoriasis con paniculitis reactiva, tomamos biopsias e instauramos tratamiento corticoideo oral empírico, con respuesta excelente. El examen histopatológico halló signos de psoriasis pustulosa y una paniculitis lobulillar neutrofílica, cumpliendo la paciente criterios diagnósticos de dermatosis neutrofílica febril aguda o síndrome de Sweet (variante profunda). Tras un año de estrecho seguimiento, no hay datos de otra enfermedad sistémica, manteniendo buen control con acitretino.

Discusión. Aunque está descrita la aparición de dermatosis neutrofílica febril aguda en pacientes con psoriasis o pustulosis palmo-plantar, no se describe en la literatura asociación con la psoriasis pustulosa generalizada, ni entre la psoriasis y la paniculitis neutrofílica profunda. En muchos casos es necesario iniciar tratamiento empírico, y la respuesta a este puede servir de orientación diagnóstica. Hasta el 20% de los pacientes con síndrome de Sweet puede tener una neoplasia de base que condicione el pronóstico, siendo preciso descartarla.

12. LESIÓN FACIAL DE CUARENTA AÑOS DE EVOLUCIÓN

A. Crespo Cruz, R. Peña Sánchez, L. Molina Jiménez, S. Bernal Martínez, A. Pérez Gil, S. Cases Mérida, A. Lorente Lavirgen, F. Vázquez Chinchay y J. Escudero Ordóñez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Objetivos. La tuberculosis (TB) cutánea es una forma infrecuente de presentación, que comprende solo el 1-2% de todos los casos de TB. El lupus vulgar es un tipo de TB cutánea endógena, cuya causa es la diseminación hematológica o linfática de un foco tuberculoso activo. Paciente mujer de 73 años, sin antecedentes de interés, que es derivada a nuestras consultas por un cuerno cutáneo. A la exploración, en zona adyacente a este, destaca la presencia en hemicara izquierda, próxima al ángulo mandibular, y parte del cuello de una gran placa circinada, eritematoanaranjada de centro atrófico y bordes infiltrados junto a costras melicéricas superficiales. Se trata de una lesión de cuarenta años de evolución que nunca se ha derivado a nuestro servicio. Planteándonos principalmente los diagnósticos de enfermedad granulomatosa (lepra tuberculoide, lupus vulgar o sarcoidosis), lupus discoide o micosis fungoide se solicitan múltiples pruebas complementarias, confirmándose el diagnóstico de lupus vulgar por medio de una biopsia compatible y una PCR positiva para micobacteria tuberculosis, además de carcinoma de células escamosas (CCE) en la base del cuerno cutáneo. Consecuentemente, se pauta tratamiento antituberculoso además de la completa extirpación del CCE.

Conclusiones. Se describe un caso de lupus vulgar en una paciente inmunocompetente, sin factores de riesgo ni comorbilidades con su principal aunque infrecuente complicación, el carcinoma espinocelular, sin otro compromiso sistémico.

13. DISPLASIAS LINFÁTICAS PRIMARIAS EN DERMATOLOGÍA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

C. Collantes Rodríguez, C. Arjona Aguilera, L. Ossorio García, I. M^a. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Objetivos. Presentamos dos casos de displasias linfáticas. El primero de ellos trata de un varón de 9 meses con diagnóstico de enfermedad de Milroy confirmado mediante mutación del gen FLT4. El paciente, fruto de un parto eutócico a término y sin otros antecedentes personales de interés, acudió a consulta de dermatología por presentar edema bilateral de pies desde el nacimiento. A la exploración física destacaron las láminas ungueales con morfología característica en “salto de esquí”. Como antecedentes familiares, la abuela paterna y una prima paterna también presentaron linfedema congénito en dicha localización. El paciente realiza tratamiento con drenaje linfático. El segundo caso trata de un varón de 10 meses con diagnóstico de displasia linfática multisegmentaria con afectación sistémica. Entre sus antecedentes personales destacó un polihidramnios sin diabetes gestacional materna. Al nacimiento presentó linfedema segmentario con empeoramiento progresivo afectando a ambas manos, miembro inferior derecho y genitales. Los pies no se afectaron por el linfedema. Además se detectó en las pruebas de imagen un discreto derrame pericárdico asociando linfangiectasias intestinales que se reflejaron analíticamente con hipoproteinemia y linfopenia. También los ganglios linfáticos se afectaron por esta alteración de la linfangiogénesis. No presentó retraso del desarrollo psicomotor. No se detectó mutación en FLT4 ni hubo afectación familiar. Actualmente el paciente ha iniciado tratamiento con sirolimus oral a dosis de 0,8 mg/m²/12 horas.

Conclusiones. Las displasias linfáticas primarias suponen un reto diagnóstico donde el fenotipo clínico y la determinación de mutaciones asociadas desempeñan cada vez un papel más importante. El tratamiento se basa en medidas rehabilitadoras y cirugía de las complicaciones. Sin embargo, existen varios estudios retrospectivos que postulan los inhibidores de la vía mTOR como una opción terapéutica plausible en aquellos casos refractarios a las medidas generales.

14. LEISHMANIASIS Y TERAPIAS BIOLÓGICAS: A PROPOSITO DE 3 CASOS

J.L. Hernández-Romero^a, J.L. Sanz-Cabanillas^a, C. M^a. Alcántara-Reifs^a, M. Gonzales-Padilla^a, J. Márquez-Enriquez^b, L. Rodríguez Fernández-Freire^c, A.J. Vélez García-Nieto^a y M. Galán Gutiérrez^a

^aHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^bHospital de Jerez. Jerez de la Frontera. ^cHospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades zoonóticas y antroponóticas causadas por un grupo de microorganismos protozoarios del género *leishmania*. Es transmitida al ser humano mediante la picadura de diferentes subtipos de dípteros. En nuestro país, el vector es la hembra del género *phlebotomus*; siendo toda la cuenca mediterránea un área endémica de esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas en el caso de infestaciones en los humanos son muy variables, yendo desde un estado asintomático, pasando por afectaciones mucocutáneas de diferente intensidad y difusión; hasta graves formas viscerales que pueden poner en peligro la vida del paciente. Los principales factores de riesgo de padecer formas graves de esta enfermedad están asociados a edades extremas de la vida y a la inmunosupresión.

