



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía de la AEDV (GEDOC)

Congreso AEDV Virtual Otoño 2020, 19-21 de noviembre de 2020

### Comunicaciones Orales

#### 1. EFECTOS CUTÁNEOS SECUNDARIOS A INMUNOTERAPIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y CORRELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

A. Mayor Iburguen<sup>a</sup>, O. Sanmartín Jiménez<sup>b</sup>, E. Sendagorta Cudos<sup>a</sup>, M.J. Beato Merino<sup>a</sup>, E. García Fernández<sup>a</sup> y P. Herranz Pinto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>b</sup>Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Introducción.** Los fármacos bloqueadores del punto control del sistema inmunitario han revolucionado el campo de la oncología. Los efectos inmunomediados secundarios (IRAEs) cutáneos afectan hasta 1/3 de los pacientes con anti-pd1 y anti-pd11.

**Objetivos.** Estudiar si el desarrollo de IRAEs cutáneos traduce un mejor pronóstico tumoral.

**Material y métodos.** Se revisaron de manera observacional y retrospectiva los pacientes que estuvieran recibiendo algún fármaco de inmunoterapia en el periodo 01/enero/2017 hasta 31/agosto/2019. Se valoraron de manera retrospectiva diversas variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso tumoral, así como con la terapia. Se diseñó un estudio casos y controles emparejado por la técnica propensity score, a razón 1:2, teniendo en cuenta las variables sexo, edad, ECOG y número de ciclos, por implicación en el pronóstico. Se definieron como casos aquellos pacientes con alguna toxicidad inmunomediada, definiendo su ausencia al grupo control. Mediante el test de Kaplan Meier, se calculó la supervivencia libre de progresión (SPL) y global (SG) en el tiempo observado.

**Resultados.** Se emparejaron 45 casos y 90 controles por las variables definidas (de 46 casos y 186 controles). La media de edad fue de 65 años en ambos grupos. La proporción hombre: mujer de 1,5:1, en ambos grupos. La mayoría de la muestra estaban representados por pacientes con adenocarcinoma de pulmón, melanoma y carcinoma epidermoide de pulmón, seguido de otros. La incidencia de IRAEs cutáneos fue del 26,6%. La mayoría de nuestros casos fueron representados por reacciones psoriasisiformes o psoriasis (22,10%), seguido muy de cerca de las erupciones maculopapulares (17,8%) y reacciones liquenoides (13,3%) o eccematosas (13,3%). El resto lo compone una miscelánea donde observamos

vitíligo, lupus pernicioso, hidradenitis, livedo reticularis, entre otros. Las proporciones de respuesta fueron superiores en los casos (26,6%) vs. los controles (14,4%). La SPL muestra una tendencia favorable a los casos respecto a los controles no estadísticamente significativa ( $p = 0,179$ ). La SG fue significativamente superior en los casos respecto a los controles (OR mortalidad grupo control = 2,7;  $p = 0,04$ ).

**Conclusión.** En nuestra muestra, el desarrollar un IRAE cutáneo por inmunoterapia se asoció a una mejor SG en el periodo observado.

#### 2. ROL DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y EFECTO SOBRE LAS TASAS DE SUPERVIVENCIA

E. Manrique-Silva, C. Requena, V. Soriano, V. Traves y E. Nagore

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Introducción.** La obesidad se ha asociado con un incremento de la mortalidad en diversas neoplasias. Sin embargo, su relación con la supervivencia en el melanoma cutáneo (MC) es desconocida. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la influencia de los valores de IMC prediagnósticos sobre la incidencia, las características clínico-histopatológicas, el riesgo de una segunda neoplasia, así como sobre la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de MC.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio de tipo observacional y retrospectivo. Se incluyeron un total de 1617 pacientes. Se recogieron variables clínicas e histopatológicas. Los valores de IMC se catalogaron en normal ( $<24,9$ ), sobrepeso (25-29,9) y obesidad ( $>30$ ). Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de contingencia, la prueba del chi cuadrado y la correlación de Spearman. La media de supervivencia se determinó mediante un análisis de Kaplan - Meier. **Resultados.** Se observó una relación estadísticamente significativa entre valores elevados del IMC y el subtipo histopatológico nodular (21%) y el lentiginoso acral (4,8%); el nivel de Clark IV (36%), la presencia de ulceración (23,8%) y la embolización (3,8%) ( $p < 0,001$ ). Tras el análisis de Rho Spearman se objetivó una correlación positiva entre un IMC incrementado con: la edad, el Breslow, el número de mitosis y la velocidad de crecimiento del tumor. El análisis de Kaplan Meier, tras un periodo de seguimiento de 90 meses, demos-

tró que los pacientes con obesidad (IMC >30) y metástasis ganglionares presentaron una menor tasa de supervivencia global en comparación con los pacientes con IMC normal. Sin embargo, resultó llamativo que los pacientes con sobrepeso (IMC 25-29,9) fueron los que mejores tasas de supervivencia presentaban.

**Discusión.** En las últimas décadas ha quedado claro que el tejido adiposo contribuirá a la progresión tumoral, sin embargo, la influencia sobre el melanoma sigue siendo una incógnita. La obesidad modificará el microambiente tumoral al promover la presencia de inflamación, remodelación e hipoxia. Nuestros hallazgos apoyan la necesidad de considerar al valor del IMC como factor de estratificación, así como una herramienta predictiva. Así mismo, sugieren la existencia de una “paradoja del sobrepeso”, donde el “sobrepeso” asociado a metástasis ganglionares tendrán una repercusión positiva sobre la supervivencia.

### 3. VALIDACIÓN DE BIOMARCADORES DE RESPUESTA, PREVENCIÓN Y EVOLUCIÓN DE QUERATOSIS ACTÍNICAS TRATADAS CON TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

D. de Perosanz Lobo<sup>a</sup>, M. Fernández Guarino<sup>a</sup>, P. Delgado Wicke<sup>b</sup>, Á. Juarranz de la Fuente<sup>b</sup>, D. Fernández Nieto<sup>a</sup>, P. Burgos Blasco<sup>a</sup>, A. Arana Raja<sup>a</sup>, M. Molins Ruiz<sup>a</sup> y P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Ramón y Cajal. <sup>b</sup>Universidad Autónoma. Madrid. España.

