

reunion-gecidoc.aedv.es

24 y 25 de Noviembre, 2017

Kursaal - Palacio de Congresos Auditorio

Donostia - San Sebastián



REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL
**Dermatología Quirúrgica,
Láser y Oncología Cutánea
de la AEDV**

© San Sebastián Turismo & Convention Bureau



Viernes, 24 de Noviembre de 2017

**TALLER DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR Y
OTROS SUSTOS EN DERMA**

**CURSO DE ANESTESIA
PARA DERMATÓLOGOS**



Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea



PROGRAMA FINAL

Resumen de Ponencias y Comunicaciones



Índice

Bienvenida	5
<hr/>	
Programa	6
<hr/>	
Viernes, 24 de Noviembre	6
Sábado, 25 de Noviembre	10
Listado de ponentes	15
<hr/>	
Resúmenes de Ponencias	17
<hr/>	
Resúmenes Comunicaciones Orales	
<hr/>	
Oncología	23
Cirugía	31
Láser	37
Resúmenes Pósteres	
<hr/>	
Oncología	41
Cirugía	65
Láser	81
Vídeos	
<hr/>	
III Concurso de Vídeos en Cirugía Dermatológica	85
Planos de la Sede - Expositores	92
<hr/>	
Información General	95
<hr/>	
Espónsores, Expositores y Colaboradores	96
<hr/>	



Que sus pacientes miren la vida

CON BUENA CARA

Erivedge® es el tratamiento del CBC avanzado* que da la cara por los pacientes.

En el CBCla** **Erivedge®**,
una elección que suma

1 de cada 3

pacientes con resolución completa de todas las lesiones¹.

23 meses

de mediana de duración de la respuesta².

Control de la enfermedad en el 92,9% de los pacientes con CBC avanzado^{2†}.

92,9%

3,7 meses

de mediana hasta alcanzar una respuesta².

Datos obtenidos en ensayo STEVIE^{1,2}

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional; es prioritaria la notificación de sospecha de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

CBC: carcinoma basocelular. *CBC avanzado: CBC localmente avanzado y CBC metastásico. **CBCla: carcinoma basocelular localmente avanzado. †CBC localmente avanzado y CBC metastásico.

Bibliografía: 1. Basset-Seguín N, *et al.* Vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (STEVIE): a pre-planned interim analysis of an international, open-label trial. *Lancet Oncol.* 2015;16(6):729-36. 2. Hansson J, *et al.* Vismodegib, a Hedgehog Pathway Inhibitor in Advanced Basal Cell Carcinoma: STEVIE Study Primary Analysis in 1215 Patients. Presentado en ASCO 2016, 3-5 junio 2016, Chicago, EE UU. Póster 9532. Disponible en: <http://bit.ly/1ZdYcQB>



REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL
**Dermatología Quirúrgica,
Láser y Oncología Cutánea de la AEDV**

¡Bienvenidos a Donostia!

Estimados amigos y compañeros,

Bienvenidos a la **XXX Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV**.

Para esta nueva edición se ha diseñado un programa que atiende las novedades más destacadas, los aspectos menos actualizados en las últimas reuniones de Grupo y todo aquello que sus miembros y los asistentes a las anteriores reuniones han señalado como prioritario en las encuestas.

Donostia-San Sebastián, es una espléndida ciudad donde naturaleza, arte, gastronomía y la cordialidad de sus ciudadanos, permiten disfrutar a los viajeros de una inolvidable experiencia. Incluso si la conoces, y también para aquellos que la conocen mucho, cada nueva visita permite descubrir nuevos rincones, y perspectivas, descubrir nuevas experiencias y establecer nuevas relaciones.

Este año la cena de la reunión consistirá en un tour de pintxos por el barrio antiguo, donde podréis descubrir las especialidades más emblemáticas de la gastronomía donostiarra y por el formato de la cena, tener la oportunidad de relacionaros con el resto de asistentes.

Tenemos ilusión en ofrecer una reunión rentable en lo profesional y atractiva en lo social. Que pase el tiempo y recordemos con agrado estos días.

Ongi etorri!!

Jorge Soto de Delás
Coordinador de la Reunión

Pedro Redondo Bellón
Coordinador del GECIDOC

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





PROGRAMA

Viernes, 24 de Noviembre

09:30 Registro y entrega de la documentación ▶ Secretaría
10:00

10:00 TALLER DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y OTROS SUSTOS EN DERMA ▶ Salas B y C

13:00 Ponentes ▼
Edurne Bedia Del Río
Julen Unzueta Serrano

11:00 Pausa café

11:15

10:00 CURSO DE ANESTESIA PARA DERMATÓLOGOS ▶ Sala 10ª

13:16 Coordinador ▶ Juan Sánchez Estella

10:00 **Bases teóricas: Anestésicos locales y coadyuvantes**

10:35 Martina Espasandín Arias

10:37 **Anestesia tópica y local: Principales técnicas y manejo de sus complicaciones**

11:12 Gonzalo Nieto González

11:12 Pausa café

11:27

11:27 **Anestesia tumescente**

12:02 Carlos Mendoza Chaparro

12:04 **Bloqueos anestésicos de cabeza y cuello. Utilización y referencias anatómicas**

12:39 Juan Sánchez Estella

12:41 **Bloqueos anestésicos en extremidades. Utilización del ecógrafo. Sedación en cirugía dermatológica**

13:16 Fermín Haro Sanz

13:30 Comida libre

14:00 Registro y entrega de la documentación ▶ Secretaría

15:00 INAUGURACIÓN OFICIAL ▶ Sala de Cámara

15:15 Pedro Jaén Olasolo. Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Pedro Redondo Bellón. Coordinador del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea (GECIDOC)

Jorge Soto de Delás. Coordinador de la XXX Reunión del GECIDOC

PROGRAMA

Viernes, 24 de Noviembre

ONCOLOGÍA

- 15:15** **TEMAS ONCOLÓGICOS** ▶ Sala de Cámara
16:15 Moderadores ▶ Elena Aramburu Aguirre
Jose Zubizarreta Salvador
- 15:17** **Seguimiento del paciente oncológico: Utilidad de las pruebas de imagen**
15:29 Onofre Sanmartín Jiménez
- 15:31** **Afinando en el diagnóstico del cáncer de piel: Nuevas técnicas y tests pronósticos**
15:43 Susana Puig Sardà
- 15:45** **Ganglio centinela en el cáncer cutáneo no melanoma**
15:57 Beatriz Llombart Cussac
- 15:59** **Nevus congénito gigante. Conclusiones de una serie de 125 pacientes**
16:11 Carmen Ceballos Rodríguez
- Discusión
- 16:15** **SIMPOSIO COMERCIAL** ▶  ▶ Sala de Cámara
AKFAS y campo de cancerización, simplificando el diagnóstico de la queratosis actínica
Andrés Ruiz de Casas
- 16:45** **¿CÓMO TRATARÍA USTED? CASOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS** ▶ Sala de Cámara
17:15 Moderadoras ▶ Elia Samaniego González y Susana Vildósola Esturo
Ponentes ▶ Javier Cañueto Álvarez, Marta Ivars Lleó, Elia Samaniego González y Agustí Toll Abelló
- 17:15** Café, visita a la Exposición y **PÓSTERES DE ONCOLOGÍA (P01-P045)** ▶ Salón de Banquetes
- 17:45** **ACTUALIZACIÓN EN LINFOMA CUTÁNEO** ▶ Sala de Cámara
18:30 Moderador ▶ Ramon M. Pujol Vallverdú
- 17:47** **Linfomas cutáneos. Clasificación y novedades**
17:59 Ramon M. Pujol Vallverdú
- 18:01** **Aspectos prácticos en el manejo de los linfomas cutáneos de células T**
18:13 Ricardo Fernández de Misa Cabrera
- 18:15** **Aspectos prácticos en el manejo de los linfomas cutáneos de células B**
18:27 Octavio Servitje Bedate
- Discusión



PROGRAMA

Viernes, 24 de Noviembre

18:30 COMUNICACIONES ORALES ONCOLOGÍA ▶ C01 a la C012 ▶ Sala de Cámara

20:00 Moderadores ▶ David Moreno Ramírez y Anna Tuneu Valls

18:30 - 18:32 **Presentación**

18:32 - 18:37 **C01. DISECCIÓN GANGLIONAR EN EL PACIENTE CON MELANOMA ESTADIO III. SUPERVIVENCIA Y FACTORES DETERMINANTES DE SUPERVIVENCIA**

Constanza Riquelme-Mc Loughlin¹, A. Boada², S. Podlipnik¹, S. Puig^{1,3}, D. Moreno-Ramírez¹

(1) Unidad de Melanoma, Departamento de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona; (2) Unidad de Melanoma, Departamento de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Universitat Autònoma de Barcelona; (3) Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona.

18:38 - 18:43 **C02. VISMODEGIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. SERIE DE CASOS**

Ramon Pigem, Antoni Bennàssar, Sebastián Podlipnik, Javiera Pérez-Anker, David Moreno-Ramírez.

Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona

18:44 - 18:49 **C03. COMPARACIÓN DE LA OCTAVA Y LA SÉPTIMA EDICIONES DEL SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL AJCC PARA EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Javier Cañueto Álvarez, Alex Viñolas Cuadros, David Moyano Bueno, Alberto Conde Ferreirós, Concepción Román Curto.

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

18:50 - 18:55 **C04. DETERMINANTES DEL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Teresa Monserrat García, J.J. Pereyra Rodríguez, R. Corbí Llopis, I. De Alba Rioja, J. Conejo-Mir Sánchez.

UGC de Dermatología y Venereología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

18:56 - 19:01 **C05. LA EXPRESIÓN DE PD-L1 TUMORAL SE CORRELACIONA CON METASTASIS GANGLIONARES EN LOS CARCINOMAS DE CELULAS ESCAMOSAS CUTÁNEOS DE CABEZA Y CUELLO**

Jorge Santos-Juanes Jiménez¹, Pablo Munguía Calzada¹, M. Paz González Gutiérrez², Cristina Galache Osuna¹, Francisco Vázquez López¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

19:02 - 19:07 **C06. PATRONES DE DETECCIÓN DE MELANOMA Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS ¿ES ÚTIL EL CRIBADO POBLACIONAL?**

Adrián Diago, Laura Calomarde, Bernardo Bancalari, Celia Requena, Eduardo Nagore. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

19:08 - 19:13 **C07. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA EXTENSIÓN SUBCLÍNICA Y RECIDIVA DE LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE PIRÁMIDE NASAL DURANTE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS**

Onofre Sanmartín Jimenez y Beatriz Llombart.

Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

19:14 - 19:19 **C08. DISEMINACIÓN LINFÁTICA Y DISEMINACIÓN HEMATÓGENA EN MELANOMA CUTÁNEO. ESTUDIO LONGITUDINAL DE 1.177 PACIENTES**

Eduardo Nagore, Laura Calomarde, Sonia Ferrer, Celia Requena, Víctor Traves. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

19:20 - 19:25 **C09. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE CON METÁSTASIS GANGLIONAR MICROSCÓPICA Y MACROSCÓPICA: TOMA DE DECISIONES EN UNIDADES DE MELANOMA**

David Moreno-Ramírez¹, F. Almazán², A. Boada³, D. Bodet⁴, R. Botella⁵, G. Carretero⁶, A. Fernández-Orland⁷, E. Fonseca⁸, E. Herrera⁹, E. Nagore¹⁰, P. Ortiz¹¹, P. Redondo¹², L. Ríos-Buceta¹³, E. Samaniego¹⁴, M. de Troya¹⁵, J. Malveyh¹.

Viernes, 24 de Noviembre

(1) Unidad de Melanoma. Hospital Clínic, Barcelona; (2) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Parque Tecnológico de la Salud. Granada; (3) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona; (4) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona; (5) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia; (6) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria; (7) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; (8) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña; (9) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga; (10) Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia; (11) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; (12) Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona; (13) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; (14) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de León. León; (15) Área de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

- 19:26 - 19:31 **CO10. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 44 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN UN HOSPITAL TERCIARIO**
Nicolás Iglesias Pena¹, Sabela Paradelo de la Morena¹, Laura López Solache², Vanesa Balboa Barreiro³, Eduardo Fonseca Capdevila¹.
(1) Servicio de Dermatología, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña; (3) Unidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña.
- 19:32 - 19:37 **CO11. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 60 CASOS**
Laura Calomarde Rees, Beatriz Llombart Cussac, Carlos Serra Guillén, Carlos Guillén Barona, Onofre Sanmartín Jiménez.
Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.
- 19:38 - 19:43 **CO12. CASOS DESAFIANTES EN CIRUGÍA DE MOHS**
Pablo Umbert y Mònica Quintana.
Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona.

20:00 VOTACIÓN A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE ONCOLOGÍA ▶ Sala de Cámara

20:30 CENA DE LA REUNIÓN ▶ Tour de Pintxos (Incluida en la cuota de inscripción)
Tendrán a su disposición un mapa de San Sebastián de la Ruta de Pintxos, con los bares dónde podrán descubrir las especialidades más emblemáticas de la gastronomía donostiarra. Estos bares, ubicados en la parte antigua, estarán esperándoles de las 20:30 hasta las 23:30 horas.
No hay reglas: Pueden disfrutar de cualquier bar que figure en el listado, cuando les apetezca y en el orden que deseen.
En cada bar habrá una Guía Local, actuando de anfitriona, que podrán reconocer fácilmente por su pañuelo amarillo.