Caso clínico. Presentamos 3 pacientes afectados de psoriasis de larga evolución en tratamiento con fármacos biológicos inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNFa), que durante el

mismo desarrollaron lesiones en número, tamaño y clínica distinta, con una dificultad diagnóstica variable, y que finalmente correspondieron a leishmaniasis cutáneas. En todos ellos se realizó estudio de extensión que fue negativo, existiendo solo afectación cutánea. Los 3 pacientes suspendieron la terapia biológica recibiendo tratamiento con anfotericina B intravenosa 2 de ellos, mientras que el otro fue tratado con antimoniato de meglumina vía intramuscular. Todos mostraron curación de sus lesiones. Actualmente 2 pacientes han cambiado la diana terapéutica de su tratamiento, mientras que otro ha reiniciado en anti-TNFa sin existir recidiva de la infección.

Discusión. Con el advenimiento de las terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis cada vez son más los pacientes que se encuentran bajo su uso. Esto determina que puedan aparecer nuevos efectos secundarios y manifestaciones atípicas que deberemos aprender a sospechar. Con esta serie de casos tratamos de resaltar la importancia de añadir la leishmaniasis en el diagnóstico diferencial de las lesiones (granulomatosas o no) en este tipo de pacientes y más aún en nuestro medio donde la leishmania es endémica. Por otra parte, tampoco existen protocolos estandarizados para el manejo de este tipo de infecciones en estos pacientes por lo que la comunicación y agrupación de estos casos nos puede permitir sacar conclusiones que nos dejen optimizar la toma de decisiones.

15. MICOSIS FUNGOIDE: PRESENTACIÓN Y ASOCIACIÓN POCO HABITUAL

L. Salvador Rodríguez, A. Molina Leyva, C. Cuenca Barrales, M. Díaz Martínez, D. López Delgado, P. Aguayo Carreras, J. Aneiros Fernández y S. Arias Santiago

Complejo Hospitalario de Granada. Granada. España.

Objetivos. Presentamos una paciente de 74 años de edad con antecedentes de psoriasis tratada con etanercept con buen control, que acude a nuestro servicio para valoración urgente de un cuadro eritrodérmico de rápida evolución. A la exploración la paciente presentaba pápulas y placas eritematosas con descamación superficial distribuidas por región facial, tórax y abdomen y extremidades superiores principalmente, y áreas exulceradas mal delimitadas de predominio en ambas axilas e ingles y en región preesternal. Durante su ingreso, además, la paciente comenzó a presentar múltiples vesículas que se erosionaban y dejaban costra, lo que llevó a la sospecha de erupción variceliforme de Kaposi sobreañadida. Se realizó biopsia cutánea y se inició tratamiento con prednisona y curas tópicas con permanganato. Ante la sospecha de eccema herpético, se inició tratamiento empírico con aciclovir I.V. La biopsia demostró la presencia de infiltrado linfocitario de naturaleza T con las características propias de linfoma cutáneo T, por lo que se llegó al diagnóstico de micosis fungoide (MF) de presentación eritrodérmica. Adicionalmente, la biopsia también reveló la presencia de una vesícula subepidérmica en la cual se detectó la presencia de herpes virus tipo 1, lo que confirmó el diagnóstico de eccema herpético.

Conclusiones. La MF es el linfoma primario cutáneo de células T más frecuente, representando aproximadamente el 50% de los mismos. Clásicamente se ha descrito el desarrollo de la enfermedad en tres fases comenzando por una primera fase inespecífica de máculas eritematosas, evolucionando posteriormente a la aparición de placas y, finalmente, tumores en algunos pacientes. Sin embargo, además de la MF clásica (tipo Alibert Bazin), en los últimos años se han descrito numerosas variantes clínicas e histopatológicas entre las cuales se encuentra la MF eritrodérmica y la MF bullosa. Presentamos, por tanto, un caso de MF con un inicio poco habitual al diagnóstico que además se complicó con una infección por virus herpes, habiendo pocos casos publicados en la literatura.

Estudio de investigación

1. EVOLUCIÓN ESTACIONAL DE LOS NIVELES DE ÁCIDO FÓLICO SÉRICOS. IMPLICACIÓN DE LA RADIACIÓN ULTRAVIOLETA SOLAR

J. Aguilera Arjona^a, E. Valencia Vera^b, A. Cobos^a, M. Ruiz Galdón^c, V. Pérez Valero^d y E. Herrera-Ceballos^a

^aLaboratorio de Fotobiología Dermatológica, Centro de Investigaciones Médico Sanitarias. Universidad de Málaga.

^bLaboratorio Análisis Clínico, Hospital Clínico Virgen de la Victoria. ^cDepartamento de Bioquímica, Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ^dHospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. El ácido fólico es un compuesto fotosensible que se degrada in vitro por acción de la luz solar, sobre todo radiación ultravioleta. En estudios en piel, se ha observado una disminución de los niveles de ácido fólico de la piel tras exposición a radiación ultravioleta. No obstante, existe controversia sobre el impacto que esto puede tener in vivo. El objetivo principal de esta tesis es estudiar el efecto de la radiación ultravioleta sobre los niveles séricos de ácido fólico y su implicación en la prevalencia de anemia macrocítica. Además, también se trató de encontrar un punto de corte para cada estación del año que indicase los sujetos en riesgo de déficit de ácido fólico.

Materiales y métodos. Para ello, se llevaron a cabo varios estudios en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Inicialmente, se realizó un estudio transversal con los resultados de las peticiones de ácido fólico solicitadas desde enero de 2010 a diciembre de 2014 y se analizaron estacional y mensualmente en función de la incidencia de radiación solar. Por otro lado, se realizó un estudio de seguimiento retrospectivo de los sujetos con dos determinaciones de ácido fólico con una diferencia temporal entre ellas de 2 a 9 meses y realizadas en verano o invierno. Así, los sujetos con la primera determinación en invierno y la segunda en verano se consideraron expuestos y el grupo de no expuestos estuvo compuesto de sujetos con la primera determinación en verano y la segunda en invierno.

Resultados. Se observaron cambios graduales en los niveles medios a lo largo del período anual con valores más bajos en verano respecto al invierno con un aumento significativo del porcentaje de personas con valores por debajo de la normalidad (4 ng/ml) en verano respecto al invierno. El riesgo de la prevalencia de déficit de ácido fólico era 1,37 veces mayor en verano que en invierno (IC 95%: 1,29-1,46) ($p < 0,001$). El riesgo de prevalencia de presentar anemia macrocítica junto con déficit de ácido fólico era 1,74 veces mayor en verano que en invierno (IC 95%: 1,27-2,38) ($p = 0,039$).

Conclusiones. Se han establecido niveles de riesgo estacional de ácido fólico para los cuales se debería plantear la fortificación o ingesta suplementaria de ácido fólico.