**Introducción y objetivos.** La terapia fotodinámica con luz de día (TFD-LD) es un tratamiento ampliamente utilizado para las queratosis actínicas (QA). Aunque numerosos estudios avalan su equivalencia en eficacia a la TFD convencional, existen casos de mala respuesta. Nuestros objetivos fueron analizar la respuesta clínica, histológica y molecular de pacientes con QA tratados con TFD-LD y encontrar posibles marcadores pronósticos de buena o mala respuesta.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo en 22 pacientes con QA grado I-II. Se tomaron biopsias del campo de cancerización antes y después de TFD-LD con MALA (Metvix®). Se realizó estudio inmunohistoquímico con Ki-67, p53 y ciclina-D1. Se llevó a cabo estudio molecular con arrays de RNA, analizando la expresión de 96 genes relacionados con la carcinogénesis del carcinoma espi- nodelular. El seguimiento clínico fue de 6 meses.

**Resultados.** De 22 pacientes, 9 (40,9%) mostraron una mala respuesta. El resto mostraron respuestas terapéuticas aceptables (5/22, 22,7%) o muy buenas (7/22, 31,8%). El grado de mejoría clínica mostró correlación histológica e inmunohistoquímica en la mayoría de los casos. En el estudio molecular se encontró una sobreexpresión del gen de PIK3R1 (Phosphoinositide-3- Kinase Regulatory Subunit 1) en los casos de mala respuesta, mientras que los casos de muy buena respuesta mostraron una hipofunción de este gen.

**Conclusión.** La TFD-LD es un tratamiento efectivo pero irregular para las QA. La sobreexpresión de genes como el PIK3R1 podría ser un predictor de mala respuesta para la TFD-LD. La realización de estudios inmunohistoquímicos con análisis genéticos de marcadores moleculares podría ser útil en la selección de pacientes.

### 4. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2: CORRELACIÓN CON LA GRAVEDAD CLÍNICA Y GENÉTICA DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES ESPAÑOLES

A. Plana Pla<sup>a</sup>, M. Munera Campos<sup>a</sup>, I. Blanco Guillermo<sup>b</sup>, B. García Jiménez<sup>b</sup>, E. Castellanos Pérez<sup>c</sup> e I. Bielsa Marsol<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Genética Clínica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. <sup>c</sup>Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP). Badalona Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivos.** La neurofibromatosis tipo 2 (NF2) es una enfermedad con una expresión clínica y un pronóstico variables. Algunos autores afirman que esta variabilidad se correlaciona

con el tipo de mutación genética y se ha propuesto una clasificación de gravedad genética (Genetic Severity Score). Los objetivos de nuestro estudio son describir la prevalencia de lesiones cutáneas en los pacientes con NF2 y analizar su posible correlación de acuerdo a las clasificaciones de gravedad clínica y genética.

**Material y método.** Durante los años 2010-19 se examinaron las lesiones cutáneas de los pacientes con diagnóstico clínico o genético de NF2 valorados en nuestro hospital. También se recogieron datos sobre la afectación extracutánea, la edad al diagnóstico y el tipo de mutación genética responsable de la enfermedad. Se agruparon a los pacientes en 5 grupos (1A, 1B, 2A, 2B y 3) según su gravedad genética (Genetic Severity Score) y en 4 grupos (1, 2, 3A y 3B) según su gravedad clínica.

**Resultados.** Se recogieron un total de 49 pacientes (19 hombres y 30 mujeres), de los cuales 35 (71%) tenían lesiones cutáneas. La frecuencia de manchas café con leche (MCL) fue de 40,8%, con una distribución de acuerdo a la gravedad clínica del 2% (grupo 1); 6,1% (grupo 2); 24,5% (grupo 3A) y 8,2% (grupo 3B). Un total de 21 pacientes (42,9%) presentaron schwannomas con morfología de placa, con una distribución del 0% (grupo 1); 2% (grupo 2); 30,6% (grupo 3A) y 10,2% (grupo 3B). Más del 50% de los pacientes presentaban schwannomas en forma de tumores profundos, con una mayor prevalencia también en las formas clínicas más graves: 2% (grupo 1); 6,1% (grupo 2); 30,6% (grupo 3A) y 12,2% (grupo 3B). Se realizó estudio genético en un total de 29 pacientes, consiguiendo su clasificación genética final en 23 (46,94%). Los pacientes con una peor clasificación genética mostraron una tendencia, pero no significativa, a una mayor frecuencia de schwannomas tipo placa.

**Conclusiones.** Las lesiones cutáneas son frecuentes en los pacientes con NF2 y son más habituales en aquellos con una mayor gravedad clínica y un inicio más precoz de la enfermedad. No ha podido demostrarse una clara correlación entre las lesiones cutáneas y la gravedad genética, en probable relación al pequeño tamaño muestral con estudio genético definitivo.

### 5. TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Garcias Ladaria<sup>a</sup>, O. Corral Magaña<sup>b</sup>, J. Boix Vilanova<sup>a</sup> y A. Martín Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. <sup>b</sup>Consorti Sanitari de Terrassa. Barcelona. España.

**Introducción.** La terapia fotodinámica intralesional (TFDil) consiste en la infiltración de un fotosensibilizante en la lesión y posterior irradiación con un láser de 630 nm que se introduce a través de una sonda. Se ha descrito para el tratamiento de la hidrosadenitis con resultados prometedores, aunque la evidencia es muy escasa.

**Material y método.** En esta comunicación describimos el resultado de 44 tratamientos que se llevaron a cabo desde febrero hasta octubre de 2019, así como sus complicaciones.

**Resultados.** Se trataron 37 pacientes y un total de 95 lesiones. Diez tratamientos se realizaron bajo sedación. En cinco pacientes se realizaron varios tratamientos en diferentes lesiones. Nueve tratamientos (20,5%) resultaron en la resolución de las lesiones tratadas, la mayoría con una cicatriz atrófica, 25 (56,8%) consiguieron mejorar el tamaño o la sintomatología de las lesiones, mientras que en 10 (22,7%) no las modificaron o las empeoraron. Los pacientes con una enfermedad más leve (Hurley II), así como las lesiones nodulares de pequeño tamaño respondieron mejor.

Los efectos adversos más frecuentes fueron enrojecimiento e inducción de las lesiones. Las quemaduras fueron prácticamente constantes. Ocho pacientes presentaron abscesos posteriores al tratamiento. Dos pacientes padecieron un cuadro pseudogripal con fiebre que duró 48 horas y otro paciente experimentó parestesias en miembro superior tras el tratamiento de una fístula axilar, que se resolvieron espontáneamente.

**Conclusión.** La TFDil fue útil en la mayoría de los pacientes tratados (77,3%). Sin embargo, la resolución completa tras una sesión se produjo solamente en 9 casos. Estos resultados son inferiores a los que describe la literatura. Además, los efectos secundarios que se observaron no están descritos en las series publicadas. La TFDil puede ser una herramienta más para el tratamiento de una enfermedad que supone hoy en día un reto terapéutico en muchos casos.