PROGRAMA

Sábado, **25 de Noviembre**

CIRUGÍA

08:30 III CONCURSO DE VÍDEOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA ▶ V1 a V12 ▶ Sala de Cámara

09:45 Moderadores ▶ Pedro Redondo Bellón y Luis Ríos Bucet

08:30 - 08:32 **Presentación**

08:33 - 08:37 **V1. TRATAMIENTO COMBINADO DE NEUROFIBROMA DIFUSO FRONTOPARIETAL CON EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA Y CIRUGÍA**

Elia Samaniego González¹, Eduardo Varas Meis¹, Ana Fernández Martínez², Noemí Eiris Salvado¹, Manuel Ángel Rodríguez Prieto¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Radiología Vasculat, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

08:38 - 08:42 **V2. COLGAJO EN PUZZLE**

Laura Francés Rodríguez, Pedro Lloret Luna, Ana Ramírez Bosca, Antonio Martínez Torres. Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante.

08:43 - 08:47 **V3. OPTIMIZACIÓN DEL CIERRE DIRECTO CON SUTURA BARBADA. UNA PERLA A CONOCER**

Ramon Pigem, Javiera Pérez-Anker, Andrea Combalia, Antoni Vilalta, Antoni Bennassar. Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona.

08:48 - 08:52 **V4. TIRA TARSAL LATERAL PARA CORRECCIÓN DEL ECTROPIÓN EN PACIENTE CON ICTIOSIS LAMELAR**

Antonio Martínez López¹, Luis Salvador Rodríguez¹, Salvador Arias Santiago¹, Carlos Gálvez Prieto-Moreno², Jesús Tercedor Sánchez¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

08:53 - 08:57 **V5. RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL INFERIOR MEDIANTE "COLGAJO TRIANGULAR DE MUTAF"**

Paula Fernández Canga, Eduardo Varas Meis, José Castiñeiras González, Martina Espasandín Arias, Manuel Ángel Rodríguez Prieto. Complejo Asistencial Universitario de León, León.

08:58 - 09:02 **V6. RECONSTRUCCIÓN SUBTOTAL DE LA PIRÁMIDE NASAL**

Alberto Romo Melgar, Concepción Román Curto, Ignacio Tormo Alfaro, Nuria Villamarín Bello, Leire Sánchez Los Arcos.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

09:03 - 09:07 **V7. CIRCUNCISIÓN: INDICACIONES Y TÉCNICAS**

Francisco Javier Vázquez Doval

Dermaclinic, Logroño, La Rioja.

09:08 - 09:12 **V8. UTILIDAD DEL APÓSITO TERMOPLÁSTICO EN EL INJERTO CUTÁNEO DE PIEL TOTAL**

Onofre Sanmartín Jiménez, Beatriz Llombart Cussac, Celia Requena Caballero, Carlos Serra Guillén, Carlos Guillén Barona.

Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

09:13 - 09:17 **V9. COLGAJO BILOBULADO NASOGENIANO DE TRASPOSICIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE LA PARED NASAL**

Leire Sánchez Los Arcos, Susana Blanco Barrios, M^a Carmen Fraile Alonso, Adriana Cosano Quero y Juan Carlos Santos Durán.

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca.

09:18 - 09:22 **V10. DOBLE MATRICECTOMÍA CON COLGAJO EN DOBLE Z-PLASTIA MODIFICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA UÑA EN PINZA**

Hirune Cembrero Saralegui, Elena Vargas Laguna, Adrián Imbernón Moya, Marcela Martínez Pérez, Francisco Russo De la Torre.

Hospital Severo Ochoa, Hospital Punta de Europa, Madrid.

09:23 - 09:27 **V11. RECONSTRUCCIÓN DE LABIO INFERIOR MEDIANTE COLGAJO DE KARAPANDZIC**

Javier Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Sábado, 25 de Noviembre

09:28 - 09:32 **V12. CIRUGÍA DE MOHS DIFERIDO EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA NALGA**
Carlos Serra Guillén, Bernardo Bancalari Simón, Carlos Guillén Barona.
Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

VOTACIÓN AL PRIMER Y SEGUNDO MEJOR VIDEO Y ENTREGA DE PREMIOS

09:45 TEMAS QUIRÚRGICOS ▶ Sala de Cámara

10:30 Moderadores ▶ Enrique Herrera Ceballos y Javier Vázquez Doval

09:47 Novedades en técnicas de cirugía reconstructiva

09:57 Jorge Soto de Delás

09:59 Consejos prácticos para los que empiezan en cirugía dermatológica

10:09 Antonio Vilalta Solsona

10:11 Expansión tisular múltiple en el tratamiento de los nevos congénitos gigantes

10:21 Juan Carlos López Gutiérrez

Discusión

10:30 SIMPOSIO COMERCIAL ▶  ▶ Sala de Cámara

11:00 ¿QUÉ RESPUESTA A LARGO PLAZO PUEDO ESPERAR EN MIS PACIENTES CON CBV AVANZADO TRATADOS CON ERIVEDGE?

Beatriz Llombart

Conclusiones y debate

Ricardo Fernández de Misa

11:00 Café, visita a la Exposición y **PÓSTERES DE CIRUGÍA (PC1-PC29)** ▶ Salón de Banquetes

11:30 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y/O SISTÉMICO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA ▶ Sala de Cámara

12:15 Moderador ▶ Francisco Javier García Martínez

11:32 Tratamiento sistémico de la hidrosadenitis supurativa. Estrategias de adyuvancia y neoadyuvancia

11:42 Laura Salgado Boquete

11:44 Cómo ha modificado la ecografía el manejo de la hidrosadenitis supurativa

11:54 Antonio Martorell Calatayud

11:56 Cirugía dermatológica de la hidrosadenitis

12:06 José Carlos Pascual Ramírez

Discusión

12:15 ¿CÓMO RECONSTRUIRÍA YO? ▶ Sala de Cámara

13:00 Moderadores ▶ Manuel Ángel Rodríguez Prieto y Francisco Javier Vicente Martín

Ponentes ▶ Marta Alegre Fernández, M^a Eugenia Iglesias, Zamora, Pedro Lloret Luna, Verónica Ruiz Salas, Francisco Russo de la Torre y Ricardo Vieira



Sábado, 25 de Noviembre

- 13:00 COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA ▶ CC1 a la CC9 ▶ Sala de Cámara**
- 14:15 Moderadores ▶ Julián Conejo-Mir y Hugo Vázquez Veiga**
- 13:00 - 18:02 **Presentación**
- 13:02 - 13:07 **CC1. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AURICULARES MEDIANTE COLGAJO EN ISLA EN PUERTA GIRATORIA. SEGUIMIENTO DE 15 PACIENTES**
Montserrat Franco Muñoz, Lucía González R, Miguel Flores Terry, Carlos Mendoza Chaparro, Guillermo Romero Aguilera.
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.
- 13:08 - 13:13 **CC2. UTILIDAD DE LA SUTURA EN BOLSA DE TABACO PARA DISMINUIR EL TAMAÑO DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS CUTÁNEOS**
Maialen Azcona Rodríguez, Iñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Berta Bonaut Iriarte, Raquel Santesteban Muruzábal, M^a Eugenia Iglesias Zamora.
Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra.
- 13:14 - 13:19 **CC3. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA**
Begoña Ramos Bareño, F. García Bernal, P. Zayas Pinedo, J.M. Terrones Garzón, R. Izu Belloso.
Servicio de Dermatología y Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Hospital Universitario de Basurto, Bilbo, Bizkaia.
- 13:20- 13:25 **CC4. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MATRICECTOMÍA CON LÁSER DE CO2 FRENTE A HIDRÓXIDO DE SODIO EN LA CIRUGÍA DE ONICOCRIPTOSIS**
Javier Ruiz Martínez, María Isabel Úbeda Clemente, Tamara Amanda Hernández Gómez, Esther García Martínez, Carmen Brufau Redondo.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.
- 13:26- 13:31 **CC5. RECONSTRUCCIÓN PLANTAR USANDO UNA MATRIZ DÉRMICA ARTIFICIAL: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS**
Álvaro Iglesias-Puzas¹, Beatriz González-Sixto², Juan-Carlos Feal-Cortizas², María Teresa Abalde², Ángeles Flórez².
(1) Centro de Especialidades Mollabao, Pontevedra; (2) Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, EOXI Pontevedra-Salnés, Pontevedra.
- 13:32- 13:37 **CC6. "COLGAJO READING MAN FLAP": ¿UN COLGAJO VERSÁTIL?**
Nuria Bázquez Sánchez, Inés Fernández Canedo, Cristina García Harana, Juan-Bosco Repiso Jiménez, Magdalena De Troya Martín.
Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.
- 13:38-13:43 **CC7. CARACTERÍSTICAS, CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y ESTUDIO DE MÁRGENES DE LAS LESIONES INTERVENIDAS EN CIRUGÍA MAYOR DERMATOLÓGICA**
Tamara-Amanda Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, J. Hernández-Gil Sánchez.
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.
- 13:44- 13:49 **CC8. INJERTOS LAMINARES EN TIRAS OBTENIDOS CON DERMABLADE® PARA CUBRIR GRANDES DEFECTOS EN EL CUERO CABELLUDO**
Elena Querol Cisneros, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Alejandra Tomás Velázquez, Pedro Redondo Bellón.
Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.
- 13:50- 13:55 **CC9. VERSATILIDAD DEL COLGAJO FRONTAL DE TRANSPOSICIÓN PARA DEFECTOS EN FRENTE Y SIEN COMO ALTERNATIVA AL DOBLE AVANCE**
Alejandra Tomás Velázquez, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Nuria Rodríguez Garijo, Pedro Redondo Bellón.
Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.
- 14:15 VOTACIÓN A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE CIRUGÍA ▶ Sala de Cámara**
- 14:30 COMIDA DE LA REUNIÓN ▶ Salón de Banquetes**

Sábado, 25 de Noviembre

LÁSER

15:45 NOVEDADES EN LÁSERES DERMATOLÓGICOS (II) ▶ Sala de Cámara

16:45 Moderadores ▶ Iñigo de Felipe Gárate y Carlos Guillén Barona

15:47 Vehiculización de fármacos en la piel con láser fraccionado

16:02 José Luis López Estebanz

16:04 Tratamiento de varices con láser endovenoso

16:19 José Luis Azpiazu Macho

16:21 Avances en terapia fotodinámica

16:36 Yolanda Gilaberte Calzada

Discusión

16:45 ACTUALIZACIÓN EN LÁSERES DERMATOLÓGICOS (III) ▶ Sala de Cámara

17:45 Moderadores ▶ Jesús del Pozo Losada y Ander Zulaica Gárate

16:47 Efectos adversos de los láseres dermatológicos: ¿Cómo evitarlos y resolverlos?

16:59 Antonio Campo Voegeli

17:01 Comparativa de láseres fraccionados no ablativos: Longitudes de onda e indicaciones

17:13 Rubén del Río Gil

17:15 Picosegundos o nanosegundos para tatuajes

17:27 Bibiana Pérez García

17:29 Tecnologías 2017. Mi experiencia

17:41 Nerea Landa Gundín

Discusión

17:45 Café, visita a la Exposición y **PÓSTERES DE LÁSER ▶ PL1 al PL6** ▶ Salón de Banquetes

18:15 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA.

18:45 BUSCANDO LA EXCELENCIA ▶ Sala de Cámara

Moderadores ▶ Alejandro Camps Fresneda y Miren Marquina Iñarrairaegui

Ponente ▶ Jesús M^a Aranz Andrés

18:45 COMUNICACIONES ORALES ▶ CL1 a la CL5 ▶ Sala de Cámara

19:30 Moderadores ▶ M^a Teresa Conde Calvo y Javier Vázquez Doval

18:45 - 18:47 Presentación

18:48 - 18:53 CL1. TERAPIA FOTODINÁMICA-LUZ ROJA LED 635 NM CON GEL NANOEMULSION BF 200 ALA Y CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL: NUESTRA EXPERIENCIA CON 26 CASOS

Francisco José Navarro Triviño¹, Antonio Martínez López², Lucía González Ruiz³, Valeriano Garrido Torres Puchol¹, Ricardo Ruiz-Villaverde⁴.

(1) Hospital Comarcal Santa Ana, Motril, Granada; (2) Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; (3) Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; (4) Hospital Universitario Campus de la Salud de Granada, Granada.