2. IMIQUIMOD, TRATAMIENTO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL

C. Salas Márquez, J.B. Repiso Jiménez, L. Padilla España, M^a.I. Escudero Santos, J.F. Millán Cayetano, P. García Montero y C. García Harana

Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

Introducción. Los virus del papiloma humano oncogénicos son responsables de la neoplasia intraepitelial anal de alto grado, precursora del carcinoma escamoso de ano. Los métodos ablativos en pacientes con lesiones extensas o multifocales no evitan las recidivas y pueden tener complicaciones como estenosis o incontinencia fecal. El imiquimod es un inmunomodulador tópico con actividad

antiviral y antitumoral que se usa fuera de ficha técnica en las neoplasias intraepiteliales.

Objetivos. Evaluar el tratamiento de la neoplasia intraepitelial anal con dos formulaciones de imiquimod 15 mg (0,63%) y 6,25 mg (0,3%) en tampones autoaplicables.

Materiales y métodos. Se incluyeron 28 pacientes consecutivos con neoplasia intraepitelial anal confirmada con biopsia dirigida mediante anoscopia de alta resolución de la Consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual del Área de Dermatología del Hospital Costa del Sol entre los años 2008-2016. Tras el tratamiento con imiquimod en tampón se realizó control con biopsia si persistían lesiones o citología en caso de no observar lesiones sugestivas de malignidad.

Resultados. Un 64% de los pacientes presentó algún grado de regresión. Un 35,7% presentaron respuesta completa. Aunque se evidenciaron síntomas irritativos e incluso seudogripales en algunos pacientes, en ninguno de los casos motivó el abandono del tratamiento. Tras una media de 48 meses de seguimiento un 10,7% presentó un aumento en el grado de displasia.

Conclusiones. Imiquimod ha demostrado ser una buena alternativa en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial anal, produciendo regresión del grado de displasia e incluso resolución completa y estable. El tratamiento ha demostrado ser seguro, con pocos efectos adversos locales y tolerables efectos adversos sistémicos. El imiquimod en tampón sería una buena opción terapéutica de las neoplasias intraepiteliales anales, pero serían necesarios más estudios para confirmarlo.

3. DIFICULTADES DE LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA CONSULTA DERMATOLÓGICA AMBULATORIA

M. Lova, T. Martínez Menchón, A.M. Victoria Martínez, R. Corbalán Vélez, P. Sánchez Pedreño, A. Clemente Valenciano y J. Frías Iniesta

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La atención sanitaria en los centros de especialidades o ambulatorios continúa siendo en muchas regiones de España el modo por el cual la mayoría de los pacientes dermatológicos acceden a la atención especializada derivados desde el médico de atención primaria. A continuación, una vez evaluada la trascendencia del cuadro clínico, los pacientes son derivados o no al centro hospitalario de referencia. Si bien la consulta ambulatoria permite evaluar a un gran número de pacientes cada día disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera visita al especialista y con ello el retraso en la detección de patologías potencialmente graves, por otro lado puede traer consigo dificultades en la relación médico-paciente dado el poco tiempo dedicado a cada consulta y que, unido a la falta de recursos técnicos ambulatorios, hace que la anamnesis y la exploración física sean fundamentales para realizar la aproximación diagnóstica correcta.

Objetivo. Evaluar las dificultades que presenta la aproximación diagnóstica en las consultas dermatológicas ambulatorias.

Resultados. Estudio de una serie de casos clínicos acontecidos en un período de 24 meses, del 1 octubre de 2014 al 1 de octubre de 2016, que recoge los 10 casos más representativos atendidos en las Consultas ambulatorias de Dermatología del Centro de Especialidades Quesada, perteneciente al Área del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Conclusiones. El poco tiempo destinado al acto médico en las consultas dermatológicas ambulatorias puede originar dificultades en la aproximación diagnóstica a consecuencia de problemas idiomáticos, "muros físicos invisibles" entre el médico y el paciente, obviar pequeños detalles clínicos así como no desvestir lo suficiente a los pacientes, siendo esta última la principal causa responsable encontrada (40%). Lo ideal sería mantener la rapidez de acceso a la atención especializada, aumentando el tiempo de atención dedicado a

cada paciente, lo cual llevaría a solucionar muchas de las dificultades de la aproximación diagnóstica ambulatoria.

4. EVOLUCIÓN DE MARCADORES SÉRICOS INFLAMATORIOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA TRAS TRATAMIENTO

L. Ossorio García, D. Jiménez Gallo, R. de la Varga Martínez, C. Arjona Aguilera, C. Collantes Rodríguez, I. Villegas Romero, C. Rodríguez Hernández y M. Linares Barrios

UGC de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. Evaluar la evolución de marcadores séricos inflamatorios (MSI) incluyendo citocinas séricas inflamatorias (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p70, IL-17A, IL-22, IL-23, TNFRI, TNFR2), proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) en pacientes con hidradenitis supurativa (HS) grave tras tratamiento biológico.

Objetivo. Se evaluaron características demográficas y evolución de las escalas de gravedad en 19 pacientes con HS grave en tratamiento biológico previas y posterior al tratamiento. Se realizó una medida basal de MSI y otra a los 6 meses de tratamiento biológico. Fueron reclutados 19 controles sanos.

Resultados. Los niveles de PCR, VSG y citocinas Th17, exceptuando IL-8, IL-22 e IL-23, fueron significativamente diferentes entre los pacientes con HS antes del tratamiento y los controles sanos ($p < 0,05$). Comparando estos MSI antes y después del tratamiento biológico en pacientes con HS hubo diferencias significativas en todos los MSI salvo en IL-22, IL-23 y TNFR2 ($p < 0,05$). En los pacientes con HS en tratamiento biológico se observó equiparación con los controles sanos en múltiples citocinas inflamatorias (IL-1 β , IL-10, IL-17A) y una marcada tendencia a la baja del resto de MSI.

Conclusiones. El tratamiento biológico de la HS permitió una mejoría clínica y del estado inflamatorio sistémico reflejado a través de los MSI. La PCR, VSG e IL-6 pueden constituir biomarcadores de control de respuesta al tratamiento. La elevación excesiva de MSI relacionados con IL-6, una citocina relacionada con fenómenos de activación neutrofílica, convierte al neutrófilo en una diana terapéutica importante en pacientes con HS.