## 6. LA EDAD MODULA EL PRONÓSTICO DE LOS MELANOMAS GRUESOS Y ULTRAGRUESOS SIN METÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA

A. Boada García<sup>a</sup>, A. Tejera-Vaquero<sup>b</sup>, S. Ribero<sup>c</sup>, S. Puig<sup>d</sup>, D. Moreno Ramírez<sup>e</sup> y E. Nagore Enguidanos<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Instituto Dermatológico Globalderm. Palma del Río. Córdoba. España. <sup>c</sup>Medical Sciences Department. Section of Dermatology. University of Turin. Turin. Italia. <sup>d</sup>Unitat de Melanoma. Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. <sup>e</sup>Unidad de Melanoma. Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Introducción.** Los pacientes con melanomas gruesos (> 4mm) sin afectación metastásica del ganglio centinela (GC) son un grupo de alto riesgo aunque con un comportamiento heterogéneo.

**Objetivos.** Evaluar qué características clínicas y patológicas se asocian con el pronóstico de estos pacientes.

**Material y método.** Estudio observacional, multicéntrico retrospectivo usando datos recogidos de forma prospectiva en 5 centros de referencia. Se determinará las distintas características clínico-patológicas que se relacionan con la supervivencia libre de enfermedad (SLE), la supervivencia específica de melanoma (SEM) y la supervivencia global (SG).

**Resultados.** Se incluyeron 362 pacientes con melanoma grueso sin afectación del GC. Tanto la edad como el índice de Breslow demostraron ser predictores de la SLE, la SEM y la SG en el análisis univariante y multivariante. Con estas dos variables se construyeron grupos de riesgo y se elaboraron curvas de supervivencia. Pueden identificarse claramente dos grupos pronósticos. Uno de bajo riesgo formado por los pacientes de menos de 55 años, así como aquellos pacientes de entre 55 y 70 años con melanomas con índice de Breslow entre 4,01-6 mm, con SEM a los 5 años del 81,1-89,1%. Por el contrario, existe un grupo de alto riesgo formado por los pacientes mayores de 70 años así como por los pacientes de entre 55 y 70 años con melanomas de Breslow > 6 mm, con SEM a los 5 años, del 49,1-63,7%.

**Conclusiones.** El presente estudio permite identificar subgrupos de riesgo en pacientes con melanoma T4 sin afectación del GC. En la actualidad existen ensayos clínicos que evaluarán la eficacia de la terapia adyuvante en los pacientes con melanomas estadio IIB-IIC. Dado su pronóstico heterogéneo, la adyuvancia parece especialmente justificada en los subgrupos de mayor riesgo.

## 7. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES ACRALES: ESTUDIO CLÍNICO, HISTOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE 16 CASOS

E. Bernia Petit, C. Serra Guillén, C. Requena Caballero, B. Llombart Cussac, E. Nagore Enguidanos, A. Diago Irache, E. Ríos Viñuela, F. Mayo Martínez, C. Guillén Barona y O. Sanmartín Jiménez

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Los carcinomas epidermoide acrales son tumores poco frecuentes. Cuando aparecen a nivel del aparato ungueal, suelen localizarse bajo la lámina ungueal y presentar un lento crecimiento. La etiología exacta se desconoce. No obstante, se han relacionado con algunos subtipos de alto riesgo del virus papiloma humano (VPH), traumatismos crónicos y radiación ionizante. Clínicamente puede simular otras condiciones, como verrugas vulgares, onicomiosis, distrofia ungueal postraumática o exostosis. Llevamos a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro servicio de carcinoma epidermoide acral en un periodo de 10 años. Analizamos variables como: edad y sexo del paciente, tiempo de evolución, localización, tamaño, subtipo histológico, tratamiento recibido y recidivas posteriores, entre otros. Durante este periodo de tiempo, diagnosticamos 15 pacientes con 16 CEC acrales. El 75% eran varones (ratio hombre-mujer 3:1) con una edad media al diagnóstico de 64 años y un tiempo medio de evolución de 38 meses (2-180). La mayoría localizados en manos (86%), con ligero predominio derecho (58%). El 64% no habían recibido tratamiento previamente, un 21% habían sido intervenidos quirúrgicamente en otro centro y dos pacientes habían sido tratados con crioterapia (14%), por sospecha inicial de verruga vulgar. Las lesiones presentaron un diámetro medio de 16 x 11,7 mm. El subtipo histológico más frecuente fue el infiltrante (64%), seguido por el verrucoso (21%) e in situ (14%). La mayoría de los pacientes fueron tratados mediante cirugía de Mohs (72%), siendo necesarios una media de 1,6 estadios para asegurar bordes negativos. Los 2 pacientes con CEC in situ fueron tratados con linfoquimod 5% y en un caso fue necesario realizar una amputación de la primera falange por infiltración ósea. Tras un tiempo de seguimiento medio de 25 meses, solo un paciente presentó una recidiva (7%) y a otro se le realizó vaciamiento ganglionar por infiltración tumoral (7%). El CEC acral es un tumor poco frecuente. Debido a su variabilidad clínica, frecuentemente se retrasa su diagnóstico. A pesar de ello, las tasas de curación mediante el uso de cirugía de Mohs son elevadas, con baja tendencia a la recidiva local y diseminación a distancia.

## 8. CARCINOMA DE MERKEL: CASOS DIAGNOSTICADOS EN HOSPITAL COSTA DEL SOL DE 2005 A 2019

J. Martín Vera<sup>a</sup>, J. Bosco Repiso Jiménez<sup>a</sup>, I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>b</sup>, C. Salas Márquez<sup>a</sup>, D. Rodríguez Barón<sup>a</sup> y M. Colmenero Sendra<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

**Introducción.** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo maligno poco frecuente, con un curso muy agresivo caracterizado por alta recurrencia local, metástasis regionales ganglionares y a distancia. En España no existen registros a nivel nacional, por lo que los datos sobre epidemiología se extraen de series de datos. Nuestro objetivo fue analizar los casos diagnosticados de CCM en el área de dermatología de nuestro hospital.

**Pacientes y métodos.** Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados desde 2005 a 2019. Se recogieron características clínicas, histológicas, tratamiento y pronóstico.

**Resultados.** Se incluyó a 15 pacientes, 9 mujeres y 6 hombres, con mediana de edad de 81 años. De acuerdo a nuestros datos poblacionales, la incidencia es de 0,5 casos por millón de habitantes. La localización más frecuente fue cabeza y cuello. Al diagnóstico, el 40% se encontraban en estadio I, 33% estadio IIA y 26% estadio III. Se realizó exéresis quirúrgica en todos los casos y ganglio centinela en 8 de los pacientes, siendo positivo en el 50%. El 60% recibieron radioterapia y al 13% se le realizó linfadenectomía. El 50% de los casos progresaron, con fallecimiento de la mitad de estos. De los 8 pacientes que progresaron, 5 tenían lesiones con tamaño superior a

2cm, 3 con márgenes afectos, 2 con invasión linfovascular, 2 con ganglio centinela positivo y 5 presentaban metástasis ganglionares. En el momento actual, el 40% están libres de enfermedad con una media de seguimiento de 5 años.