Sábado, 25 de Noviembre

- 18:54 - 18:59 **CL2. INDICACIONES NO CONVENCIONALES DEL LÁSER DE COLORANTE PULSADO**
Alexandra Perea Polak, Sara Simonsen, Elisabeth Gómez Moyano, Ángel Vera Casaño, Leandro Martínez Pilar.
Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.
- 19:00 - 19:05 **CL3. TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUCOIDES MEDIANTE USO COMBINADO DE ESCLEROSIS CON POLIDOCANOL Y LASER ND:YAG 1064 nm PULSO LARGO**
Elena Querol Cisneros, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Ignacio Querol Nasarre, Pedro Redondo Bellón.
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra.
- 19:06 - 19:11 **CL4. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LESIONES PIGMENTARIAS BENIGNAS. SITUACIONES ESPECIALES**
Francisco Javier Vázquez Doval.
Dermaclinic, Logroño, La Rioja.
- 19:12 - 19:17 **CL5. ELECTROQUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL IRRESECABLE**
Laura Padilla España, Jesús Raya Maldonado, Tomás Toledo Pastrana, Almudena Fernández Orland.
Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

19:30 VOTACIÓN A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE LÁSER ▶ Sala de Cámara

19:45 ENTREGA DE PREMIOS ▶ Sala de Cámara

20:15 ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL GECIDOC
Reservada a los miembros del Grupo

LISTADO DE PONENTES

Alegre Fernández, Marta

Servicio de Dermatología. Hospital Plató. Barcelona.

Aramburu Aguirre, Elena

Servicio de Dermatología. Fundación Onkologikoa. Donostia.

Arranz Andrés, Jesús M^a

Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Azpiazu Macho, José Luis

Clínica Dermitek. Bilbao.

Bedia del Río, Edurne

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Cañueto Álvarez, Javier

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

Campo Voegeli, Antonio

Campo-Optimage. Barcelona.

Camps Fresneda, Alejandro

Dermalas. Centro Médico Teknon. Barcelona.

Ceballos Rodríguez, Carmen

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Conde Calvo, M^a Teresa

Consulta Dra. M^a Teresa Conde Calvo. Bilbao.

Conejo-Mir Sánchez, Julián

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

De Felipe Garate, Iñigo

Clínica Dermatológica De Felipe. Barcelona.

Del Pozo Losada, Jesús

Servicio de Dermatología. Complejo Universitario A Coruña. A Coruña.

Del Río Gil, Rubén

Servicio de Dermatología. Fundació-Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Espasandín Arias, Martina

Servicio Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Fernández de Misa Cabrero, Ricardo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

García Martínez, Francisco Javier

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Gilaberte Calzada, Yolanda

Servicio Dermatología. Hospital San Jorge de Huesca. Huesca.

Guillén Barona, Carlos

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Haro Sanz, Fermín

Servicio de Anestesia. Policlínica Gipuzkoa Quirón. Donostia.

Herrera Ceballos, Enrique

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Iglesias Zamora, M^a Eugenia

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Ivars Lleó, Marta

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Jaén Olasolo, Pedro

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Landa Gudín, Nerea

Clínica Dermitek. Bilbao.

López Estebananz, José Luis

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

López Gutiérrez, Juan Carlos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Llombart Cussac, Beatriz

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Lloret Luna, Pedro

Servicio de Dermatología. Hospital Vinalopó. Elche. Alicante.

Marquina Iñarrairraegui, Miren

Servicio de Dermatología. Osi Bidasao. Hondarribia.

Martorell Calatayud, Antonio

Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia.



LISTADO DE PONENTES

Mendoza Chaparro, Carlos

Servicio Dermatología. Hospital Quirón Salud. Ciudad Real.

Moreno Ramírez, David

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Nieto González, Gonzalo

Servicio de Dermatología. Hospital Virgen Concha. Zamora.

Pascual Ramírez, José Carlos

Servicio de Dermatología. Hospital General de Alicante. Alicante.

Pérez García, Bibiana

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Puig Sardà, Susana

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Pujol Vallverdú, Ramon

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar - Parc de Salut MAR. Barcelona.

Ríos Buceta, Luis

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Redondo Bellón, Pedro

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.

Rodríguez Prieto, Manuel Ángel

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

Ruiz Salas, Verónica

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Ruiz de Casas, Andrés

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Russo de la Torre, Francisco

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

Salgado Boquete, Laura

Servicio de Dermatología. Complejo Universitario Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

Samaniego González, Elia

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Hospitalario de León. León.

Sanmartín Jiménez, Onofre

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Sánchez Estella, Juan

Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Servitje Bedate, Octavio

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Soto De Delás, Jorge

Servicio de Dermatología. Policlínica Gipuzkoa. Donostia.

Toll Abelló, Agustí

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar - Parc de Salut MAR, Barcelona.

Tuneu Valls, Anna

Dermatóloga. Consulta Tuneu. Donostia.

Unzueta Serrano, Julen

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Vázquez Veiga, Hugo

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

Vázquez Doval, Javier

Dermaclinic. Logroño. La Rioja.

Vicente Martín, Francisco Javier

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

Vieira, Ricardo

Servicio de Dermatología. Centro Hospitalario e Universitario de Coimbra. Coimbra. Portugal.

Vilalta Solsona, Antonio

UDQ Unidad de Dermatología Quirúrgica. Barcelona.

Vildósola Esturo, Susana

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Donostia. Donostia.

Zubizarreta Salvador, José

Hospital Universitario Donostia. Donostia.

Zulaica Gárate, Ander

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital de Meixoeiro. Vigo.



7m21

Resúmenes de Ponencias

© San Sebastián Turismo & Convention Bureau



Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

ONCOLOGÍA

Beatriz Llombart Cussac

En el momento del diagnóstico de cáncer, podemos dividir a los pacientes en dos grupos de acuerdo al estado clínico de los ganglios linfáticos, ganglios palpables o no palpables. En el primer grupo no existe controversia en el tratamiento y éste debe ser la disección ganglionar si se confirma que son patológicos. En el segundo grupo la decisión de tratamiento dependerá del riesgo que tenga el paciente en presentar metástasis ganglionares ocultas; este riesgo depende a su vez del tipo de neoplasia, las características del tumor y las características del paciente. Si el riesgo de tener metástasis ganglionares ocultas rebasa el 15-20% está indicado realizar un tratamiento ganglionar. Sin embargo, tras la disección ganglionar muchos de estos pacientes no mostrarán metástasis ganglionares y habrán sido sometidos a un procedimiento mórbido con utilidad cuestionable.

Por este motivo, surge la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). Una BSGC es un procedimiento en el que se identifica, se extirpa y se examina el ganglio linfático centinela para determinar si hay células cancerosas presentes. Se define como ganglio centinela al primer ganglio de una cadena linfática que drena una región anatómica determinada (región tumoral). Un resultado negativo de dicha BSGC sugiere que el cáncer no ha adquirido la capacidad para diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos. Por otro lado, un resultado positivo de la BSGC indica que el cáncer está presente en el ganglio y que podría encontrarse en otros ganglios linfáticos cercanos. Esta información nos ayuda a conocer mejor el estadio y el pronóstico de los pacientes y a determinar un plan más adecuado de tratamiento.

El mapeo linfático con BSGC ha supuesto un cambio en el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con cáncer con tendencia a la afectación ganglionar. Esta técnica permite seleccionar un subgrupo de pacientes en los que la linfadenectomía no aporta ningún beneficio adicional. Es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, promovida por Morton en 1991, en pacientes con melanoma para la detección de micrometástasis. Hoy en día es una herramienta de diagnóstico de rutina en los pacientes con melanoma y se considera una posible alternativa en algunos pacientes con cáncer cutáneo no melanoma.

La mayoría de los **carcinomas epidermoides (CE)** muestran agresividad local y son erradicados mediante una simple resección tumoral. Sin embargo, existe un subgrupo con esta patología que se asocia con una mayor capacidad de desarrollar metástasis ganglionares, y en consecuencia presentan una mayor mortalidad, son los llamados CE de alto riesgo (CEAR). Los parámetros que definen al CEAR se pueden dividir en dos subgrupos e incluyen factores clínicos (inmunosupresión, tamaño tumoral, recurrencia, localización en región perineal, genital, zonas acras, pabellón auricular, labio) e histológicos (espesor tumoral, grado de diferenciación tumoral, invasión perineural e invasión linfo-vascular). Actualmente, el problema principal radica en que las diferentes guías (NCCN, AJCC, EADO) recogen diferentes criterios de alto riesgo y, además, no se valora el efecto sumatorio de dichas variables. Se identifican de manera individual los factores de riesgo y no se valora el efecto acumulativo. En relación al papel de la BSGC en el CEAR cutáneo es un tema actualmente en debate. En los últimos 10 años se han descrito una treintena de artículos, con un porcentaje de positividad del GC muy variado (0-44%) y con una proporción global de positividad del 8%. Sin embargo, en la actualidad no es posible realizar un meta-análisis y determinar los factores predictivos porque faltan estudios con un número suficiente de pacientes y además, existe una gran heterogeneidad entre los trabajos publicados. En conclusión, es necesario una definición más precisa de CEAR que permita tomar una actitud diferente para este grupo de pacientes. Son necesarios ensayos clínicos multicéntricos antes de poder confirmar que la BSGC tiene un papel importante en estos pacientes.

En el **carcinoma de Merkel (CM)**, las metástasis linfáticas regionales ocurren de forma frecuente y temprana, detectándose en aproximadamente un 30% de los pacientes en el momento del diagnóstico, y hasta en un 79% durante el curso de la enfermedad. Aproximadamente un tercio de los pacientes con CM con ganglios clínicamente y radiológicamente negativos tienen enfermedad ganglionar microscópica. Por estos hallazgos, actualmente se recomienda realizar BSGC. Aunque durante un tiempo se cuestionó en los CM <1cm la BSGC, hoy en día la mayoría de artículos abogan por realizar siempre la BSGC independientemente del tamaño tumoral. En este sentido, Iyer y cols realizan un estudio retrospectivo de 8044 CM y encuentran un 14% de riesgo de afectación ganglionar en tumores de 0,5 cm, ascendiendo al 25% de riesgo si el tamaño es de 1,7cm y 36% en lesiones de ≥ 6 cm. Además, observan que el número de ganglios linfáticos afectados al diagnóstico es factor predictivo para la supervivencia (0 ganglios, 76% de supervivencia a los 5 años; 1 ganglio, 50%; 2 ganglios, 47%; 3-5 ganglios, 42%; ≥ 6 ganglios, 24%) y por tanto podría ayudar a manejar mejor al paciente.

Múltiples estudios han demostrado que la estadificación nodal negativa patológica (pN0) muestra una supervivencia mejorada en comparación con la estadificación nodal negativa clínica (cN0). Por estos hallazgos, actualmente se recomienda realizar siempre que sea posible en los pacientes con CM sin afectación ganglionar detectable la BSGC.

Bibliografía

1. Martorell-Calatayud A, Sanmartín Jimenez O, Cruz Mojarrieta J, Guillén Barona C. Cutaneous squamous cell carcinoma: defining the high-risk variant. *Actas Dermosifiliogr.* 2013 Jun;104(5):367-79.
2. Thompson AK, Kelley BF, Prokop LJ, Murad MH, Baum CL. Risk factors for cutaneous squamous cell carcinoma recurrence, metastasis, and disease-specific death: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2016 Apr;152(4):419-28.
3. Gore SM, Shaw D, Martin RC, Kelder W, Roth K, Uren R, Gao K, Davies S, Ashford BG, Ngo Q, Shannon K, Clark JR. Prospective study of sentinel node biopsy for high-risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck.* 2016 Apr;38.
4. Koljonen V, Bohling T, Virolainen S. Tumor burden of sentinel lymph node metastasis in Merkel cell carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2011;38:508-13.

- Iyer JG, Storer BE, Paulson KG, Lemos B, Phillips JL, Bichakjian CK, et al. Relationships among primary tumor size, number of involved nodes, and survival for 8044 cases of Merkel cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:637-43.
- Llombart B, Kindem S, Chust M. Merkel cell carcinoma: An update of key imaging techniques, prognostic factors, treatment, and follow-up. *Actas Dermosifiliogr.* 2017 Mar;108(2):98-107.

NEVUS CONGÉNITO GIGANTE. CONCLUSIONES DE UNA SERIE DE 125 PACIENTES

ONCOLOGÍA

Carmen Ceballos Rodríguez

El síndrome de nevus melanocítico congénito consiste en la presencia de uno o más nevus melanocíticos desde el nacimiento. Es debido a una mutación postzigótica activadora en el gen NRAS.

Dos importantes complicaciones de este síndrome son la melanosis neurocutánea y el melanoma, cuyo riesgo aumenta con el tamaño del nevus, con el número de lesiones satélite y en ciertas localizaciones.

Se consideran nevus melanocíticos congénitos gigantes (NMCG) aquellos que tienen un tamaño en la edad adulta (PAS) mayor o igual a 20 centímetros. Afectan a 1/20.000 recién nacidos vivos y tienen un riesgo de desarrollar melanoma del 5-10%.

En nuestro grupo hemos entrevistado y realizado control evolutivo de los pacientes con NMCG seguidos en Cirugía Plástica Infantil del Hospital Universitario La Paz y de aquellos entrevistados las reuniones anuales de Asonevus, llevando a cabo un estudio sobre los antecedentes familiares y personales, las características epidemiológicas y clínicas, los tratamientos recibidos y la calidad de vida en estos pacientes.

EXPANSIÓN TISULAR MÚLTIPLE EN EL TRATAMIENTO DE LOS NEVUS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS GIGANTES

CIRUGÍA

Juan Carlos López Gutiérrez

La expansión tisular es nuestra técnica de elección en el tratamiento de los nevus melanocíticos congénitos gigantes (NMCG) localizados en cara, tronco y raíz de miembros. Se trata de una técnica que permite proporcionar tejido donante adyacente y de la misma calidad desarrollando grandes colgajos de avance.