5. USO DE LA ELECTROQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO

J. Raya Maldonado^a, E.M. Morales Conde^a, L. Ferrándiz Pulido^a, A. Fernández Orland^a, J. Bartolo^b, V. Farricha^b y D. Moreno Ramírez^a

^aUGC Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España. ^bUnidade de Cirurgia Oncológica, Melanoma e Sarcoma. Instituto Português de Oncologia, Lisboa. Portugal.

Introducción. La electroquimioterapia (EQT) es un tratamiento empleado para el tratamiento de tumores cutáneos y subcutáneos no resecables, entre los que se incluye el melanoma metastásico, el carcinoma espinocelular y basocelular avanzado y el sarcoma de Kaposi clásico (SKC). El SKC es un tumor infrecuente que se presenta en personas de edad avanzada sin historia de infección VIH ni inmunosupresión.

Objetivo. Estudiar la efectividad y seguridad de la EQT en pacientes con sarcoma de Kaposi clásico.

Material y métodos. Serie de casos de pacientes con SKC procedentes de 2 unidades de cirugía oncológica tratados en primera línea con EQT con bleomicina intravenosa.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron 4 pacientes (3 hombres, 1 mujer) con una edad media de 74,6 años. En 2 de los pacientes el SKC se limitaba a las extremidades inferiores mientras que los otros 2 pacientes presentaron lesiones generalizadas.

Después de 1-2 sesiones bajo anestesia general de EQT con 15.000 UI/m² de bleomicina intravenosa se obtuvieron respuestas globales en el 100% de los pacientes (4 respuestas completas, 1 respuesta parcial). Los acontecimientos adversos que se observaron consistieron en hiperpigmentación marrón residual en la totalidad de las lesiones y elevación transitoria de la CPK.

Conclusiones. La EQT es un tratamiento efectivo y seguro para pacientes con SKC.

6. DIEZ CASOS DE NEVUS DE SPITZ SIMULANDO MELANOMA

A. Perea Polak, A. Vera Casaño, L. Martínez Pilar, D.J. Godoy Díaz y M. Ayala Blanca

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. El nevus de Spitz es un tumor melanocítico benigno de la piel que suele aparecer en la infancia, siendo infrecuente su aparición tras los 40 años. Clínicamente, suele presentarse como una pápula o un nódulo, de coloración variable, lo que en algunos casos plantea el diagnóstico diferencial con un melanoma. A la dermatoscopia, presenta múltiples patrones de presentación (en estdillo de estrella, multicomponente, globular...). Todo esto hace o que en muchas ocasiones sea obligado confirmar el diagnóstico histológicamente.

Objetivos. Presentar en nuestra serie de los nevus de Spitz vistos en nuestra consulta de dermatología pediátrica en los últimos 12 años, aquellos que clínica y/o dermatoscópicamente simulaban un melanoma. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de los 92 nevus de Spitz diagnosticados en nuestra consulta en los últimos 12 años.

Resultados. De los 92 casos de nevus de Spitz diagnosticados en nuestra consulta, 10 planteaban dudas diagnósticas con un melanoma tanto desde el punto de vista clínico como dermatoscópico. El estudio histológico aclaró en todos los casos que todos se trataban de nevus de Spitz.

Conclusiones. Los nevus de Spitz fueron mal denominados inicialmente como "melanoma juvenil" y no es de extrañar ya que en ocasiones presentan un aspecto clínico y un crecimiento rápido que recuerda al del melanoma. En los adultos, su aparición de novo requiere en la mayoría de los casos su exéresis. Sin embargo en la infancia, donde son mucho más frecuentes, se puede plantear el seguimiento clínico-dermatoscópico para vigilar la evolución, siempre que no presenten ningún dato de atipia como una importante asimetría, la aparición de un velo azul-blanquecino... en cuyo caso se recomendaría la confirmación histológica.

7. PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA SEVERA EN TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINAS IV

M^a. T. Monserrat García, J. Bernabeu Wittel, J. Domínguez Cruz y J. Conejo-Mir Sánchez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos. La IG es un derivado purificado del plasma utilizado con carácter sustitutivo en inmunodeficiencias y por su papel inmunomodulador en patologías muy variadas, entre las que se encuentra la dermatitis atópica. Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con dermatitis atópica severa del servicio de Dermatología del hospital Virgen del Rocío tratados con inmunoglobulinas IV, desde 2010 hasta la actualidad. La pauta utilizada fue de 400 mg/kg/día de Flebogamma 5% (Griphols Therapeutics Inc.) durante 3 días consecutivos al mes.

Resultados. Se incluyeron un total de 15 pacientes, de los cuales el 80% (12) eran varones. La edad media fue de 38 años (14-49). En el 47% de los pacientes se realizó biopsia confirmatoria. El 60% (9) tenían antecedentes de rinitis o asma bronquial. El 60% presentaban

IgE elevada y el 83% eosinofilia periférica. Se trataba de casos refractarios a tratamientos clásicos, habiendo realizado corticoides orales el 87% (13), ciclosporina 87%, fototerapia el 47% (7), metotrexate el 27% (4), azatioprina el 67% (10), micofenolato el 33% (5) y 4 pacientes con tratamiento biológico (omalizumab o efalizumab). La media de duración del tratamiento fue de 15 meses (2-52). El grado de respuesta se clasificó en 5 categorías (0 = muy buena, 1 = buena, 2 = moderada, 3 = escasa, 4 = nula). El 80% obtuvieron mejoría con el tratamiento, siendo la respuesta buena o muy buena en el 33% de los casos. Ningún paciente presentó efectos adversos graves, siendo la cefalea el efecto 2º más frecuente (2). Dos pacientes que recibieron tratamiento concomitante con azatioprina desarrollaron hepatotoxicidad, la cual se atribuyó a esta última.

Conclusiones. La IGIV es un tratamiento inmunomodulador y antiinflamatorio eficaz y seguro en la dermatitis atópica, pero que, dada la escasez de evidencia científica firme y su coste elevado, debe reservarse para casos severos refractarios a tratamiento convencional tópico y sistémico.