**Discusión.** El CCM es un carcinoma cutáneo neuroendocrino con una incidencia en series españolas de 0,28 casos por millón de habitantes, la mitad de la incidencia de nuestra área. En la literatura se describe como factores de mal pronóstico la edad mayor de 70 años, localización diferente a miembro superior y factores histológicos, entre otros. El tamaño de la lesión al diagnóstico y las metástasis ganglionares son los principales factores pronósticos de progresión a enfermedad a distancia en nuestra serie, en concordancia con la literatura. Dada la baja incidencia, ausencia de registro y edad avanzada de los pacientes, no existe un consenso en cuanto a distintas modalidades terapéuticas. Sin embargo, el abordaje quirúrgico precoz y la radioterapia adyuvante pueden mejorar el pronóstico de este raro y agresivo tumor cutáneo.

## Comunicaciones libres pósteres

### 1. VALOR PREDICTIVO DE IMP3 EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE MELANOMAS CON BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA

R. Ruiz-Villaverde<sup>a</sup>, E. Ramírez-Moreno<sup>a</sup>, F.M. Almazán-Fernández<sup>a</sup>, C. Ramírez-Tortosa<sup>a</sup> y F. O'Valle Ravassa<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. <sup>b</sup>Universidad de Granada. Granada. España.

**Introducción.** Se han identificado altos niveles de IMP-3 en diferentes tipos de cáncer, incluyendo neoplasias hematológicas (leucemias), y tumores sólidos del páncreas, estómago, colon-recto, hígado y riñón, donde juega un papel importante en la proliferación celular, invasión, migración y metástasis. Su expresión también se ha demostrado en el melanoma maligno relacionándose una mayor expresión con el espesor de la infiltración de melanoma (índice de Breslow). Sin embargo, todavía no hay estudios que vinculen la expresión de IMP-3 en el tumor primario con la presencia de extensión a los ganglios linfáticos regionales. El objetivo de este proyecto es determinar la relación entre la expresión de la proteína IMP-3 en el melanoma cutáneo primario y la presencia de enfermedad metastásica en el BSGC. Esta asociación confirmaría el valor predictivo del IMP-3, permitiría individualizar las indicaciones de BSGC y personalizar el seguimiento del paciente.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo con muestras histológicas de pacientes diagnosticados con melanoma cutáneo en el área metropolitana de Granada, entre 2012 y 2018, con un procedimiento quirúrgico de biopsia de ganglios linfáticos centinela (BSGC) en el Hospital San Cecilio de Granada. Se han obtenido datos del Sistema de Información de la Unidad de Patología de nuestro hospital. El análisis estadístico se ha realizado a través del programa estadístico SPSS V.22.

**Resultados.** Nuestra muestra estaba constituida por 82 melanomas primarios sin afectación linfática (pN0) y 40 metastásicos (pN1). No hay diferencias en edad, sexo, ubicación o lateralidad entre los dos grupos. Hubo diferencias significativas con el nivel de Breslow, mitosis, pT y ulceración tal y como se ha comunicado en otros tumores en virtud a la literatura reportada. Ninguna de las variables cuantitativas siguió una distribución normal.

**Discusión.** El estudio de la expresión de IMP-3 en los melanomas cutáneos es un campo de investigación reciente y apenas explora-

do, que representa un elemento importante hacia un conocimiento creciente de una de las neoplasias cutáneas más agresivas.

### 2. MELANOMAS DE PEQUEÑO DIÁMETRO: EVALUACIÓN CLÍNICA DE 160 CASOS Y CORRELACIÓN CON LA INVASIVIDAD

A. Miguélez Hernández<sup>a</sup>, F.J. Bru Gorraiz<sup>b</sup>, A. Comunión Artieda<sup>b</sup>, T. Marusia Capusan<sup>a</sup>, A. Martín-Gorgojo<sup>b</sup>, M. Mayor<sup>c</sup>, Y. Delgado Jiménez<sup>a</sup> y Á. Pizarro Redondo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. <sup>b</sup>Centro Madrid Salud de Especialidades Médicas. <sup>c</sup>Hospital Universitario La Paz. <sup>d</sup>Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** Los melanomas pequeños (diámetro inferior a 6 mm) suponen un reto diagnóstico. La regla ABCDE adaptada a estos melanomas (A=asimetría, B=borde, C=color, D=darkness (oscuridad), E=evolución) muestra limitaciones. Estudiamos una serie de 160 casos evaluando la correlación entre algunos datos clínicos con énfasis en la regla ABCDE adaptada y la invasividad de las lesiones (in situ vs. invasivo).

**Métodos.** Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo de 160 melanomas pequeños confirmados histológicamente con imagen clínica y dermatoscópica.

**Resultados.** La edad media al diagnóstico fue de 47,12 años (14-84), con predominio del sexo femenino (91 casos, 56,68%). En 65 casos (40,63%) el diámetro de la lesión fue igual o inferior a 4 mm (micromelanomas). Las localizaciones más frecuentes fueron la espalda (41 casos, 25,63%) y los miembros inferiores (55 casos, 34,38%, 41 en mujeres). Las características más frecuentes de la regla ABCDE adaptada fueron la A (73 casos, 45,73%) y la C (72 casos, 45%). Tan solo 48 lesiones (30%) mostraron 3 o más características conjuntamente. Sesenta y ocho casos fueron invasivos (42,51%). Los melanomas invasivos fueron significativamente más frecuentes en pacientes más jóvenes ( $p < 0,05$ ), localizados en tronco anterolateral ( $p < 0,05$ ), con características B ( $p = 0,005$ ) y E ( $p = 0,017$ ) y en los pacientes no vigilados con dermatoscopia (DC) digital ( $p < 0,05$ ). No se relacionaron con la invasividad la presencia conjunta de más o menos características de la regla ABCDE, la sospecha clínica de melanoma ni el diámetro de las lesiones.

**Conclusiones.** Los melanomas pequeños según nuestro estudio se diagnostican con mayor frecuencia en nuestro medio en pacientes más jóvenes y en sexo femenino, destacando el número de melanomas pequeños en miembros inferiores de mujeres. La regla ABCDE clínica adaptada muestra grandes limitaciones. Algunos datos clínicos como son edad juvenil, ubicación en tronco anterolateral y características B y E aumentan la probabilidad de que el melanoma pequeño sea invasivo, aunque la mayor atipia global no se relaciona con la invasividad. La vigilancia con DC digital facilita detectarlos cuando son in situ. La ausencia de correlación entre diámetro e invasividad sugiere que algunos melanomas pequeños son intrínsecamente más invasivos desde fases muy tempranas de su desarrollo.