La realización de colgajos de avance permite un mejor resultado final de la parte reconstruida, menor riesgo de distorsión anatómica, mejor posicionamiento y menor riesgo de retracción en las cicatrices resultantes. Asimismo esta técnica permite el cierre de la herida quirúrgica sin tensión, una mínima pérdida sanguínea y una gran exéresis del nevus tras el procedimiento de expansión. Tradicionalmente hay temor a la hora de implantar más de 2 expansores en un mismo paciente por miedo al aumento de complicaciones, lo que alarga el tratamiento y multiplica el número de intervenciones.

Hemos evaluado nuestra experiencia en 19 pacientes a los que se les implantaron entre 3 y 7 expansores, en un mismo tiempo quirúrgico, incluyendo la duración del proceso, la calidad de vida durante el mismo, el resultado y las complicaciones. La edad media en el momento de la intervención fue de 5 años. La estancia media post-implante fue de 4 días y el tiempo medio hasta la retirada de los expansores fue de 85 días.

No hemos encontrado diferencias significativas en la tasa de complicaciones pero sí en la reducción del número de intervenciones hasta la extirpación completa de la lesión por lo que consideramos que la expansión tisular múltiple es una técnica segura y eficaz que permite reducir significativamente el número de intervenciones quirúrgicas, así como el tiempo y edad de exéresis completa del nevus.

CIRUGÍA DERMATOLÓGICA DE LA HIDROSADENITIS

CIRUGÍA

Jose Carlos Pascual Ramírez

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad compleja, inflamatoria, crónica y que puede asociar múltiples comorbilidades. Actualmente, no existe ningún tratamiento universalmente eficaz para el manejo de estos pacientes.

La combinación de tratamientos médicos y quirúrgicos suele ser obligada. El control de la actividad inflamatoria de la enfermedad se considera adecuado antes de plantear ningún tratamiento quirúrgico. Dicho enfriamiento de la inflamación facilita la cirugía, ya que permite diferenciar mejor entre tejido enfermo y tejido sano y además ayuda a una curación óptima de la herida quirúrgica. La comparación de las publicaciones sobre cirugía de la HS es difícil, ya que el diseño de estos trabajos son heterogéneos en cuanto a diseño, gravedad, resultados y técnicas quirúrgicas empleadas. Además, las definiciones de recurrencias son ambiguas,



incluyendo en el mismo grupo verdaderas recurrencias (lesiones de HS a < de 5 mm de la cicatriz quirúrgica) y progresión de la HS (lesiones en el área operada pero a > de 5 mm de la cicatriz quirúrgica y lesiones en otras áreas. Actualmente, las principales indicaciones para la realización de cirugía en la HS, es la presencia de daño estructural provocado por la enfermedad, es decir fístulas epitelizadas y cicatrices, daño que no parece poder mejorarse con tratamientos médicos. Respecto a las técnicas quirúrgicas, conviene remarcar que la incisión y drenaje de abscesos agudos, si bien consigue un alivio rápido del dolor se asocia con recurrencia en un alto porcentaje de casos. El *deroofing* (destechamiento) está especialmente indicado para el tratamiento de lesiones inflamatorias recidivantes (fístulas) y asocia un bajo número de recurrencias (17%). Las extirpaciones limitadas tienen menos morbilidad que las extirpaciones amplias, pero se asocian a un mayor porcentaje de recidivas. Finalmente, los métodos para el cierre del defecto incluyen el cierre primario, los injertos laminares inmediatos o diferidos, los colgajos y el cierre por segunda intención.

TRATAMIENTO DE VARICES CON LÁSER ENDOVENOSO

LÁSER

Jose Luis Azpiazu Macho

El láser para tratamiento de las venas safenas se utiliza desde hace más de diecisiete años. El calor que genera el láser dentro de la vena provoca una lesión térmica endotelial que cierra el vaso tratado.

Dentro de los métodos de tratamiento por calor, termoablación endovenosa, disponemos de láser y radiofrecuencia como técnicas más contrastadas y estudiadas. Centrándonos en el láser, existen varias longitudes de onda utilizadas, unas cuyo cromóforo fundamental es la sangre (810nm, 940nm, 980nm) y otras cuyo cromóforo es el agua (1320nm y 1470nm).

Los primeros láseres utilizaban longitudes de onda afines a la sangre y esto provocaba hematomas y mayor inflamación, con un postoperatorio mejor que la cirugía pero con molestias/dolor unos cuantos días.

En los últimos diez años se han desarrollado longitudes de onda más afines al agua, 1320nm y 1470nm que, al calentar de forma más específica el endotelio, provoca menos daño en los tejidos adyacentes y una recuperación postoperatoria más rápida y con menos molestias. Esto ha permitido una reincorporación prácticamente inmediata a la actividad habitual.

Otra de las grandes ventajas de los sistemas de termoablación es la baja incidencia de recidiva, menos del 5%, comparada con la cirugía clásica en la que es mayor del 25%.

Los sistemas de termoablación se consideran los sistemas de primera elección para el tratamiento de las venas safenas insuficientes que provocan sintomatología al paciente (Sociedad Americana de Cirugía Vascul, Sistema Nacional de Salud Inglés, Colegio Americano de Flebología, Foro Americano Venoso, Grupo Internacional de Ablación Térmica Endovenosa).

Presentaremos un video de la técnica en el que mostraremos paso a paso el procedimiento ecoguiado que realizamos. También presentaremos los datos de los diferentes estudios realizados en nuestros más de 1.500 casos tratados, con recidivas inferiores al 1,8%, ningún episodio de trombosis venosa profunda y muy pocos efectos secundarios menores.

AVANCES EN TERAPIA FOTODINÁMICA

LÁSER

Yolanda Gilaberte Calzada

Pese a lo establecida que la terapia fotodinámica (TFD) está en las consultas de dermatología para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma, la investigación en este campo continúa, enfocada fundamentalmente en varios aspectos:

1. Estrategias para mejorar su efectividad en las patologías en las que ya tiene indicación mediante:
 - a. Nuevas maneras de vehicular la luz y el fotosensibilizante (intralesional, tejidos emisores de luz).
 - b. Combinaciones con láseres, calor y otros fármacos que optimicen los resultados.
 - c. Determinación de biomarcadores que nos permitan precisar qué tumores se pueden beneficiar del tratamiento con TFD y cuáles no.
2. La aplicación de la TFD en otras patologías va teniendo cada vez más adeptos; así, el número de publicaciones utilizando la TFD por ejemplo en el tratamiento de las infecciones de piel y mucosas es cada vez mayor con el fin de luchar frente al desarrollo de resistencias.
3. La existencia de un número mayor de evidencias clínicas que apoyen su uso en población pediátrica.
4. Por último la TFD con luz de día se perfila como una forma eficaz, sencilla, segura y eficiente que puede ayudar a extender el uso de la TFD a entornos con pocos medios, como pueden ser los pacientes albinos o con xeroderma pigmentoso en países deprimidos de África o Sudamérica.

En esta presentación realizaremos un resumen de los últimos logros y las líneas de trabajo más prometedoras en TFD en el último año.

Bibliografía

- 5Wen X, et al. Photodynamic therapy in dermatology beyond non-melanoma cancer: An update. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2017 Sep;19:140-152.
- Van Straten D, et al. Oncologic Photodynamic Therapy: Basic Principles, Current Clinical Status and Future Directions. *Cancers (Basel)*. 2017 Feb 18;9(2). pii: E19. doi: 10.3390/cancers9020019.
- Thunshelle C, et al. Current Advances in 5-Aminolevulinic Acid Mediated Photodynamic Therapy. *Curr Dermatol Rep*. 2016 Sep;5(3):179-190.
- Kumar N, Warren CB. Photodynamic therapy for dermatologic conditions in the pediatric population: a literature review. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2017 May;33(3):125-134.

PICOSEGUNDOS O NANOSEGUNDOS PARA TATUAJES

LÁSER

Bibiana Pérez García

Los láseres Q-switched con duraciones de pulso en el rango de los nanosegundos se han mostrado eficaces en la eliminación de tatuajes. Sin embargo, con estos equipos no siempre es posible eliminar todo el pigmento, suelen ser necesarias numerosas sesiones de tratamiento y, aunque el desarrollo de cicatrices es raro, sí que se observan discromías residuales a menudo. Se planteó la posibilidad de mejorar los resultados utilizando picosegundos en lugar de nanosegundos, y tanto la simulación computarizada como los primeros estudios en pacientes corroboraban esta hipótesis. De este modo, en 2012 se comercializó el primer láser de picosegundos para eliminación de tatuajes. Desde entonces han ido apareciendo otros equipos en el mercado y se han publicado múltiples series de casos de tatuajes tratados con láseres de picosegundos, Alejandrita y Nd:Yag, mostrando resultados favorables.

Sin embargo, muchos usuarios de láseres Q-switched, con amplia experiencia en eliminación de tatuajes, no ven una clara ventaja de los nuevos láseres de picosegundos respecto a los de nanosegundos, teniendo en cuenta además el elevado coste de los equipos. Aunque los láseres de picosegundos sí han demostrado superioridad respecto a los de nanosegundos en un reciente estudio comparativo y randomizado, no parecen ser la solución para los tatuajes policromáticos, más difíciles de eliminar. En cuanto a la seguridad, las diferencias tampoco son llamativas.

Bibliografía

- Saedi N, Metelitsa A, Petrell K, Arndt KA, Dover JS. Treatment of tattoos with a picosecond alexandrite laser. *Arch Dermatol* 2012.
- Karsai S, Bäuml W, Raulin C. Laser tattoo removal: Is there light at the end of the tunnel or is it just the light of an oncoming train? *Br J Dermatol* 2016.
- Lorgeou A, Perillat Y, Gral N, Lagrange S, Lacour JP, Passeron T. Comparison of two picosecond lasers to a nanosecond laser for treating tattoos: A prospective, randomized study on 49 patients. *JEADV* 2017.

TECNOLOGÍAS 2017. MI EXPERIENCIA

LÁSER

Nerea Landa Gundín

Los aparatos basados en la energía láser y no láser han evolucionado mucho en la última década. Esto ha sido sobre todo en el campo de la dermatología estética, que de ser la cenicienta de nuestra especialidad está pasando a ser una de las ramas más valoradas.

Últimamente se han hecho avances tecnológicos en láseres para tatuajes y lesiones pigmentadas, como los láseres que emiten luz en picosegundos en vez de los tradicionales de nanosegundos. Láseres para lesiones vasculares combinando longitudes de onda diferentes en un mismo aparato. Láseres fraccionados de CO₂ y erbio con diferentes prestaciones que incluyen el campo de la ginecología-urología. Diferentes aplicaciones de estos mismos láseres hacen aún más atractivo el campo. Por ejemplo, la combinación de láseres para cicatrices está evolucionando. Los láseres endovenosos evitan la cirugía de varices. Las combinaciones de diferentes longitudes de onda, sistemas ablativos y no ablativos, incluso radiofrecuencia en el mismo aparato, llegan con la promesa de avances en eficiencia y rentabilidad. Las luces pulsadas intensas con pulsos muy variables, adaptables para lesiones vasculares compiten con el láser de colorante pulsado.

La grasa corporal se intenta reducir por métodos no quirúrgicos, siendo la criolipólisis el método más consistente, pero... ¿hasta dónde llega y qué aparatos hay? El frío coexiste con el calor con sistemas de radiofrecuencia y láser no invasivos. La radiofrecuencia o el láser-lipólisis invasivo para la papada compite con los lipolíticos químicos, como un ácido desoxicólico recientemente aprobado. Para la celulitis un nuevo aparato reduce los hoyos mediante subcisión de los septos. Sigue funcionando la técnica de ultrasonidos para reducción permanente del sudor axilar. ¿Algún aparato ha sustituido a la isotretinoína para el acné? El trasplante capilar incrementa exponencialmente empujado por la técnica FUE, con aparatos más automatizados. Y los aparatos caseros amenazan con ocupar un espacio creciente en nuestra especialidad.



Comunicaciones Orales **ONCOLOGÍA**

© San Sebastián Turismo & Convention Bureau



Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





**C01 DISECCIÓN GANGLIONAR EN EL PACIENTE CON MELANOMA ESTADIO III.
SUPERVIVENCIA Y FACTORES DETERMINANTES DE SUPERVIVENCIA**

ONCOLOGÍA

Constanza Riquelme-Mc Loughlin¹, A. Boada², S. Podlipnik¹, S. Puig^{1,3}, D. Moreno-Ramírez¹.

(1) Unidad de Melanoma, Departamento de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona; (2) Unidad de Melanoma, Departamento de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Universitat Autònoma de Barcelona; (3) Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona.

Antecedentes ▶ El Multicenter Selectivity Lymphadenectomy Trial-II concluye que la disección ganglionar inmediata (DGI) no mejora la supervivencia global de los pacientes con micro-metástasis detectadas por biopsia selectiva de ganglio centinela.

Objetivo ▶ Analizar los resultados clínicos de pacientes con melanoma sometidos a disección ganglionar (DG) y comparar con resultados obtenidos en otros entornos.