8. ESTUDIO MEDIANTE FOTOGRAFÍA UV SOBRE EL TEMPO NECESARIO PARA QUE UNA CREMA FOTOPROTECTORA SEA EFICAZ DESDE SU APLICACIÓN EN LA PIEL

Mª.V. de Gálvez Aranda^a, J. Aguilera Arjona^a, C. Sánchez-Roldán^a, E.A. Buendía Peña^a y E. Herrera-Ceballos^b

Departamento de Dermatología. ^aUniversidad de Málaga. ^bHospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. Uno de los pilares básicos en fotoprotección frente al cáncer cutáneo fotoinducido es el uso de cremas fotoprotectoras. Entre las recomendaciones sobre una correcta utilización de los fotoprotectores tópicos se incluye que estos deben aplicarse media hora antes de la exposición solar. Esto puede ser complicado; por ejemplo, si son niños que se van a aplicar la crema antes de una actividad en el colegio o si se va a pasar el día en la playa a una zona lejana. Incluso cabe pensar que dicha aplicación puede ser contraproducente ya que los tejidos pueden arrastrar parte de la sustancia fotoprotectora y de esta manera perder eficacia. El objetivo de este trabajo es valorar qué tiempo es necesario para que una crema fotoprotectora sea eficaz desde su aplicación en la piel a la exposición solar. Se ha realizado un estudio piloto con 5 voluntarios sanos jóvenes de fototipo similar. Se aplicó una crema fotoprotectora FPS 16 y UVAPF 12.7 en cantidad de 2 mg/cm² mediante el uso de una jeringuilla graduada y distribución homogénea en rectángulos de 5 x 5 cm en 4 zonas cutáneas adyacentes en región lumbar siguiendo una secuencia ordenada de aplicación de crema y realización de fotografía cada 5 min con cámara Canon con dispositivo de luz UV cuyas imágenes se recopilan en un programa informático (ClearStone UV-DA). Previamente se realizó además un análisis in vitro de la transmitancia espectral de UV a través del fotoprotector siguiendo el método estándar de análisis de fotoprotectores (ISO 24443, European Cosmetics). La eficacia de la crema se consideró en función de la ausencia de reflexión de la luz UV utilizando el software de análisis de imágenes ImageJ. En todas las imágenes se calculó el valor medio de color (azul-negro) a partir del histograma de dispersión de colores en todos los píxeles de la imagen.

Resultados. Tras el análisis de los histogramas generados a partir de las imágenes tomadas a distinto tiempo, se puede apreciar que en todos los casos hay menor reflectancia UV inmediatamente tras la aplicación de la crema fotoprotectora, y a partir de los 5 min la reflectancia UV se estabiliza en la piel. Esto se confirma con la técnica de transmisión UV a través del fotoprotector in vitro, con una estabilización de la transmisión a partir de los 5 minutos.

Conclusiones. En este estudio se ha comprobado que la aplicación de una crema fotoprotectora estándar sobre la piel tiene su efecto fotoprotector estable a partir de los 5 min, no siendo necesario esperar 30 min para mejorar su eficacia.

9. PENFIGOIDE AMPOLLOSO Y EL USO DE NUEVOS ANTIDIABÉTICOS ORALES: GLIPTINAS COMO POSIBLE FACTOR ETIOPATOGÉNICO

J.L. Sanz Cabanillas^a, M. González Padilla^a, E. Casas de la Asunción^b, M. Galán Gutiérrez^a, R. Salido Vallejo^a, C. Alcántara Reifs^a, J.L. Hernández Romero^a y A. Vélez^a

^aHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^bHospital Comarcal de Inca. Inca (Baleares). España.

Introducción. El penfigoide ampolloso es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente de nuestro medio. Su incidencia es de aproximadamente de 0,2-3 casos nuevos por 100.000 habitantes y es más frecuente en personas de edad avanzada. Esta patología se ha relacionado con distintos factores de riesgo tales como enfermedades neurológicas, neoplasias o fármacos, entre los que se incluyen las gliptinas, un grupo de antidiabéticos orales de reciente comercialización.

Objetivos. Analizar las características sociodemográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de penfigoide ampolloso en nuestro servicio durante los últimos 4 años, investigando el uso de gliptinas y su papel en esta patología.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de penfigoide ampolloso desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2016. Se incluyeron datos relacionados con antecedentes personales, medicación habitual, diagnóstico y tratamiento.

Resultados. Se identificaron 49 pacientes. La edad media de presentación fue de 80,7 años (rango 57-96). En nuestra serie, más de la mitad de los pacientes eran mujeres, 28 de ellos eran diabéticos y 21 padecían alguna enfermedad neurológica. Además, se detectó el uso de gliptinas en 19 de los pacientes incluidos (38,78% del total de la muestra), 13 pacientes tomaban vildagliptina, 4 linagliptina y 2 sitagliptina. En el subanálisis del grupo de los pacientes con gliptinas no se hallaron diferencias significativas en edad o sexo pero sí se detectó que estos pacientes presentaban una menor prevalencia de enfermedades neurológicas con respecto a los pacientes que no tomaban gliptinas ($p < 0,05$).

Conclusiones. De nuestros 19 pacientes con antecedentes de uso de gliptinas, encontramos que en 6 casos se retiró el fármaco (3 de ellos presentaron una resolución completa del cuadro, un caso presentó mal control y en 2 casos se perdió el seguimiento). En los restantes 13 casos en los que no se retiró el fármaco, pudimos observar una mayor dificultad de control del cuadro, ya que 11 casos presentaron mala evolución, perdiéndose el seguimiento en los dos restantes. A la luz de nuestros resultados, destacamos que el uso de gliptinas debería considerarse como un posible factor etiológico del penfigoide ampolloso, haciendo hincapié en la anamnesis y que además, su retirada parece obligada para una buena evolución del cuadro.

10. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

Objetivos. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) permite un estudio detallado de la muestra histológica previo a la corrección del defecto, postulándose actualmente como el tratamiento de elección en el carcinoma basocelular (CB) de alto riesgo. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de la población intervenida de CB en región facial mediante CMM, así como determinar los factores asociados a recidiva en los pacientes tratados en nuestro hospital entre 2006 y 2013.

Material. Se incluyeron de forma retrospectiva aquellos pacientes intervenidos mediante CMM, analizándose características sociode-

mográficas, localización y tamaño de la lesión, patrón histológico, número de estadios realizados, tipo de reconstrucción quirúrgica, meses de seguimiento y presencia de recidiva. Se excluyeron aquellos casos en los que se realizó estudio diferido de la muestra histológica, así como los que recibieron radioterapia posterior a la cirugía.

Resultados. Se incluyeron 486 pacientes, un 55,9% varones con una edad media de 61 años. La localización más frecuente fue la región nasal (63,7%), y destacando el canto interno (12%) entre las localizaciones extranasales, con un tamaño medio de 10,2 mm. La reconstrucción se realizó en un 75% mediante colgajo cutáneo, y la media de seguimiento tras la cirugía fue de 41 meses. De ellos, 14 tumores presentaron recidiva (3,1%), más de la mitad de los casos localizados en región nasal y con patrón histológico infiltrativo.