### 3. LA ESTADIFICACIÓN INICIAL DEL MELANOMA SEGÚN LA AJCC JUEGA UN PAPEL FUNDAMENTAL EN EL PATRÓN Y TIEMPO DE RECIDIVA. ESTUDIO DE COHORTE

S. Podlipnik<sup>a</sup>, S. Seda Ertekin<sup>a</sup>, C. Riquelme-Mc Loughlin<sup>a</sup>, A. Barreiro-Capurro<sup>a</sup>, C. Carrera<sup>a</sup>, J. Malveyh<sup>a</sup> y S. Puig<sup>a</sup>

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

**Antecedentes.** Hasta la fecha no existe mucha evidencia sobre los factores que afectan al patrón y el tiempo de la progresión tumoral en los pacientes afectos de melanoma cutáneo invasor. Esto es de

especial importancia, ya que un diagnóstico temprano de una recidiva puede aumentar las probabilidades de éxito de un tratamiento curativo y mejorar la supervivencia de los pacientes afectados de melanoma.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio es investigar el impacto que tiene el estadio inicial de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) sobre el patrón y tiempo de recidiva del melanoma. Además, se estudiará la supervivencia específica de melanoma posterior a la recidiva de la neoplasia.

**Métodos.** Estudio de cohorte unicéntrico, en el cual todos los datos fueron recogidos prospectivamente. El estudio incluyó pacientes entre enero de 1996 y diciembre de 2018 diagnosticados con melanoma cutáneo invasor en estadios IA-III de la AJCC. Como criterio de inclusión, solo aquellos pacientes que desarrollaron una progresión de la enfermedad fueron incluidos.

**Resultados.** Desarrollaron recidivas de melanoma 784 pacientes, 171 (21,8%) tenían una estadificación inicial I de la AJCC, 260 (33,2%) pertenecían al grupo II y 353 (45%) un estadio III. Los estadios de bajo riesgo de la AJCC al diagnóstico inicial del melanoma se asociaron con una mayor proporción de metástasis locorregionales y una menor proporción de metástasis distantes ( $p=0,01$ ). El tiempo medio hasta la metástasis disminuyó en los estadios más avanzados, siendo 3,32 años para el estadio I, 1,85 años para el estadio II y 1,19 años para el estadio III de la enfermedad ( $p<0,001$ ). Por otra parte pudimos observar que los pacientes diagnosticados con melanoma en estadio I tuvieron una mayor supervivencia específica del melanoma posrecidiva (2,42 años) que los pacientes diagnosticados con enfermedad en estadio II o III (2,27 y 1,70 años, respectivamente) ( $p=0,025$ ).

**Conclusión.** Los estadios del AJCC en el diagnóstico inicial del melanoma juegan un papel fundamental en el patrón de recurrencia, el tiempo hasta el desarrollo de una metástasis y en la supervivencia específica por melanoma posterior a la recurrencia. Los pacientes con estadios de bajo riesgo de la AJCC desarrollan metástasis más tardíamente, por lo que pueden necesitar períodos de seguimiento más largos para detectar una metástasis.

#### 4. LESIONES MELANOCÍTICAS CON GLÓBULOS EN PERIFERIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DERMATOSCÓPICAS Y POR MICROSCOPIA CONFOCAL DE UNA SERIE DE 154 PACIENTES

A. Pampín Franco, M. Vela-Ganuzo, H. Sanz Robles, R. Miñano Medrano, R. Gamero Villegas, E. Gómez de la Fuente, J. Martín Alcalde y J.L. López Esteban

*Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.*

Los glóbulos en la periferia (GP) en una lesión melanocítica indican su crecimiento. Es frecuente encontrar nevus con GP en niños y adolescentes, pero este hallazgo puede ser indicativo de melanoma en grupos de mayor edad. Hemos realizado un estudio observacional prospectivo de lesiones melanocíticas con GP recogidas de forma consecutiva durante 2 años en pacientes de alto riesgo de melanoma en seguimiento en dermatoscopia digital. Todas las lesiones se evaluaron con dermatoscopia y microscopía confocal y fueron extirpadas para estudio histológico independientemente de la impresión diagnóstica. Obtuvimos un total de 154 pacientes, 58 mujeres y 96 varones, de edad media 42,45 años (18,78-73,19). El 59,5% de lesiones tenían menos de un año de evolución y la mayoría eran menores de 6 mm, 132 fueron nevus melanocíticos sin atipia, 19 nevus displásicos y 3 melanomas (Breslow medio 0,6 mm). Los hallazgos dermatoscópicos más fuertemente asociados a nevus displásico o melanoma fueron la reaparición de GP tras su pérdida ( $p 0,01$ ), irregularidad de GP en forma o tamaño ( $p 0,000$ ), GP en menos del 25% de la lesión ( $p 0,002$ ), regresión azul-gris ( $p 0,013$ ), vascularización ( $p 0,000$ ), puntos ( $p 0,005$ ) y retículo

atípico ( $p 0,005$ ). La microscopía confocal en nevus displásico o melanoma mostró con mayor frecuencia células pagetoides en epidermis ( $p 0,000$ ), pagetoides abundantes ( $p 0,032$ ), predominio de pagetoides redondas o polimorfas ( $p 0,000$ ), papilas de contornos mal definidos ( $p 0,001$ ), patrón inespecífico en unión dermoepidérmica ( $p 0,002$ ), nidos compactos irregulares en periferia ( $p 0,019$ ), engrosamientos junturales atípicos ( $p 0,000$ ) y células atípicas en la unión ( $p 0,000$ ), especialmente abundantes ( $p 0,001$ ). Hasta el momento la mayoría de los autores abogaban por la extirpación de nevus con GP en pacientes por encima de la tercera década de la vida. Sin embargo, en la práctica diaria muchos pacientes mayores de 40 años presentan nevus de nueva aparición con GP que no son melanomas y pacientes jóvenes con melanomas con corona de glóbulos en periferia.

Con este trabajo demostramos que la dermatoscopia y la microscopía confocal son herramientas fiables para diferenciar melanomas de nevus melanocíticos con glóbulos en periferia, independientemente de la edad de los pacientes, incluso en pacientes de alto riesgo de melanoma en los que distinguir lesiones melanocíticas malignas de las benignas supone un reto constante.