Método ▶ Estudio longitudinal retrospectivo que incluye pacientes con melanoma estadio III sometidos a DGI o disección ganglionar terapéutica (DGT) entre enero 2001 y diciembre 2015. Se estudió la frecuencia de metástasis de ganglios no centinela (GNC) y de metástasis a distancia, así como la supervivencia específica por melanoma (SEM).

Resultados ▶ Se realizaron 582 DG (59,5% DGI y 40,5% DGT). 76,9% de las DGI no identificaron metástasis adicionales. En el análisis multivariante, la edad y el estadio T fueron identificados como predictores de metástasis en GNC. 42,6% de los pacientes desarrollaron metástasis visceral a distancia. El análisis multivariante identificó la ulceración, estadio T y estadio N como predictores de metástasis a distancia. En los pacientes que se realizó DGI, el único predictor de metástasis a distancia fue el estadio T. En los pacientes sometidos a DGT, la edad, sexo, estadio T y N fueron identificados como predictores de metástasis a distancia. La mediana de SEM fue de 104,0 meses para la serie completa, con una SEM de 142 meses en el grupo de pacientes sometido a DGI y de 36 meses en los de DGT (Regresión Cox $p < 0,001$). Ajustado al grupo de pacientes sin metástasis a distancia no se observaron diferencias de SEM entre ambos grupos (HR 0.77 95%CI 0,28-2,08, $p = 0,604$).

Conclusión ▶ Los hallazgos observados confirman que la DGI representa un procedimiento con beneficio clínico limitado tanto en cuanto a la capacidad de identificar metástasis ganglionar adicional como en cuanto a SEM.

C02 VISMODEGIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. SERIE DE CASOS

ONCOLOGÍA

Ramon Pigem, Antoni Bennàssar, Sebastian Podlipnik, Javiera Pérez-Anker, David Moreno-Ramírez.

Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona

Introducción ▶ La mayoría de carcinomas basocelulares presentan mutaciones activadores en la vía "Sonic Hedgehog". Es posible realizar un bloqueo de esta vía mediante medicamentos orales. Vismodegib es la molécula actualmente disponible en nuestro medio que inhibe la vía a través de la proteína Smoothed. La indicación en ficha técnica es para carcinomas basocelulares metastásicos sintomáticos ó localmente avanzados (no tributarios de cirugía o radioterapia).

Objetivos ▶ Evaluación del uso de vismodegib en la práctica en el Servicio de Dermatología de nuestro centro. Evaluación de la respuesta clínica y tolerancia del medicamento.

Material y Método ▶ Revisión retrospectiva de los casos tratados con vismodegib en nuestro servicio en el último año. Revisión de la historia clínica incluyendo iconografía y pruebas de imagen.

Resultados ▶ Se han incluido un total de siete pacientes que han recibido vismodegib en nuestro centro en los últimos meses. Todos ellos por carcinoma basocelular localmente avanzado. Ningún caso de enfermedad metastásica. El tiempo medio de tratamiento ha sido de 4 meses. En tres casos se tuvo que suspender el tratamiento por intolerancia (trastornos musculoesqueléticos), en un caso por respuesta parcial y otros 3 casos siguen en tratamiento en la actualidad. No hemos detectado ningún caso de reacción adversa grave.

Discusión ▶ Vismodegib supone una gran opción terapéutica para casos complejos que ya se aplica en la práctica habitual en nuestro servicio con buenos resultados.

Conclusiones ▶ Pensamos que la incorporación de este tipo de medicación (inhibidos de la vía Hedgehog) supone una gran incorporación al arsenal terapéutico que dispone el dermatólogo oncológico.

C03 COMPARACIÓN DE LA OCTAVA Y LA SÉPTIMA EDICIONES DEL SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL AJCC PARA EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

ONCOLOGÍA

Javier Cañueto Álvarez, Alex Viñolas Cuadros, David Moyano Bueno, Alberto Conde Ferreirós, Concepción Román Curto. *Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción ▶ La octava edición del sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) incorpora cambios importantes en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Nos propusimos comparar la octava edición del sistema de estadificación del AJCC y la previa (séptima edición) e identificar los factores de riesgo más relevantes en cada una de ellas.

Método ▶ Se recogió retrospectivamente una serie de 186 CEC de la cabeza y el cuello. Se recogieron los factores de riesgo de mal pronóstico. Se compararon los sistemas de estadificación de la séptima y octava ediciones del AJCC y construyeron modelos de regresión logística binaria para determinar qué factores de riesgo eran más relevantes para definir el pronóstico en cada uno de los sistemas y de manera global.

Resultados ▶ El mal pronóstico se asoció principalmente con tumores estratificados como T2 en la séptima edición, pero se desvió a tumores T3 en la octava edición. Los tres nuevos factores de riesgo incorporados en la octava edición del sistema de estadificación del AJCC (el espesor tumoral mayor de 6 mm, la invasión más allá de la grasa subcutánea y la infiltración de nervios de más de 0,1 mm de grosor) se asociaron independientemente con un mal pronóstico del CEC. Además, el pobre grado de diferenciación se asoció significativamente con el desarrollo de metástasis.

Conclusiones ▶ La octava edición del sistema de clasificación AJCC es más homogénea, monótona y distintiva que la anterior. El pobre grado de diferenciación es un factor de riesgo importante a considerar a pesar de su eliminación de la actual versión del sistema de estadificación del AJCC. Los tumores estadificados como T3 según la octava edición del AJCC que además son pobremente diferenciados constituyen un subgrupo de riesgo especialmente elevado de metástasis y mal pronóstico de la enfermedad.

C04 DETERMINANTES DEL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ONCOLOGÍA

M. Teresa Monserrat García, J.J. Pereyra Rodríguez, R. Corbí Llopis, I. De Alba Rioja, J. Conejo-Mir Sánchez. *UGC de Dermatología y Venereología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción ▶ No existe consenso sobre el papel del médico de Atención Primaria (AP) en el manejo de queratosis actínicas (QA), siendo una realidad su tratamiento por algunos médicos de AP. El objetivo de este trabajo es describir los factores que determinan la decisión de tratar las QA en una muestra de médicos de AP del Servicio Andaluz de Salud en su práctica clínica habitual.

Método ▶ Se ha diseñado un cuestionario específico que se ha distribuido entre una muestra de 381 médicos de AP en ejercicio activo. Se ha llevado a cabo un análisis factorial, univariante y de regresión logística, para determinar aquellas variables explicativas que se relacionan con el tratamiento de las QA.

Resultado ▶ Se han obtenido 98 respuestas (25,72%). Sólo el 38,8% de los encuestados realiza tratamiento de las QA. Los resultados han mostrado la influencia de dos factores en la decisión de tratar: la importancia percibida y, en menor medida, los aspectos médico-legales. Sin embargo, la formación recibida, los aspectos organizativos de la AP y el precio de los tratamientos, son factores que no han mostrado asociación.

Conclusiones ▶ Se trata del primer estudio para identificar los factores que explican el tratamiento de QA por médicos de AP. Dado que existe una gran variabilidad en el manejo de la QA y un gran elevado número de factores en los servicios de salud, es necesario llevar a cabo estudios para confirmar cuáles de las variables posibles influyen en la decisión de tratar las QA en otras áreas geográficas.



C05 LA EXPRESIÓN DE PD-L1 TUMORAL SE CORRELACIONA CON METASTASIS GANGLIONARES EN LOS CARCINOMAS DE CELULAS ESCAMOSAS CUTÁNEOS DE CABEZA Y CUELLO

ONCOLOGÍA

Jorge Santos-Juanes Jiménez¹, Pablo Munguía Calzada¹, M. Paz González Gutiérrez², Cristina Galache Osuna¹, Francisco Vázquez López¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción ▶ La expresión de PD-L1 (ligando de muerte celular programada) se detecta frecuentemente en una amplia variedad de neoplasias. La unión del PD-L1 expresado en las células tumorales al receptor de superficie PD-1 (muerte celular programada) bloquea la activación de células T provocando la evasión de la actuación del sistema inmune. La expresión de PD-L1 se ha asociado a peor pronóstico en bastantes cánceres; los datos existentes hasta el momento en carcinoma de células escamosas (CCE) son escasos y controvertidos.

Objetivo ▶ Investigar la relación de la expresión tumoral de PD-L1 con rasgos clínico-patológicos en el CCE.

Metodo ▶ La expresión de PD-L1 es analizada por inmunohistoquímica en muestras parafinadas de 100 pacientes con CCE. Hemos utilizado la Curva Cumulativa/Dinámica Recibidor Operating Characteristic (C/D ROC) para determina el punto óptimo de expresión de PD-L1. Se utilizan los estimadores de Kaplan-Meier y los modelos de regresión logística proporcionales de COX.

Resultados ▶ Basado en las curva ROC, definimos como el punto de corte más óptimo la expresión en tumores con **tinción 725%** de las células tumorales. La expresión de PD-L1 es un factor de riesgo para metástasis ganglionares con un hazard-ratio crudo y ajustado de 3,39 (1,71-6,65) y 6,54 (2,28-18,78) respectivamente.

Limitaciones ▶ Se trata de un estudio retrospectivo limitado a CCE de cabeza y cuello.

Conclusiones ▶ Nuestros hallazgos indican que la expresión de PD-L1 predice un incremento del riesgo de padecer metástasis ganglionares en los pacientes con CCE.

C06 PATRONES DE DETECCIÓN DE MELANOMA Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS ¿ES ÚTIL EL CRIBADO POBLACIONAL?

ONCOLOGÍA

Adrián Diago, Laura Calomarde, Bernardo Bancalari, Celia Requena, Eduardo Nagore.

Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción ▶ La necesidad de utilizar programas de cribado para la detección precoz del melanoma es un tema en discusión. Son necesarios nuevos estudios que comparen el pronóstico del melanoma según el método de detección.

Objetivo ▶ El objetivo de nuestro estudio fue determinar los principales patrones de detección de melanoma y las implicaciones pronósticas que de ellos se derivan.

Material y Método ▶ Se incluyó en el estudio a un total de 1.817 pacientes diagnosticados de melanoma en nuestro centro entre enero de 2000 y agosto de 2017. Se dividió a los pacientes según el motivo de consulta (autodetección, detección casual, detección en cribado oportunista, y detección en cribado de población de riesgo), y se analizó la epidemiología, presentación clínica, características tumorales y factores pronósticos asociados.

Resultado ▶ El 73% de los pacientes fueron capaces de autodetectar el melanoma. Este fue un hallazgo casual en el 21% de los casos, siendo más frecuente en población mayor de 63 años y siendo las zonas ocultas para el paciente las más frecuentemente asociadas a este método de detección. La detección por cribado solo supuso el 6% de los casos.

La metodología diagnóstica asociada a mayor espesor tumoral y a mayor probabilidad de enfermedad diseminada fue la autodetección (con Breslow medio de 2.5 mm y 19.5% de riesgo de diseminación). Le siguieron el hallazgo casual, el cribado en población de riesgo y el cribado oportunista (con espesores medios de 1.3 mm, 0.9 mm y 0.8 mm respectivamente, $p < 0.005$).

Conclusiones ▶ Los pacientes con melanoma detectados por cribado, aun suponiendo un bajo porcentaje del total, presentan unas mejores características pronósticas que los melanomas autodetectados o los detectados casualmente. Es necesario implementar métodos de detección precoz en aquellas poblaciones de mayor riesgo de retraso diagnóstico, como los varones o la población anciana.

**C07 FACTORES PRONÓSTICOS EN LA EXTENSIÓN SUBCLÍNICA Y
RECIDIVA DE LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE PIRÁMIDE NASAL
DURANTE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS**

ONCOLOGÍA

Onofre Sanmartín Jimenez y Beatriz Llombart.

Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

La localización nasal del carcinoma basocelular (CBC) se considera de alto riesgo de recidiva local por lo que la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) tiene un papel destacado en su tratamiento.

Existen determinadas características del CBC de localización nasal que originan más dificultad durante la CMM e incrementan el riesgo de recidivas.

Se trata de un estudio prospectivo que recoge desde 2001 hasta 2013, los 885 CBC de localización nasal intervenidos en el IVO mediante CMM. Se han evaluado las características del paciente, características clínicas e histológicas del tumor, las características del procedimiento de CMM y los datos de seguimiento en cuanto a las recidivas.

Se realizó un estudio estadístico univariado y multivariado, para conocer las características asociadas al CBC nasal que influyeron en las recidivas tras la CMM. Los predictores de diseminación subclínica de nuestro estudio son: tumores recidivados, histología agresiva, infiltración perineural, tiempo de evolución mayor de 3 años, tamaño tumoral mayor o igual a 1 cm, tumores localizados en raíz, dorso y surco nasal.

Tras la extirpación de los 885 tumores con CMM, 62 recidivaron (7%). Hemos constatado como resultados significativos para la aparición de recidivas, la afectación de tejidos profundos de la piel, la invasión perineural y el empleo de 2 o más estadios de Mohs.