Conclusiones. La CMM es el tratamiento de elección en el CB de alto riesgo con una menor tasa de recidiva que la cirugía convencional. En nuestra serie la tasa de recidiva fue equiparable a las descritas en la literatura. Además, el empleo de esta técnica quirúrgica permite el tratamiento del CB con un mayor ahorro de tejido sano, permitiendo un mejor resultado estético en la reconstrucción en poblaciones jóvenes como la de nuestra serie.

11. APREMILAST EN DERMATITIS ATÓPICA. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Arjona Aguilera^a, L. Ossorio García^a, C. Collantes Rodríguez^a, I. Villegas Romero^a, D. Jiménez Gallo^a, M. Salamanca Sánchez^a, A. Martínez Rodríguez^a, I. Nieto Montesinos^b y M. Linares Barrios^a

^aHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ^bHospital Naval de San Carlos. San Fernando. España.

Objetivos. Identificar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con DA tratados con apremilast en la Unidad de Gestión Clínica de Dermatología del Hospital Universitario Puerta del Mar; analizar su respuesta y tolerancia al tratamiento.

Material. Serie de casos retrospectiva de pacientes con diagnóstico confirmado de DA siguiendo los criterios de Hanifin y Rajka, tratados con apremilast desde el 1 de enero 2016 hasta el 31 de febrero 2017 (n = 5). Se evaluaron datos demográficos, manifestaciones cutáneas, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Escala Analógica Visual del Prurito (EAVP), tratamientos previos, tratamiento actual, efectos secundarios y respuesta al tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 5 varones con edad entre 20 y 58 años, media 38,2 años. La puntuación del SCORAD fue variable entre 75 y 92 (media 86,2, desviación estándar (s): 6,76), la EAVP fue 10 y la del Investigator Global Assessment (IGA) fue 5 en todos los casos. El 80% presentó excelente respuesta y tolerancia al tratamiento. La reducción global del SCORAD fue un 62,3%, del EAVP un 80% y del IGA un 65%. Si establecemos dos grupos de pacientes según el tratamiento recibido en monoterapia (grupo 1) o combinado de metotrexato (grupo 2) observamos diferencias. El SCORAD se redujo un 63% en el grupo 1 frente al 60,2% en el 2. La reducción del EAVP y el IGA fue del 100% y el 80% respectivamente en el grupo 1, frente a una reducción del 60% y el 50% respectivamente en el grupo 2.

Conclusiones. Apremilast es un fármaco inhibidor de la fosfodiesterasa 4 que modula la expresión de citocinas inflamatorias. Este medicamento está aprobado para su uso en el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica pero está siendo estudiado en diversas enfermedades inflamatorias crónicas incluyendo la DA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dermatitis de contacto, liquen plano, espondilitis anquilosante, enfermedad de Behçet, prurigo nodular y dermatomiositis. Existen dos estudios abiertos fase II en pacientes con DA tratados con apremilast. La eficacia fue modesta y los principales efectos secundarios fueron náuseas, diarrea, cefalea e infecciones de tracto respiratorio superior, sin casos de efectos adversos graves. En la bibliografía revisada se destaca la ventaja de apremilast sobre inmunosupresores clásicos por su ma-

yor seguridad sin toxicidad renal, hepática o hematológica significativa. Actualmente hay en marcha un ensayo clínico doble ciego y controlado con placebo cuyos resultados permitirán establecer recomendaciones acerca de su uso en DA con un mayor nivel de evidencia. En nuestra serie de casos hemos obtenido buena respuesta en el 80% de los pacientes tratados con apremilast, debiendo suspenderse en uno por intolerancia. La mejoría en el SCORAD fue similar tanto en grupo en monoterapia como en el grupo de tratamiento combinado con metotrexato. Destacamos la mayor eficacia de la combinación en términos de IGA y EAVP. Actualmente no existe evidencia publicada sobre el uso combinado de apremilast y metotrexato en DA. Son precisos más estudios para establecer seguridad y eficacia de este prometedor fármaco en una enfermedad huérfana como la DA grave.

12. FACTORES PREDICTIVOS DE LOS GANGLIOS CENTINELAS FALSOS NEGATIVOS EN PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO

A. Tejera Vaquerizo^a, V Traves^b, C. Requena^b, I. Bolumar^b, Á. Pla^b y E. Nagore^b

^aInstituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río (Córdoba).

^bInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Objetivos. Algunos pacientes sometidos a la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) con resultado negativo desarrollan metástasis regionales en su seguimiento. El objetivo principal de este estudio ha sido identificar los factores predictivos de los casos BSGC falsos negativos (FN). Estudio de cohorte longitudinal usando una base de datos recogida de forma prospectiva de un centro de referencia para el tratamiento del melanoma cutáneo. Los FN se definieron como la proporción de pacientes con ganglios positivos que mostró un resultado negativo en la BSGC. Se realizó un análisis de supervivencia mediante las curvas de Kaplan-Meier. Se realizó un análisis uni- y multivariante de los factores predictivos de los casos FN.

Resultados. El análisis incluyó a 867 pacientes con una mediana de seguimiento de 76 meses. Los FN, los verdaderos positivos (VP) y los verdaderos negativos (VN) fueron 27 (3,1%), 187 (21,6%) y 653 (75,3%). La tasa de FN (FN/FN+VP) fue del 13,2%. La supervivencia específica de enfermedad a los 5 años para los VN, VP y los FN fue del 94%, 67,3% y 64,3%. El análisis multivariante mostró que la única variable predictora de los FN con respecto a los VN fue el grosor de Breslow (OR 9,02; IC 95% 3,06-26,52). Cuando se tuvo en cuenta a todos los casos con ganglios positivos (VP+FN) las variables predictoras independientes fueron el grosor de Breslow y la tasa de crecimiento del tumor.

Conclusiones. La supervivencia de los FN es similar a los casos que son positivos tras la BSGC. La única variable predictora de los FN es el Breslow y probablemente un crecimiento rápido del tumor. Un seguimiento estrecho de las cadenas ganglionares regionales es necesario para los tumores gruesos, sobre todo de rápido crecimiento pese a que tengan una BSGC negativa.

13. RENDIMIENTO DEL TC EN EL SEGUIMIENTO DE MELANOMA CUTÁNEO

F.M. Ildefonso Mendonça^a, L. Ferrándiz Pulido^b, A. García de la Oliva^c, M. Silla Prosper^d y D. Moreno Ramírez^d

^aHospital Alta Resolución Puente Genil. Córdoba. ^bHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^cUGC Radiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^dUGC Dermatología Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Objetivos. Evaluar el rendimiento y coste-efectividad de la TC para la identificación de metástasis durante el seguimiento de MC e identificar los factores clínico-demográficos relacionados. 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. Frecuencias de TC, metástasis e incidentalomas. Rendimiento y coste-efectividad de detección de metástasis.