#### 5. ESTUDIO DEL BUDDING TUMORAL COMO PREDICTOR DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO DE ALTO RIESGO

A. Diago Irache, C. Serra Guillén, C. Guillén Barona, E. Nagore Enguñanos, C. Requena Caballero, B. Llombart Cusac, E. Bernia Petit, E. Ríos Viñuela y O. Sanmartín Jiménez

*Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.*

**Introducción.** El budding tumoral es un hallazgo histológico que se define como la presencia en el estroma peritumoral de células tumorales aisladas o en grupos de hasta 4 células. Este hallazgo ha sido descrito como importante factor predictor de diseminación ganglionar en el carcinoma colorrectal o carcinoma escamoso de cavidad oral entre otros. Sin embargo, es escasa la evidencia sobre si este hallazgo supondría también un predictor de diseminación ganglionar en el carcinoma epidermoide de alto riesgo.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio caso-controles en el que se selecciona con pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo metastásicos y no metastásicos. Se estudiaron variables epidemiológicas e histológicas, y se valoró y cuantificó la presencia de budding.

**Resultados y discusión.** Se estudiaron un total de 54 pacientes (30 casos y 24 controles). Los grupos fueron comparables en cuanto a sexo, edad media y localización anatómica. La única variable que mostró diferencias significativas entre ambos grupos fue la presencia de budding, que estuvo presente en un 78% de los casos metastásicos y en solo un 37,5% de los no metastásicos. La presencia de budding multiplicaba por casi 6 la probabilidad del carcinoma epidermoide de metastatizar a ganglios. El resto de variables, como diámetro clínico, espesor tumoral o grado de diferenciación, no arrojaron diferencias significativas entre los grupos.

La única variable que se asoció significativamente a la presencia de budding fue la invasión perinervial. Ambas variables parecen representar el reflejo histológico de una serie de cambios genéticos en el frente de invasión tumoral que llevaría a una transición epiteliomesenquimal, y en último término a mayor agresividad e invasividad tumoral.

**Conclusiones.** El budding tumoral parece ser también un factor histológico de alto riesgo de diseminación ganglionar en el carcinoma epidermoide cutáneo. Queda por determinar los cambios genéticos responsables de este hallazgo así como si sería necesario un seguimiento más estrecho de los pacientes que exhiban esta característica histológica.

## 6. EL MICROAMBIENTE TUMORAL AGRESIVO Y EL BUDDING COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

J. Cañueto Álvarez<sup>a</sup>, M. Mendiburu-Eliçabe<sup>b</sup>, L.A. Corchete Sánchez<sup>c</sup>, N. García-Sancha<sup>b</sup>, R. Corchado Cobos<sup>b</sup>, A. Conde Ferreirós<sup>a</sup>, E. Cadeños Álvarez<sup>a</sup>, Á. Viñolas Cuadros<sup>a</sup>, L. Puebla Tornero<sup>a</sup>, D. Revilla Nebreda<sup>a</sup>, Á. Santos-Briz Terrón<sup>d</sup>, J. Pérez Losada<sup>b</sup> y C. Román Curto<sup>a</sup>

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

**Introducción.** Recientemente, el microambiente tumoral ha adquirido un mayor interés en el CEC. Algunos estudios han demostrado valor pronóstico de la desmoplasia, de ciertas características del estroma, ausencia de infiltrado peritumoral y del budding.

**Objetivos.** Nos propusimos identificar subgrupos pronósticos en el CEC a partir de características del microambiente y budding tumoral.

**Métodos.** Evaluamos las características del microambiente tumoral en una serie de 190 casos de CEC primario y el resto de variables clínico-patológicas con valor pronóstico en el CEC. Respecto al microambiente, nos centramos en la evaluación del infiltrado peritumoral y del estroma (características y presencia de desmoplasia). Se realizó un multidimensional scaling analysis (MDS), con el índice de Jaccard como medida de la distancia, con las variables del microambiente y el budding como variables de partida, para identificar agrupaciones de los tumores por sus características.

**Resultados.** Las variables clínico-patológicas de mal pronóstico se asociaron a un pronóstico desfavorable, incluyendo el budding y las que empleamos para definir el microambiente tumoral. Al observar la relación de las variables entre sí, se vio una gran colinearidad del budding y las variables del microambiente entre sí, lo que justificaba intentar agruparlas. El MDS identificó 3 clústeres. Uno caracterizado por la ausencia de factores de riesgo, otro por la presencia de 1-2 y un tercero por la presencia de 3-4 factores de riesgo. Al evaluar el pronóstico de los grupos identificados se comprobó que existía un pronóstico diferencial para todos los eventos de interés. Se construyó una variable que recopilaba las características del microambiente tumoral y el budding, con tres categorías. La regresión de Cox demostró que las características del microambiente tumoral y el budding en combinación se identificaron como factores de riesgo independiente, junto con la invasión perineural (AJCC8).

**Conclusiones.** Hay evidencia estadística para sugerir que la ausencia de infiltrado peritumoral, el estroma agresivo, la presencia de desmoplasia y el budding identifican subgrupos pronósticos en el CEC. Así la presencia de 3-4 de estos factores de riesgos confiere un alto riesgo de recaída (especialmente si los 4 factores se encuentran presentes), mientras que la ausencia de estos se asocia a un pronóstico favorables.

## Videos

### 1. COLGAJO CONDROCUTÁNEO DE TRASPOSICIÓN DE LA CONCHA PARA DEFECTOS DEL TERCIO SUPERIOR AURICULAR

Juan Jiménez Cauhé, Darío de Perosanz Lobo, Oscar M. Moreno Arrones, Luis Ríos y Sonia Bèa Ardebol

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Antecedentes:** Los defectos en el tercio superior auricular suponen un reto en cirugía dermatológica. Ante defectos grandes de espesor total (mayores de 2cm, con resección del cartilago), la reconstrucción es aún más complicada y requiere injertos o colgajos condrocutáneos para dar soporte cartilaginoso. El colgajo condrocutáneo de transposición de la concha fue descrito por Davis en un simposio en 1974 y, desde entonces, existen pocas publicaciones sobre esta técnica.

**Material y métodos:** Presentamos 4 pacientes en los que se realizó un colgajo condrocutáneo de transposición de la concha. Tres pacientes presentaban un defecto de piel y cartilago, mayor de 2 cm, en la zona del antehelix y fosa triangular, con respeto del hélix. Un paciente presentaba un defecto total de todo el tercio superior tras resección en bloque de un carcinoma espinocelular. Se realiza una incisión en los límites de la concha, incluyendo sus dos partes (cymba y cavidad), respetando la raíz de hélix que servirá como pedículo vascular. Posteriormente se realiza la disección del colgajo que incluye piel y cartilago, insistiendo en la zona de la raíz del hélix para dar movilidad al colgajo. Se realiza entonces la transposición y se sutura por planos. El defecto secundario en la concha se puede cubrir con un injerto, pero en nuestra experiencia la cicatrización por segunda intención es rápida y estética.