**C08 DISEMINACIÓN LINFÁTICA Y DISEMINACIÓN HEMATÓGENA EN MELANOMA CUTÁNEO.
ESTUDIO LONGITUDINAL DE 1.177 PACIENTES**

ONCOLOGÍA

Eduardo Nagore, Laura Calomarde, Sonia Ferrer, Celia Requena, Víctor Traves.

Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción ▶ La progresión metastásica de un melanoma cutáneo puede tener lugar por vía linfática y/o hematológica. Con la irrupción de los nuevos tratamientos en adyuvancia, así como el valor de la linfadenectomía terapéutica casi exclusivo para el control locoregional de la enfermedad, es relevante identificar qué pacientes se van a beneficiar de cada estrategia terapéutica.

Material y Método ▶ Se diseñó un estudio longitudinal sobre 1177 pacientes con melanoma cutáneo localizado (estadios I/II) cuya información para el estudio se recogió de forma prospectiva en la base de datos de melanoma de nuestro servicio. Los factores pronósticos para la recaída locoregional (vía linfática) y sistémica (vía hematológica) se evaluaron mediante curvas de supervivencia según el método de Kaplan y Meier y la prueba de los rangos logarítmicos, así como con modelos de regresión de Cox.

Resultados ▶ Tras una mediana de seguimiento de 75 meses, el 3,7% desarrollaron únicamente diseminación linfática, otro 3,7% metastatizaron por vía hemática exclusivamente y un 5,5% ambas vías de diseminación. Las variables que resultaron significativamente asociadas a la diseminación linfática fueron la edad mayor de 55 años, la localización acral o en cabeza/cuello, el espesor tumoral y la presencia de invasión vascular. Para la diseminación hemática fueron factores pronósticos independientes el espesor tumoral grueso, la ausencia de regresión y la presencia de mutaciones en el promotor de TERT y en BRAF.

Discusión y Conclusiones ▶ De acuerdo con nuestros resultados, las características tanto clínicas como histológicas y moleculares determinan el patrón de progresión de los melanomas cutáneos. Parece razonable, de replicarse nuestros resultados, utilizar los factores pronósticos identificados para seleccionar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar metástasis hematológicas para recibir tratamiento adyuvante. Asimismo, la vigilancia locoregional ecográfica protocolizada tendría especial relevancia en aquellos con un mayor riesgo de progresar por vía linfática.



C09 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE CON METÁSTASIS GANGLIONAR MICROSCÓPICA Y MACROSCÓPICA: TOMA DE DECISIONES EN UNIDADES DE MELANOMA

ONCOLOGÍA

David Moreno-Ramírez¹, F. Almazán², A. Boada³, D. Bodet⁴, R. Botella⁵, G. Carretero⁶, A. Fernández-Orland⁷, E. Fonseca⁸, E. Herrera⁹, E. Nagore¹⁰, P. Ortiz¹¹, P. Redondo¹², L. Ríos-Buceta¹³, E. Samaniego¹⁴, M. de Troya¹⁵, J. Malveyh¹.

(1) Unidad de Melanoma. Hospital Clínic, Barcelona; (2) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Parque Tecnológico de la Salud. Granada; (3) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona; (4) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona; (5) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia; (6) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria; (7) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; (8) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña; (9) Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga; (10) Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia; (11) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; (12) Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona; (13) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; (14) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de León. León; (15) Área de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción ▶ El Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial-II confirma la ausencia de beneficio de la disección ganglionar inmediata (DGI) en pacientes con metástasis del ganglio centinela (BGC+).

Objetivo ▶ Caracterizar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de DGI y disección ganglionar terapéutica (DGT) en nuestro entorno.

Material-Método ▶ Cuestionario sobre la indicación de DGI y DGT en 15 unidades de melanoma de Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Castilla-León, Madrid, Navarra y Valencia.

Resultados ▶ La indicación de DGI es individualizada en el 86,7% de las unidades de melanoma participantes (n=13), mientras que en el 13,3% se indica DGI a todos los pacientes con BGC+. Los factores con mayor influencia en la decisión fueron la posibilidad de seguimiento ecográfico (60,0%), la extensión extracapsular y la carga tumoral del GC (53,3%). La DGI en pacientes con BGC+ fue la opción preferente en pacientes con metástasis extracapsular (66,7%), carga tumoral superior a 1mm (60,0%) y ante la imposibilidad de completar seguimiento ecográfico (60,0%). El seguimiento ecográfico fue la opción preferente en pacientes con baja carga tumoral.

En el paciente con metástasis macroscópica se indica DGT en el 60% de los centros. La DGT fue la opción preferente en pacientes con metástasis ganglionar macroscópica sin metástasis a distancia (100%). En pacientes con metástasis a distancia la decisión sobre la DGT se individualiza en el 57,1% de los centros, aunque se indica tratamiento sistémico inicial en el 35,7% de las unidades participantes.

Conclusiones ▶ Aunque existe evidencia suficiente a favor del abandono de la DGI, se continúa indicando esta técnica en escenarios concretos de alto riesgo. Sin embargo, la DGT continúa considerándose como una opción de primera elección. Con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones es necesario incorporar estas recomendaciones a las guías de práctica clínica de uso habitual en las unidades de melanoma.

C010 ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 44 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

ONCOLOGÍA

Nicolás Iglesias Pena¹, Sabela Paradelo de la Morena¹, Laura López Solache², Vanesa Balboa Barreiro³, Eduardo Fonseca Capdevila¹.

(1) Servicio de Dermatología, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña; (3) Unidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos, Estructura Organizada de Xestión Integrada de A Coruña.

Introducción ▶ El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino infrecuente y agresivo, que ocasiona frecuentes metástasis locorregionales y a distancia y una elevada mortalidad. Este trabajo tiene como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas e histológicas de los CCM diagnosticados en nuestro hospital y relacionarlas con el riesgo de mortalidad específica por el tumor y de desarrollo de metástasis.

Material y Método ▶ Se elaboró una base de datos en la que se incluyeron 44 casos de CCM diagnosticados en nuestro hospital en el período 1998-2016. Se realizó estudio descriptivo, análisis univariado y multivariado de mortalidad específica y análisis de supervivencia. Resultados: Se trataba de 26 (59%) mujeres y 18 (41%) hombres, con una edad media al diagnóstico de 77 años. Los pacientes presentaron metástasis al diagnóstico en un 45.5% de los casos. La mortalidad global fue del 71%, siendo la específica por el tumor del 39%. Se demostró un aumento de la mortalidad específica estadísticamente significativo relacionado con las siguientes características: sexo masculino, tamaño tumoral en cm², estadio T4 y presencia de metástasis ganglionares y a distancia al diagnóstico. En el análisis multivariante se encontró que, ajustando por edad y sexo, el tamaño tumoral en cm² se asocia a un aumento significativo de mortalidad específica. El riesgo de metástasis al diagnóstico depende en nuestra muestra del tamaño tumoral, y el sexo masculino es un factor de mal pronóstico en estos pacientes. El desarrollo de nuevas metástasis durante el seguimiento se asoció a inmunodepresión.

Conclusión ▶ En nuestra serie se observa que la mortalidad específica del CCM se asocia al estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, siendo el tamaño tumoral un factor pronóstico independiente.

C011 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 60 CASOS

ONCOLOGÍA

Laura Calomarde Rees, Beatriz Llombart Cussac, Carlos Serra Guillén, Carlos Guillén Barona, Onofre Sanmartín Jiménez.
Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción ▶ El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el tumor maligno con mayor capacidad para la recurrencia local, cuyo principal factor de riesgo es la escisión incompleta de la lesión con márgenes afectos. La ecografía cutánea nos permite estimar la morfología y la extensión del tumor primario, incluyendo su espesor en profundidad. Planificar la cirugía con el conocimiento previo del margen tumoral es la clave para evitar las escisiones incompletas, y por tanto, la probabilidad de persistencia y recurrencia.

El objetivo de nuestro estudio es determinar la correlación entre el espesor tumoral predicho mediante ecografía, y el espesor real determinado histológicamente, tras la cirugía. Así como, calcular la velocidad de crecimiento y evaluar su valor pronóstico.

Material y Método ▶ Se diseñó un estudio observacional analítico prospectivo mediante la base de datos de carcinoma epidermoide de nuestro servicio, en la que se incluyeron 60 casos.

Resultados ▶ La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 74,6 años, siendo el 71,6% varones. El 40% de los CEC habían invadido en profundidad y el 20% fueron pobremente diferenciados. El diámetro medio clínico fue de 21,34 mm. El espesor tumoral medio histológico fue de 5,15 mm, y el espesor tumoral medio ecográfico fue de 6,1 mm. En el estudio analítico, se calculó la correlación Rho de Spearman entre el espesor tumoral ecográfico y el espesor tumoral histológico. Esta asociación fue estadísticamente significativa y se obtuvo una $R=0,49191$. Se realizó el análisis de regresión logística, que mostró una relación estadísticamente significativa entre la velocidad de crecimiento tumoral medida en mm/mes y la invasión en profundidad del CEC.

Conclusiones ▶ Nuestro estudio determina que la ecografía puede ser una técnica útil para la determinación preoperatoria del tamaño tumoral y el espesor tumoral en el CEC. Por tanto, puede disminuir la incidencia de márgenes afectos tras la cirugía.

C012 CASOS DESAFIANTES EN CIRUGÍA DE MOHS

ONCOLOGÍA

Pablo Umbert y Mònica Quintana.
Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona.

Comenzamos en 1981 para realizar la Cirugía Micrográfica de Mohs con mi colaborador el Dr. Alex Camps en nuestra institución Hospital Clínico Sagrado Corazón, Unidad Docente, Universidad de Barcelona e Instituto Pablo Umbert Clínica Corachán. Tuvimos la oportunidad de compartir nuestro conocimiento con dermatólogos y dermatólogas españoles y también de Europa y Sudamérica.

Cinco mil novecientos cincuenta y seis (5.956) son el total de intervenciones hasta el 30 de diciembre de 2015.

Presentamos varios de nuestros casos problemáticos:

Caso 1. Siringomas del cuero cabelludo que desarrollan un carcinoma focal de glándulas sudoríparas.

Caso 2. Tricoblastomas agresivos.

Caso 3. Carcinomas escamosos recidivantes tratados con CMM en un paciente con leucemia linfocítica crónica.

Caso 4. Invasión peri-neural a través del foramen craneano de la cara.

Caso 5. Invasión ósea de carcinoma escamoso del cuero cabelludo.

Caso 6. Falsas recidivas en CMM.



7m21

Comunicaciones Orales **CIRUGÍA**



© San Sebastián Turismo & Convention Bureau

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





CC1 RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AURICULARES MEDIANTE COLGAJO EN ISLA EN PUERTA GIRATORIA. SEGUIMIENTO DE 15 PACIENTES

CIRUGÍA

Montserrat Franco Muñoz, Lucía González R, Miguel Flores Terry, Carlos Mendoza Chaparro, Guillermo Romero Aguilera.

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

La oreja es un sitio frecuente de desarrollo de tumores cutáneos debido a la mayor exposición actínica. Los defectos auriculares anteriores son un desafío reconstructivo debido a la compleja topografía del oído y el difícil acceso.

Objetivo ▶ Describimos el uso del colgajo en isla con pedículo subcutáneo en puerta giratoria (CIPG) para la reconstrucción de defectos auriculares, luego de la resección de tumores malignos.

Material y Método ▶ Analizamos los resultados de 15 pacientes sometidos a reconstrucción de oreja, de diversas localizaciones de la zona anterior, mediante el CIPG. Los pacientes fueron seguidos, estimando los resultados a corto y largo plazo después de la cirugía, incluyendo además la valoración del dermatólogo y del paciente.

Resultados ▶ Se estudiaron 12 varones y 3 mujeres. 7 carcinomas epidermoides y 8 basocelulares (CBC). El estudio histológico convencional de la pieza de resección no mostró bordes ni fondo afecto en ninguno de los pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 27,8 meses. Sólo un paciente (6,7%), a quien se le extirpó un CBC que afectaba focalmente el cartílago, presentó recidiva local. Las complicaciones observadas fueron; depresión de la superficie del colgajo en 1 paciente y el pinzamiento del oído intervenido hacia la zona mastoidea en 2 pacientes (13,3%). Mediante escalas de valoración, se determinó el resultado postoperatorio estético y funcional, tanto por parte del dermatólogo como del paciente. En los 15 casos el resultado fue muy bueno.

Conclusiones ▶ La reconstrucción auricular mediante CIPG permitió la resección completa de los tumores, preservando la estructura y funcionalidad del oído intervenido. El CIPG es considerado una de las mejores opciones quirúrgicas reconstructivas de la concha auricular; es una técnica sencilla y permite la reconstrucción de grandes defectos con mínimos riesgos de necrosis, además el excelente resultado estético y la posibilidad de ocultar la cicatriz del sitio donante del colgajo, confirman su superioridad sobre otras técnicas. En nuestro estudio, además hemos determinado que es una técnica de reconstrucción con muy buenos resultados, para otras zonas auriculares como el antihélix, la fosa triangular y la fosa escafoidea, lo cual evidencia que este colgajo es una versátil opción para la reconstrucción de defectos anteriores oído.