Resultados. Se evaluó a 551 pacientes con MC de los cuales a 200 (36,29%) se realizó por lo menos un TC de seguimiento. No se verificaron diferencias significativas en la edad (53,176 vs. 54,165 años $p = 0,499$) o sexo ($p = 0,210$) entre aquellos pacientes a los que se realizó TC de seguimiento y los que no. Se realizó un total de 471 TC de seguimiento. 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. El 46,49% de los TC ($n = 219$) fueron solicitados por el dermatólogo; 33,54% ($n = 158$) por el oncólogo; 2,54% ($n = 12$) por otros especialistas y 2,12% ($n = 10$) en urgencias. En un 15,28% de los TC no fue posible determinar el solicitante. El 68,15% ($n = 321$) de los TC fueron solicitados por protocolo; 7,85% ($n = 37$) por anamnesis; 4,67% ($n = 22$) por hallazgos en la exploración física y 19,32% ($n = 91$) por hallazgos en otras pruebas complementarias. El 66,89% ($n = 315$) de los TC fue negativo, el 7,01% ($n = 33$) identificó progresión de la enfermedad, el 1,69% ($n = 8$) segundos tumores primarios y el restante 24,1% ($n = 115$) 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, 6IIC, 8 IIIA, 5 IIIB, 3 IIIC. 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 1.678,6€. El rendimiento por protocolo de 1 metástasis cada 27 TC (3.237,3€), fuera de protocolo cada 7 TC (787,1€), por anamnesis cada 4 TC (492,9€) y por exploración física cada 3TC (391€). Haber solicitado el TC por hallazgos en la anamnesis (OR = 4,158; IC 95%: 1,98-8,69; $p < 0,0001$) o en la exploración física (OR = 5,087; IC 95%: 2.003-12.92; $p = 0,001$) se asociaron a una mayor probabilidad de un TC positivo.

Conclusiones. El TC es una herramienta coste-efectiva para el seguimiento del MC, si bien debe ser adecuada al riesgo 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.

14. DISECCIÓN GANGLIONAR EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA. ¿UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA ADECUADA EN EL EXTREMO DE LA VIDA?

A. Fernandez-Orland^a, T. Ojeda Vila^b, M. Morales Conde^b, J. Raya Maldonado^b, L. Ferrándiz Pulido^a y D. Moreno Ramírez^a

^aUGC Dermatología. Hospital Virgen Macarena. ^bHospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. En la era de la inmunoterapia del melanoma, la cirugía de las metástasis ganglionares continúa siendo una técnica que, además de su intención curativa, ofrece un efecto paliativo relevante. Sin embargo, la edad del paciente ha sido un factor considerado en contra de la realización de procedimientos invasivos como la biopsia selectiva de ganglio centinela y la linfadenectomía. **Objetivos.** Analizar los resultados quirúrgicos y de supervivencia de la disección ganglionar en pacientes de edad avanzada con melanoma. Estudio de casos control en el que se incluyeron pacientes en los que se realizó disección ganglionar entre los años 2012-2015 por metástasis ganglionar de melanoma por metástasis microscópica (biopsia de ganglio centinela positiva) o clínicamente evidente. Las

medidas de resultado evaluadas fueron la frecuencia de disección completa, frecuencia de cirugía R0, supervivencia global después de la disección, mediana de supervivencia y frecuencia de complicaciones.

Resultados. Durante el período de estudio se realizaron un total de 31 disecciones ganglionares (34,4% en > 70 años y 65,6% en > 70 años). El 90,9% de las disecciones en pacientes > 70 años fueron consecuencias de metástasis clínicas y/o ecográficas, mientras que en pacientes < 70 años esta frecuencia fue del 65,0% con un porcentaje de realización de BSGC del 45,5% en los pacientes > 70 años frente al 81,0% en los pacientes < 70 años ($p < 0,05$). El 90,9% de las BSGC+ se correspondieron con pacientes < 70 años mientras que el 9,1% fueron identificados en pacientes > 70 años. No se identificaron diferencias en cuanto a la supervivencia global de los paciente de edad avanzada y los menores de 70 años a los que se les practicó una disección ganglionar ($p > 0,05$). Los pacientes de edad avanzada no han presentado una mayor frecuencia de complicaciones graves de la linfadenectomía que los pacientes < 70 años.

Conclusiones. En el paciente de edad avanzada existe una menor frecuencia de BSGC+ que en pacientes de menor edad, hallazgo que ha sido descrito previamente en la literatura. Los pacientes de edad avanzada con metástasis y disección ganglionar han presentado una supervivencia global menor que los pacientes más jóvenes. En pacientes de edad avanzada, incluso edades extremas, la disección ganglionar es la opción terapéutica de elección en pacientes con metástasis ganglionares reseccables.

Perlas dermatológicas

1. VASCULOPATÍA LIVEDOIDE TRATADA CON RIVAROXABÁN

I. Villegas Romero, C. Arjona Aguilera, L. Ossorio Garcia, C. Collantes Rodríguez, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

^aHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. La vasculopatía livedoide (VL) es una enfermedad trombotica no inflamatoria de los vasos dérmicos caracterizada por la tríada de livedo racemosa, atrofia blanca y úlceras en sacabocados muy dolorosas localizadas en miembros inferiores.

Perla. Presentamos dos casos de vasculopatía livedoide refractaria a vasodilatadores y antiagregantes tratados con rivaroxabán. La respuesta fue completa y sin recidivas durante el tiempo de seguimiento.

Discusión. Los nuevos anticoagulantes orales comercializados en España, a diferencia de los clásicos dicumarínicos, no requieren control hematológico y pueden ser eficaces en patología microtrombótica cutánea a dosis inferiores de las utilizadas para su principal indicación. Consideramos interesante dar a conocer esta posibilidad terapéutica como técnica novedosa útil para el tratamiento de la VL refractaria al tratamiento convencional, así como acercar el conocimiento y manejo de estos nuevos anticoagulantes orales al dermatólogo.