**Resultados:** el resultado estético y funcional en nuestra serie de pacientes fue muy bueno, con una alta satisfacción de los pacientes. Ningún paciente presentó complicaciones reseñables en el postoperatorio. Además, la dificultad y el tiempo de ejecución de este colgajo fue menor que el de otras opciones reconstructivas para este tipo de defectos.

**Conclusión:** el colgajo condrocutáneo de transposición de la concha es una opción reconstructiva excelente para el tercio superior auricular, especialmente para defectos que respetan el hélix.

### 2. COLGAJO AURICULAR PLEGADO PARA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO AURICULAR COMPLEJO

Blázquez-Sánchez N y Fernández-Canedo MI

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol (Marbella).

Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Consulta por carcinoma espinocelular infiltrante y moderadamente diferenciado ocupando todo el lóbulo auricular derecho, de rápido crecimiento y 4 meses de evolución. La lesión fue extirpada quirúrgicamente mediante técnica de Mohs en diferido, obteniéndose márgenes libres de tumor en el primer pase quirúrgico. El defecto quirúrgico resultante afectaba al lóbulo auricular de forma completa, así como a parte de piel y tejido celular subcutáneo de la zona pre e infraauricular.

La reconstrucción quirúrgica se llevó a cabo mediante el diseño de una plastia de trasposición de la mejilla, en la zona inmediatamente anterior al defecto generado. La parte anterior de dicho colgajo se empleó para proporcionar cobertura del defecto infra/preauricular, mientras que la parte distal del colgajo fue replegada sobre sí misma para reproducir la forma del lóbulo auricular. Se realizó un cierre por planos empleando sutura reabsorbible 3/0 y monofilamento no reabsorbible 5/0.

En el postoperatorio inmediato no se detectaron signos de infección, aunque sí ligero sufrimiento del colgajo en su porción más distal. Por este motivo, se inició tratamiento con Sildenafil a dosis de 25mg diarios durante 5 días, obteniéndose resolución de la necrólisis superficial en una semana. El paciente obtuvo buenos resultados cosméticos y funcionales tanto a corto como a largo plazo.

Se presenta el colgajo de trasposición plegado como una alternativa a considerar para el cierre de defectos de lóbulo auricular que se extienden a otras unidades anatómicas. A pesar de su potencial riesgo de necrosis distal, destacamos como ventaja principal de

esta técnica su realización en un solo tiempo y sus adecuados resultados cosméticos en la reconstrucción de esta zona anatómica.

### 3. ECOGRAFÍA Y CIRUGÍA EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

Luis Salvador Rodríguez, Carlos Cuenca Barrales, Trinidad Montero Vilchez, Jesús Tercedor Sánchez, Salvador Arias Santiago y Alejandro Molina Leyva

La cirugía en la hidradenitis supurativa se asocia con altas tasas de recurrencia, las cuales son variables en función de la técnica empleada. La delimitación del área quirúrgica únicamente por medio de la exploración clínica puede ser inadecuada en un alto porcentaje de casos, al no permitirnos detectar la enfermedad subclínica, pudiendo ser este uno de los motivos principales de esta alta tasa de recidiva. El empleo prequirúrgico de la ecografía cutánea de alta resolución nos permite delimitar mejor la zona a intervenir y así evitar dejar enfermedad residual tras la misma. Para ello en primer lugar se debe marcar clínicamente los márgenes de la zona a extirpar, para posteriormente realizar un barrido ecográfico sobre cada uno de estos márgenes, en busca de la mencionada enfermedad subclínica. Esto nos permitirá disminuir la tasa de recidivas por persistencia de enfermedad tras la operación. En el vídeo presentado se exponían las dos situaciones posibles: en primer lugar, un caso en el que la delimitación clínica fue óptima y al realizar el estudio ecográfico se corroboró que los límites marcados contenían toda la lesión; y un segundo caso en el que tras la delimitación clínica, la exploración ecográfica detectó que la fístula a tratar se extendía en profundidad más allá de los márgenes marcados, lo cual nos habría llevado a una intervención quirúrgica incompleta. Dado el buen manejo que tenemos los dermatólogos de la ecografía cutánea, abogamos por generalizar el empleo de la misma antes de intervenir quirúrgicamente a los pacientes con hidradenitis supurativa, de cara a minimizar cirugías insuficientes y recurrencias postquirúrgicas.

### 4. CANTOPEXIA INTERNA MEDIANTE SISTEMA DE ANCLAJE ÓSEO

Rubén Linares Navarro, Claudia Cecilia Olmos Nieva, Héctor Perandones González, Víctor Onecha Vallejo y Manuel Ángel Rodríguez Prieto

*Centro: Complejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Dermatología.*

Se presenta el caso de un paciente con un carcinoma triquilemal recidivante en párpado superior. Ya había sido intervenido previamente y presentaba una oclusión palpebral incompleta. Se consideró candidato para cirugía de Mohs, siendo necesarios dos pases para obtener bordes libres.

Para el cierre del defecto resultante fue necesaria la reconstrucción del canto interno, siendo la técnica elegida un sistema de anclaje óseo. Estos sistemas incluyen un arpón que se fija al hueso, el cual está cargado en un dispositivo de inserción y unido a una sutura con agujas en sus dos extremos.

Los pasos a seguir fueron: la localización del punto de inserción del tendón cantal medial, la inserción de la broca en el hueso, la fijación del anclaje al mismo y en último lugar, la sutura del borde palpebral y el ajuste de la tensión.

El punto de inserción del tendón cantal medial se localiza habitualmente dos milímetros por debajo de la altura del canto externo, en el área posterosuperior de la cresta lacrimonasal anterior.

Una vez concluida la cantopexia, se procedió a la cobertura del defecto con un colgajo lobulado de vertiente nasal y mejilla.

El resultado postoperatorio fue estética y funcionalmente aceptable.