CC2 UTILIDAD DE LA SUTURA EN BOLSA DE TABACO PARA DISMINUIR EL TAMAÑO DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS CUTÁNEOS

CIRUGÍA

Maialen Azcona Rodríguez, Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Berta Bonaut Iriarte, Raquel Santesteban Muruzábal, M^a Eugenia Iglesias Zamora.

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

La sutura en bolsa de tabaco o jareta es una técnica sencilla, segura, rápida y fácil de realizar. En cirugía dermatológica puede utilizarse como un cierre primario o para disminuir el tamaño de defectos cutáneos antes de cubrirlos mediante injertos de piel total o apósitos biosintéticos.

Presentamos nuestra experiencia en diferentes defectos cutáneos mayores de 3 cm, localizados principalmente en cuero cabelludo y frente, que se cubrieron mediante injertos de piel total o apósitos biosintéticos y previamente realizamos una sutura en bolsa de tabaco, consiguiendo reducir aproximadamente un 50% el tamaño del defecto.

En la sutura en bolsa de tabaco la línea de sutura tiene una forma circular, y al estirla y anudar los dos extremos del hilo, el tejido suturado tiende a aproximarse al punto central del círculo, de modo que se cierra como una bolsa o talega. Desde su descripción inicial en la literatura dermatológica en 1992, se han desarrollado posteriormente numerosas modificaciones y mejoras de la técnica.

Aunque algunos autores la utilizan como cierre primario, en nuestro caso la realizamos preferentemente para reducir el tamaño en grandes defectos cutáneos, consiguiendo una mejor hemostasia en la zona receptora del injerto, una cicatriz más pequeña de la zona dadora y un buen resultado cosmético.

Bibliografía

Hughes MP, Kalajian AH, Brown TS. Technique to reduce graft size and improve outcomes. *J Cutan Med Surg*. 2016; 6:607-9.
Cohen PR1, Martinelli PT, Schulze KE, Nelson BR. The cuticular purse string suture: A modified purse string suture for the partial closure of round postoperative wounds. *Int J Dermatol*. 2007;7:746-53.

CC3 ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA

CIRUGÍA

Begoña Ramos Bareño, F. García Bernal, P. Zayas Pinedo, J.M. Terrones Garzón, R. Izu Belloso.
Servicio de Dermatología y Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Hospital Universitario de Basurto, Bilbo, Bizkaia.

La hidrosadenitis supurativa (HS) es una dermatosis inflamatoria crónica que normalmente asienta en áreas con mayor proporción de glándulas apocrinas. Clásicamente esta patología ha sido abordada con antibioterapia y cirugía, pero hoy en día el manejo terapéutico de la HS es mucho más complejo. Esto es así dada la variedad de estadios clínicos de la enfermedad y todas las medidas y tratamientos existentes para cada caso individualizado. La evolución de la cirugía en estos casos también ha sido importante gracias a los diferentes resultados hallados en la literatura.

El abordaje quirúrgico clásico constituía la escisión local y el drenaje de las colecciones. Se conoce que esta opción nos conduce a una alta tasa de recidivas, de ahí, a cirugías múltiples y finalmente, mutilantes. La escisión radical con reconstrucción constituye la opción terapéutica actual a considerar ya que, en ocasiones, incluso puede ser la única.

Esta comunicación pretende mostrar una serie de casos ilustrativos y revisar la literatura acerca de las indicaciones quirúrgicas en la HS de cara a mejorar, en la medida de lo posible, el abordaje y la calidad de vida de los pacientes.

CC4 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MATRICECTOMÍA CON LÁSER DE CO₂ FRENTE A HIDRÓXIDO DE SODIO EN LA CIRUGÍA DE ONICOCRIPTOSIS

CIRUGÍA

Javier Ruiz Martínez, María Isabel Úbeda Clemente, Tamara Amanda Hernández Gómez, Esther García Martínez, Carmen Brufau Redondo.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción ▶ El láser de CO₂ y el hidróxido de sodio se emplean como métodos de matricectomía.

Objetivo ▶ El objetivo de este estudio fue el de comparar la efectividad y comorbilidad post-operatoria de ambas técnicas.

Material y Método ▶ Se incluyeron pacientes con diagnóstico de onicocriptosis grado II-III que fueron aleatorizados por bloques para recibir tratamiento con laminectomía y posterior matricectomía con láser de CO₂ o hidróxido de sodio. Se evaluó la incidencia de complicaciones en el periodo post-quirúrgico, el tiempo de recuperación y la presencia de recidiva a lo largo de un año de seguimiento.

Resultados ▶ Fueron intervenidos 44 pacientes, con un total 107 márgenes ungueales. La incidencia de complicaciones post-quirúrgicas (dolor, sangrado, infección) y el periodo de recuperación resultaron similares en ambas técnicas. La presencia de recidiva fue mayor con láser de CO₂ (12,5%) que con hidróxido de sodio de (2%) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,062$).

Conclusiones ▶ Los dos métodos de matricectomía mostraron buenos resultados, con un bajo índice de complicaciones y rápido tiempo de recuperación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia de ambas técnicas.



**CC5 RECONSTRUCCIÓN PLANTAR USANDO UNA MATRIZ DÉRMICA ARTIFICIAL:
DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS**

CIRUGÍA

Álvaro Iglesias-Puzas¹, Beatriz González-Sixto², Juan-Carlos Feal-Cortizas², M. Teresa Abalde², Ángeles Flórez².

(1) Centro de Especialidades Mollabao, Pontevedra; (2) Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, EOXI Pontevedra-Salnés, Pontevedra.

Introducción ▶ El melanoma lentiginoso acral (MLA) es el tipo de melanoma más frecuente en el pie. Tras la extirpación con márgenes adecuados, tanto laterales como en profundidad, con frecuencia se presentan defectos quirúrgicos que suponen un reto para la reconstrucción.

Objetivo ▶ Cuando afecta a la zona de apoyo, es preservar la funcionalidad logrando una adecuada cobertura cutánea. Describimos la utilización de una matriz dérmica bicapa artificial asociada a un injerto cutáneo posterior como una opción válida para la reparación de defectos plantares extensos.

Casos Clínicos ▶ Presentamos dos pacientes afectados de MLA de localización plantar y Breslow >2 mm. Ambos tumores fueron extirpados con 2 cm de margen y resecaos hasta la fascia tras la estadificación del paciente y exclusión de enfermedad a distancia. Se colocó una matriz dérmica bicapa artificial que a los 21 días fue cubierta con un injerto de espesor parcial en el primer caso y total en el segundo. Éste último presentó como complicación la pérdida parcial del injerto. Ninguno mostró repercusión funcional ni datos de recidiva a los 6 meses de seguimiento.

Discusión ▶ La región plantar posee características anatómicas y funcionales que limitan la reconstrucción de grandes defectos. Debe considerarse la rigidez y la escasa laxitud de la zona, así como la necesidad de mantener la sensibilidad y un espesor cutáneo adecuado para la marcha. Los injertos de dermis artificial proporcionan este soporte estructural y sirven como vector para la migración celular del huésped y el depósito de colágeno endógeno.

Se trata de una técnica sencilla, que permite un adecuado resultado funcional y que puede considerarse como una alternativa para la reconstrucción de grandes defectos plantares. Como desventajas destacan su coste y la necesidad de una segunda intervención.

CC6 "COLGAJO READING MAN FLAP": ¿UN COLGAJO VERSÁTIL?

CIRUGÍA

Nuria Bázquez Sánchez, Inés Fernández Canedo, Cristina García Harana, Juan-Bosco Repiso Jiménez, Magdalena De Troya Martín.

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

El "colgajo del lector" o "reading man flap" (RMF) ha sido recientemente descrito en la literatura. Se trata de un colgajo compuesto que combina diferentes movimientos (rotación, transposición y avance en "V-Y"). Frente a otros colgajos locales, presenta la ventaja de proporcionar el máximo ahorro de tejido sano y una mínima tensión en las zonas de sutura.

Material y Método ▶ Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos en los que se empleó un colgajo RMF para la reconstrucción de defectos quirúrgicos cutáneos (agosto 2016-octubre 2017). Se describen aspectos clinicoepidemiológicos, características de la técnica quirúrgica, complicaciones y resultados cosméticos.

Resultados ▶ Se incluyen 14 pacientes, con predominio masculino (10 varones, 4 mujeres) y edad media de 75 años (SD:11,2). Los tumores intervenidos se localizaron en cuero cabelludo (28%), cara y cuello (36%) y extremidades (36%). El tamaño medio de los tumores fue de 2,3 cm (SD:3,2) y el de los defectos cutáneos resultantes de 3,4 cm (SD:1,84). Entre las complicaciones postquirúrgicas (36%) se encontraron: 1 caso de hematoma (7%) y 5 de dehiscencia de sutura leve (28%). Los resultados cosméticos se consideraron mayoritariamente aceptables/excelentes (92%, 28% y 64% respectivamente). El análisis de resultados por localización anatómica reveló menor número de complicaciones (20%) y resultados estéticos más óptimos (89% excelentes) en los colgajos realizados en cara y cuello.

Conclusiones ▶ cutáneas. No obstante, en nuestra experiencia, la región facial constituye la localización anatómica de elección para dicho colgajo, obteniéndose menor riesgo de dehiscencia postquirúrgica y mejores resultados estéticos.

Bibliografía

Mutaf M, Sunay M, Bulut O. The "reading man" procedure: A new technique for the closure of circular skin defects. Ann Plast Surg. 2008 Apr;60(4):420-5.

Cecchi R, Fancelli L, Troiano M. The "reading man" flap in facial reconstruction: Report of 12 cases. Dermatol Online J. 2012 Feb 15;18(2):16.

CC7 CARACTERÍSTICAS, CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y ESTUDIO DE MÁRGENES DE LAS LESIONES INTERVENIDAS EN CIRUGÍA MAYOR DERMATOLÓGICA

CIRUGÍA

Tamara-Amanda Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruíz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, J. Hernández-Gil Sánchez.

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

Introducción ▶ En el manejo de la patología tumoral dermatológica resulta fundamental una correcta orientación diagnóstica que indique la cirugía, así como su posterior correlación anatómico-clínica y la confirmación de unos márgenes quirúrgicos adecuados. El registro adecuado de la patología quirúrgica es necesario para conocer la actividad realizada y poder compararla con la de otros centros.

Objetivo ▶ Describir las lesiones cutáneas intervenidas en régimen de cirugía mayor en nuestro hospital, así como su correlación clínico-patológica y la afectación de márgenes quirúrgicos.

Material y Método ▶ Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó las lesiones dermatológicas intervenidas en régimen de cirugía mayor, por el Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, en el período comprendido de junio de 2015 a mayo de 2016.

Resultados ▶ Se intervinieron un total de 259 pacientes y 343 lesiones, siendo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente el de carcinoma basocelular (52%) y dentro de éste el subtipo nodular (34% del total).

La localización más frecuente fue la pirámide nasal (17,7%), seguida de la región malar (16,9%) y la frente (12,5%). La gran mayoría de lesiones extirpadas presentaron correlación anatómico-clínica (80,76%) y los márgenes quirúrgicos quedaron libres de neoplasia (93,88%).

Entre los tumores que presentaron márgenes afectos el más frecuente fue el carcinoma basocelular (76,5%) y dentro de éste las variantes nodular (35,29%) y esclerodermiforme (29,41%).

Conclusiones ▶ Llevar a cabo un registro de la patología quirúrgica nos permite conocer la actividad realizada. Podemos decir que en nuestro caso la correlación clínico-patológica y la frecuencia de márgenes quirúrgicos libres es similar o superior a la encontrada en estudios de características similares.

CC8 INJERTOS LAMINARES EN TIRAS OBTENIDOS CON DERMABLADE® PARA CUBRIR GRANDES DEFECTOS EN EL CUERO CABELLUDO

CIRUGÍA

Elena Querol Cisneros, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Alejandra Tomás Velázquez, Pedro Redondo Bellón.
Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.

Introducción ▶ La cobertura de grandes defectos en el cuero cabelludo resulta difícil en muchas ocasiones debido a la poca movilidad y escasa elasticidad de la piel en esta localización. Cuando la realización de un colgajo no es posible, podemos utilizar injertos de piel parcial para cubrir el defecto. Sin embargo, el uso de un dermatomo para la extracción de los mismos, así como la necesidad de suturas de fijación, convierten la técnica en complicada y minuciosa.

Serie de Casos ▶ Se presentan dos pacientes con grandes defectos quirúrgicos en el cuero cabelludo secundarios a la exéresis de tumores cutáneos. Los defectos en ambos casos fueron cubiertos con injertos de piel parcial en forma de tiras estrechas y finas, obtenidas con Dermablade® de la cara anterior del muslo. Los injertos prendieron a los 3 días de la cirugía, y tanto la zona donante como la receptora reepitelizaron en 3 semanas.

Discusión ▶ Proponemos el uso de injertos de piel parcial en tiras como alternativa al clásico injerto obtenido con dermatomo. El empleo de una cuchilla flexible, desechable y disponible comercialmente (Dermablade®) permite obtener finas tiras de piel, de entre 7-9 mm de anchura y de la misma longitud que el defecto a cubrir, de forma rápida y sencilla. Una vez el número de tiras es suficiente, se disponen extendidas sobre el defecto, evitando la formación de pliegues que interferirían con la adhesión al lecho. Finalmente, se cubre con un apósito compresivo, colocado firmemente evitando posibles deslizamientos que pudieran desplazar los injertos.