2. ANGULANDO LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

J.F. Millán Cayetano, I. Fernández Canedo, P. García Montero, A.C. Ortega Sánchez, C. García Harana, C. Salas Márquez y M. de Troya Martín

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica que permite la exéresis de carcinomas basocelulares y el estudio de sus márgenes de forma rápida y ahorrando tejido sano. Para realizarla

de forma óptima es necesario realizar la incisión angulándola 45°, de forma que se puedan obtener unos cortes histológicos óptimos para una correcta interpretación de los márgenes. Sin embargo, hay determinadas localizaciones anatómicas como el canto interno del ojo o el surco nasogeniano donde resulta difícil inclinar 45° el bisturí para realizar la técnica de forma correcta.

Perla. Para salvar este obstáculo puede emplearse el llamado cuchillete oftalmológico. Se trata de una herramienta que se emplea en dicha especialidad para incisiones en el globo ocular y que consta de una zona angulada cuyos dos bordes están biselados para realizar el corte de forma lateral. Con ello, podremos comenzar realizando una mínima incisión estándar para posteriormente introducir en ella el cuchillete oftalmológico. Una vez introducido, podremos cortar fácilmente el resto de la lesión desplazando este cuchillete de forma lateral, obteniendo unos márgenes con la angulación deseada.

Discusión. Un punto crítico para la correcta realización de la cirugía micrográfica es obtener un corte limpio y angulado a 45°. Esto va a permitir un correcto prensado de la pieza para realizar cortes histológicos que permitan valorar si los márgenes quirúrgicos están o no afectados. Con esta simple herramienta, se facilita enormemente esta tarea en determinadas localizaciones en las que a veces es técnicamente complicado obtener esa angulación al dermatólogo.

3. RESPUESTA COMPLETA A TRATAMIENTO CON IL-2 INTRALESIONAL Y CRIOTERAPIA PARA LETÁLIDES EN MELANOMA ESTADIO IV

A. Martínez López, F.M. Almazán Fernández, I. Pérez López, F.J. Navarro Triviño, L. Salvador Rodríguez, S. Arias Santiago y R. Naranjo Sintés

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción. El melanoma localmente avanzado o metastásico es una entidad con alta mortalidad que requiere un manejo multidisciplinar con el objetivo de mejorar la supervivencia de los pacientes. El desarrollo de tratamientos inmunoterápicos e inhibidores diana ha supuesto una mejora significativa de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes con melanoma avanzado.

Perla. Presentamos un paciente de 86 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que fue intervenido de un melanoma nodular de 3,7 mm de Breslow, 6 mitosis y no ulcerado en 2010. En 2012 el paciente desarrolló varias adenopatías metastásicas axilares, realizándosele una linfadenectomía electiva. Posteriormente, en 2015, solicitó valoración por presencia de dos pápulas de coloración rosada y violácea y consistencia firme, localizados en el área de la cicatriz de intervención. Se realizó extirpación de las mismas, siendo la histología compatible con metástasis de melanoma. En 2016 el paciente acudió a consulta con múltiples lesiones de morfología similar a las previas en región lumbar. Tras fracasar el tratamiento con radioterapia se decidió en comité multidisciplinar iniciar tratamiento semanal con 9 mU de interleucina-2 (IL-2) intralesional asociada a crioterapia durante 10 seg, realizando dos ciclos por sesión. Tras tres sesiones con ambos tratamientos se observó una importante mejoría, con desaparición de múltiples lesiones y buena tolerancia, sin presencia de efectos indeseables. Una vez completadas 12 semanas de tratamiento se evidenció remisión completa de las letálides, confirmándose con la realización de PET-

TC y manteniéndose la supervivencia libre de enfermedad tras 6 meses de seguimiento.

Discusión. La IL-2 es una glucoproteína inmunomoduladora que estimula la producción de linfocitos T citotóxicos y células NK, habiendo probado su eficacia como terapia sistémica frente al melanoma y otros tumores sólidos. Sin embargo, en las últimas décadas ha sido desplazada como tratamiento del melanoma irreseccable, dada su mala tolerancia y la aparición de las nuevas terapias diana con mayor respuesta terapéutica. El empleo de la IL-2 intralesional, sola o en combinación con otras terapias, para el tratamiento de las metástasis cutáneas irreseccables de melanoma ha supuesto un avance significativo, produciendo una respuesta completa en el 50% de los pacientes tratados y mejorando de forma evidente la calidad de vida de los mismos.

4. UTILIDAD DE LA RAPAMICINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES LINFÁTICAS SUPERFICIALES

P. García Montero^a, J. del Boz^a, E. Baselga Torres^b, J.M. Azaña Defez^c, M. Alcaraz Vera^d, A. Vera Casaño^e, J. Tercedor Sánchez^f y M. de Troya Martín^a

Departamento de Dermatología. ^aHospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^cHospital General de Albacete. ^dConsulta privada de dermatología. Jerez de la Frontera. ^eHospital General Universitario de Málaga. ^fUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. España.

Introducción. Las malformaciones linfáticas microquísticas (MLM) son malformaciones vasculares de bajo flujo compuestas por múltiples quistes de pequeño tamaño (menores de 1 cm). A diferencia de la variante macroquística, las MLM tienden a afectar a estructuras más profundas dificultando aún más el ya complejo tratamiento de estas entidades. Dentro del amplio arsenal empleado para el tratamiento de las MLM destaca el novedoso uso de la rapamicina, un inhibidor de mTOR que administrado vía oral ha ofrecido resultados muy favorables.

Perla. La rapamicina tópica es un tratamiento novedoso que previamente no había sido empleado en las MLM. Hemos recopilado una serie multicéntrica de 9 casos tratados con este fármaco a distintas concentraciones y con diferentes pautas y excipientes. Los pacientes referían clínica de distinta índole (dolor, sangrado, exudado, sobreinfección) con una marcada repercusión en su calidad de vida. Cinco de ellos habían sido sometidos a terapias agresivas (escleroterapia, electrocirugía, crioterapia, láser CO2) sin mejoría. El uso de esta nueva alternativa terapéutica permitió la estabilización del cuadro y una mejoría de la sintomatología asociada.

Discusión. La rapamicina, también conocida como sirolimus, es un antibiótico macrólido, único inhibidor de mTOR. La utilidad de la rapamicina oral en el tratamiento de las malformaciones linfáticas ha sido ya demostrada en diferentes publicaciones. Su empleo vía tópica, sin embargo, estaba limitado al tratamiento de los angiofibromas faciales en pacientes con esclerosis tuberosa. Esta serie de casos corrobora la potencial utilidad de la rapamicina tópica en el tratamiento de las MLM, estableciendo una base sobre la cual iniciar futuros estudios en relación con su aplicación en las diferentes malformaciones linfáticas, su utilidad a diferentes concentraciones y la efectividad a largo plazo del tratamiento.