### 5. COLGAJO EN PUERTA GIRATORIA MODIFICADO

Héctor Perandones González, Paula Fernández Canga, Rubén Linares Navarro, Claudia Cecilia Olmos Nieva, Víctor Onecha Vallejo y Manuel Ángel Rodríguez Prieto

*Servicio Dermatología del Complejo Asistencial Universitario de León.*

El colgajo en puerta giratoria es una técnica para la reconstrucción de defectos en la concha auricular y antihélix. Se trata de un colgajo de pedículo subcutáneo, con su eje a lo largo del surco retroauricular y un diseño circunferencial en la zona retroauricular de igual tamaño al defecto, que se tuneliza a través del cartilago para cubrir la zona receptora. Bien ejecutado presenta una excelente viabilidad y buenos resultados estéticos. Sin embargo, es común la pérdida del ángulo aurículocefálico, pudiendo quedar la oreja aproximada a la región mastoidea al cerrar la zona dadora. Presentamos la reconstrucción de un defecto circular que incluye cartilago en antihélix, con un diseño modificado de la puerta giratoria que permite aportar tejido a la cara posterior del pabellón auricular y minimiza esta complicación. Comenzamos el diseño marcando en la zona posterior del pabellón auricular el tamaño del colgajo con la ayuda de la transiluminación. Al igual que en una puerta giratoria convencional, el eje del círculo se sitúa en el surco retroauricular. A este diseño hemos añadido un tercer semicírculo invertido a modo de imagen especular en la región mastoidea. Diseñamos el colgajo en el plano subcutáneo respetando el pedículo del surco retroauricular que además funciona como bisagra. El colgajo se voltea a través del defecto y se sutura con seda 4/0. La zona de unión de la imagen especular con el círculo es desepitelizada, ya que va a quedar enterrada en el hélix. De esta manera, el tercer semicírculo queda plegado, aportando tejido en la cara posterior del pabellón auricular. Finalmente, la zona dadora se cierra como una doble M plástica, despegando en zona mastoidea si es necesario. Presentamos postoperatorio inmediato y a las ocho semanas en el que observamos una adecuada proyección del pabellón auricular y simetría con la oreja contralateral.

### 6. COLGAJO MEDIO FRONTAL ASOCIADO A INJERTO DE PIEL TOTAL

Claudia Olmos Nieva, Rubén Linares Navarro, Héctor Perandones González, Jose Castiñeiras González y Manuel Ángel Rodríguez Prieto

*Servicio Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León.*

Las aplicaciones del colgajo frontal en la cirugía de los defectos nasales son bien conocidas, casi la totalidad de las sub-unidades nasales pueden ser reconstruidos satisfactoriamente. Su técnica es sencilla y las complicaciones de la zona donante escasas. El color de la piel, su textura y la posibilidad de obtener una amplia cantidad de tejido, lo hacen de primera elección en la reconstrucción de defectos cutáneos nasales extensos. Se ha propuesto para defectos alares mayores de 1,5 cm, para defectos mayores de 2,5 cm que afecten cualquier subunidad nasal o defectos que involucren varias sub-unidades nasales.

Existen casos en que es posible la conservación del esqueleto óseo-cartilaginoso nasal subyacente y otros en que solo es posible preservar el esqueleto de algunas subunidades adyacentes.

Presentamos un caso de reconstrucción de dorso y punta nasal luego de cirugía de Mohs debido a un carcinoma basocelular. El defecto a cubrir comprometía también la pared superior de ambas narinas. Se diseñó un colgajo medio frontal con base en la arteria supratroclear ipsilateral y se realizó un injerto de piel total en el mismo colgajo, con el fin de reconstruir la mucosa nasal al realizar la rotación de este y su ubicación definitiva en dorso y punta nasal.

**Conclusiones:** Consideramos el colgajo frontal una opción reconstructiva de primera línea en el tratamiento de defectos nasales cutáneos extensos, y proponemos la asociación de injerto de piel total en aquellos casos en los que el defecto a cubrir sea de espesor total y se encuentre preservado el esqueleto cartilaginoso de las subunidades adyacentes.

## 7. DRENAJE ECOGUIADO DE LOS SEROMAS POSTQUIRÚRGICOS

Manuel Sánchez-Díaz, Luis Salvador-Rodríguez y Jesús Tercedor-Sánchez

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

**Introducción:** La aparición de seromas postquirúrgicos es una complicación relativamente frecuente de la biopsia selectiva de ganglio centinela.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 39 años que consultó por una lesión pigmentada sospechosa en zona lumbar derecha. Tras realizar exéresis, el diagnóstico fue el de melanoma de extensión superficial con un espesor de Breslow de 1.1 milímetros, por lo que se decidió realizar ampliación de la cicatriz hasta completar 1 centímetro de margen de seguridad y realizar biopsia selectiva de ganglio centinela. Se extirpó un ganglio de la zona axilar derecha. Un mes después de la cirugía, acudió a consulta por la aparición de una tumoración blanda sin signos inflamatorios sobre la cicatriz de la biopsia ganglionar de la axila derecha.

**Técnica quirúrgica:** En la ecografía realizada en consulta se observó una estructura redondeada hipoecogénica que no mostró vascularización en su interior con el estudio doppler. Con el diagnóstico de seroma, se procedió al drenaje ecoguiado de la colección. Una vez localizada la lesión, se introdujo una aguja de calibre 21G bajo control ecográfico hasta el interior de la misma y se aspiró su contenido, obteniendo un líquido claro de aspecto seroso, con una disminución progresiva del tamaño de la lesión.

**Conclusión:** El uso de la ecografía para el drenaje de colecciones postquirúrgicas facilita la localización adecuada de las lesiones, evitando las punciones incorrectas y permite asegurar mediante visualización directa la evacuación completa de la colección.

## 8. RECONSTRUCCIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR RETROAURICULAR: ¿DE DÓNDE SACO LA PIEL?

Alejandra Tomás-Velázquez y Pedro Redondo

*Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.*

Proponemos la reconstrucción de un defecto retroauricular post-extirpación de carcinoma basocelular con un colgajo bilobulado. En la región posterior del pabellón auricular no encontramos piel sobrante que facilite la realización de colgajos contando exclusivamente con esa localización. Por otro lado, cuando los defectos son profundos e incluyen el pericondrio, los injertos no son una opción dada la ausencia de vascularización.

Para estos casos de defectos profundos y de mayor tamaño en la región posterior del pabellón auricular en los que el cierre directo no es posible proponemos el colgajo bilobulado teniendo en cuenta las siguientes consideraciones. El primer lóbulo debe localizarse adyacente al defecto en la región posterior del pabellón auricular. El segundo lóbulo debe diseñarse en la región temporal retroauricular directamente adyacente al pabellón, donde encontramos unos centímetros de piel no pilosa. Debemos respetar la línea de implantación para no transponer pelo y comprobar mediante una maniobra de pellizco que el defecto ocasionado en esta localización podrá cerrar de forma directa. Dado que el defecto a reconstruir es profundo, los colgajos deberán labrarse igualmente en un plano profundo, presentando un espesor semejante al del defecto.

En el video puede visualizarse la intervención bajo anestesia local, la extirpación de la lesión y el diseño y realización del colgajo presentado, así como el resultado inmediato al finalizar la cirugía y a los 3 y 10 días posteriores.