Esta técnica ofrece dos ventajas: por un lado, el bajo grosor de los injertos permite su adherencia en 3-4 días, y por otro, la zona dadora epitelizará rápidamente desde las intersecciones de piel sana.



**CC9 VERSATILIDAD DEL COLGAJO FRONTAL DE TRANSPOSICIÓN
PARA DEFECTOS EN FRENTE Y SIEN COMO ALTERNATIVA AL DOBLE AVANCE**

CIRUGÍA

Alejandra Tomás Velázquez, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Nuria Rodríguez Garijo, Pedro Redondo Bellón.
Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.

Introducción ▶ La frente y la región temporal son esenciales en la fisionomía facial. Su reconstrucción puede ser un reto por el tamaño de los defectos y los escasos reservorios de piel.

Material y Método ▶ Presentamos 10 pacientes en los que empleamos el colgajo frontal de transposición para cierre de defectos en región frontotemporal secundarios a cirugía oncológica. El menor de los defectos fue de 9 cm² y el mayor de 24 cm². Todos los pacientes fueron intervenidos con anestesia local.

Resultados ▶ El colgajo digitiforme de transposición fue diseñado al azar, verticalmente hacia el cuero cabelludo y adyacente al defecto. En todos los casos se incluyó el músculo frontal, la morfología y el tamaño (longitud y anchura) variaron en función de la localización y tamaño del defecto. El resultado estético final fue satisfactorio. En ningún caso se apreciaron complicaciones.

Discusión ▶ El colgajo de doble avance es antinatural respecto a la irrigación, ya que los vasos en la frente emergen perpendiculares a la línea ciliar y los cortes paralelos pueden limitar la vascularización del tejido desplazado. Además, si el tamaño horizontal del defecto es grande, la excesiva tensión de los colgajos puede comprometer su viabilidad. También las cicatrices pueden marcarse excesivamente dando impresión de escalonamiento.

En contrapartida, el colgajo frontal de transposición permite un diseño al azar por la rica vascularización de la zona. El éxito del diseño radica en el cierre directo de la zona dadora y en la inclusión del músculo frontal, que permite colgajos largos y estrechos.

Conclusiones ▶ El colgajo de transposición frontal puede plantearse como alternativa al colgajo de doble avance en muchos casos, con resultados muy satisfactorios y con escasas limitaciones



7m21

Comunicaciones Orales **LÁSER**



© San Sebastián Turismo & Convention Bureau

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





CL1 TERAPIA FOTODINÁMICA-LUZ ROJA LED 635 NM CON GEL NANOEMULSIÓN BF 200 ALA Y CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL: NUESTRA EXPERIENCIA CON 26 CASOS

LÁSER

Francisco José Navarro Triviño¹, Antonio Martínez López², Lucía González Ruiz³, Valeriano Garrido Torres Puchol¹, Ricardo Ruiz-Villaverde⁴.

(1) Hospital Comarcal Santa Ana, Motril, Granada; (2) Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; (3) Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; (4) Hospital Universitario Campus de la Salud de Granada, Granada.

Introducción ▶ La incidencia del carcinoma basocelular (CB) está aumentando de manera progresiva. Es uno de los tumores que consume de manera importante recursos físicos y económicos en las unidades de dermatología. El tratamiento de los subtipos nodular y superficial ha ido ampliándose a lo largo del tiempo, incorporándose nuevas alternativas, como en este caso, la terapia fotodinámica.

Objetivos ▶ Objetivo principal. Valorar la respuesta al tratamiento con Nanoemulsión BF 200 ALA en carcinoma basocelular superficial a los 3 meses de la última sesión. Objetivos secundarios. Valorar tolerancia al tratamiento. Valorar los posibles efectos secundarios tras el tratamiento. Valorar las características cutáneas a los 3 meses de la última sesión de TFD.

Material y Método ▶ Estudio abierto, no controlado con placebo, unicéntrico, del tratamiento de CB superficial con TFD y Gel Nanoemulsión BF 200 ALA. Diagnóstico clínico y/o histopatológico de carcinoma basocelular superficial previo al tratamiento con TFD. Se ha realizado 2, 3 y 4 sesiones consecutivas según respuesta clínico-dermatoscópica, con un intervalo de 7 días entre sesión. Revisión a los 3 meses tras realizar la última sesión.

Resultados ▶ 26 han recibido TFD-Luz Roja LED 635 nm. La distribución de los pacientes fueron de 16 mujeres y 10 hombres. La edad media fue de 62,48 años (41-80 años). La localización de las lesiones presentó una distribución de Cabeza y cuello 10 (38,46%), Tronco 12 (46,15%) y extremidades 4 (15,38%). El número de sesiones de TFD fue del 42,30% (11 pacientes) para 2 sesiones, del 30,76% para 3 sesiones (8 pacientes) y del 26,92% para 4 sesiones (7 pacientes). Se ha realizado la primera revisión de respuesta de tratamiento a los 3 meses de la última sesión de TFD, cuyos resultados definitivos se expondrán en la reunión. Del mismo modo que se presentará la valoración cutánea a los 3 meses de la terapia, incluyendo los cambios de atrofia cutánea, cambios de pigmentación y la presencia de cicatriz residual.

Discusión ▶ El CB es el cáncer cutáneo no melanoma más frecuente, cuya incidencia crece de manera exponencial, influyendo a pacientes cada vez más jóvenes. La cirugía es y continúa siendo el tratamiento de primera línea, presentando la menor tasa de recurrencia. Sin embargo, su principal secuela, la cicatriz, puede suponer un estigma para el paciente. En la última década se han ido incorporando nuevos tratamientos no quirúrgicos para el manejo de los 2 principales subtipos de CB; el más frecuente, el subtipo nodular, y en segundo lugar, la variante superficial. El CB superficial (CBs) ha vivido una auténtica revolución en su manejo tras la introducción de imiquimod. De hecho, podemos encontrar en la bibliografía ensayos clínicos y otros artículos que demuestran y/o comparan el tratamiento tópico del CBs con imiquimod, TFD con MAL. Recientemente se ha aprobado la indicación de la Nanoemulsión BF 200 ALA en este subtipo de CB, y próximamente se publicarán los resultados del primer ensayo clínico realizado. Presentamos nuestra experiencia con 26 pacientes en el tratamiento del CBs y la Nanoemulsión de BF 200 ALA, así como datos de eficacia, seguridad y características cutáneas tras la valoración del paciente a los 3 meses de la última sesión de TFD. **Conclusiones** ▶ El tratamiento del CB superficial con TFD-Luz Roja LED 635 nm con Gel Nanoemulsión BF 200 ALA es una de las alternativas terapéuticas en la actualidad, con buenos datos de eficacia y seguridad.

CL2 INDICACIONES NO CONVENCIONALES DEL LÁSER DE COLORANTE PULSADO

LÁSER

Alexandra Perea Polak, Sara Simonsen, Elisabeth Gómez Moyano, Ángel Vera Casaño, Leandro Martínez Pilar. Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción ▶ El láser de colorante pulsado (LCP), es un láser no ablativo cuya afinidad por la hemoglobina nos ha permitido abordar el tratamiento de lesiones vasculares de manera satisfactoria. Clásicamente se ha posicionado como referente en el tratamiento de las malformaciones vasculares capilares tipo mancha en vino de Oporto. La experiencia acumulada con este láser en las últimas décadas nos ha permitido abordar el tratamiento de otras lesiones dermatológicas de naturaleza no vascular.

Objetivo ▶ Discutir la utilidad en la práctica clínica diaria y la evidencia científica de algunas indicaciones no clásicas del LCP.

Material y Método ▶ Revisión de nuestra base de datos de los últimos diez años, así como la literatura científica disponible.

Resultados ▶ Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de verrugas vulgares, estrías de distensión, y cicatrices postquemadura, con el LCP. **Discusión:** existen múltiples indicaciones no convencionales donde el LCP puede ser útil, si bien en algunas de ellas existe una evidencia contrastada, en otras la necesidad de nuevos estudios que avalen su uso y eficacia son necesarios.

Conclusiones ▶ En la actualidad podemos abordar el tratamiento de diferentes condiciones dermatológicas de naturaleza no vascular con el LCP, presentándose en ocasiones como una alternativa eficaz a la terapéutica convencional.

CL3 TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUCOIDES MEDIANTE USO COMBINADO DE ESCLEROSIS CON POLIDOCANOL Y LASER ND:YAG 1064 NM PULSO LARGO

LÁSER

Elena Querol Cisneros, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Ignacio Querol Nasarre, Pedro Redondo Bellón.
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra.

Introducción ▶ Aunque la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para los quistes mucoides, tanto digitales como de la mucosa oral, se han propuesto procedimientos alternativos como la esclerosis con polidocanol, la coagulación infrarroja o el láser de CO₂. A pesar de todo ello las recurrencias tras el tratamiento son frecuentes.

Material y Método ▶ Presentamos una serie de 18 pacientes con quistes mucoides, 11 digitales y 8 de mucosa oral, que fueron tratados combinando el efecto esclerosante del polidocanol con el láser Nd:YAG. Tras evacuar por completo el contenido mucoso mediante punción, se introducen a través del propio orificio de drenaje 0,2-0,5 cc de polidocanol al 0,5%. A continuación, se realizan mediante técnica de "stacking", 2-3 disparos sobre la pared del quiste con láser Nd:YAG 1064 nm, (Cutera, Brisbane, spot 7 mm, fluencia 80 Julios/cm², ancho de pulso 30 ms). Se aplicó enfriamiento entre disparos para evitar el daño del epitelio mucoso o epidérmico de revestimiento. El resultado fue satisfactorio en todos los casos tras una sola sesión de tratamiento, y no se observaron recurrencias durante un año de seguimiento.

Discusión ▶ La idea combinar la esclerosis con polidocanol y láser Nd:YAG para el tratamiento de quistes mucoides, surge de la aplicación de este mismo procedimiento para el tratamiento de las venas varicosas. Si bien se desconoce el mecanismo del efecto sinérgico de la combinación de ambos procedimientos, no se han observado efectos adversos mayores, el procedimiento es rápido, mínimamente invasivo y bien tolerado, y los resultados obtenidos parecen mantenerse a largo plazo.

Conclusión ▶ La sencillez, seguridad y eficacia del procedimiento propuesto parece plantear una válida alternativa a la cirugía para el tratamiento de quistes mucoides, tanto digitales como de la mucosa oral.

CL4 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LESIONES PIGMENTARIAS BENIGNAS. SITUACIONES ESPECIALES

LÁSER

Francisco Javier Vázquez Doval.
Dermaclinic, Logroño, La Rioja.

Las lesiones pigmentarias benignas representan una patología muy frecuente en nuestras consultas. Con la introducción de los láseres, la mayoría se tratan de manera muy satisfactoria.

Material y método ▶ Se incluyeron un total de 355 pacientes entre los años 2009 y 2016, afectados de lesiones pigmentarias de naturaleza benigna que acudieron a nuestro centro.

Se trataron con un láser de Nd:YAG (qs) 535-1064 nm y se realizó un seguimiento mínimo de seis meses.

Resultados ▶ Valoramos los siguientes apartados:

- Criterios clínicos de selección: tipo de lesión, valoración dermoscópica, tratamientos previos, antecedentes de melanoma, tipo de piel, expectativas planteadas por el paciente.
- Protocolo de tratamiento según el tipo de lesión pigmentada y la localización.
- Efectos adversos inmediatos y a medio plazo.
- Resultados del tratamiento de las diversas lesiones pigmentarias con láser de Nd:YAG (qs).

Conclusiones ▶ El láser de Nd:YAG (qs) se puede considerar el tratamiento "gold standar" de las lesiones pigmentadas benignas, obteniéndose remisiones completas en un 95% de los pacientes.

El efecto adverso inmediato más frecuente es la púrpura y a medio plazo la hiperpigmentación postinflamatoria.

El láser de Nd:YAG (qs) se puede combinar con láser de CO₂ en situaciones especiales: lentigos de gran tamaño, lentigos asociados a queratosis seborreicas y lentigos actínicos.



CL5 ELECTROQUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL IRRESECABLE

LÁSER

Laura Padilla España, Jesús Raya Maldonado, Tomás Toledo Pastrana, Almudena Fernández Orland.

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

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 el carcinoma de células de Merkel (CCMk). El CCMk es un tumor infrecuente que se presenta en personas de edad avanzada, especialmente en miembros inferiores.

A nivel del Sistema Nacional de Salud esta técnica sólo se oferta en el Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) y Hospital Clínic (Barcelona).

Objetivo, material y método ▶ Demostrar mediante grabación en vídeo la técnica y procedimiento de una sesión de EQT en un paciente con un CCMk irreseccable en miembro inferior izdo, así como el resultado postquirúrgico a las dos semanas.

Conclusiones ▶ La EQT es un tratamiento efectivo y seguro para pacientes con CCMk irreseccable, así como otros tumores primarios o metastásicos cuyo abordaje quirúrgico se haya visto superado.



7/21

Pósteres ONCOLOGÍA



© San Sebastián Turismo & Convention Bureau

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





**P01 TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON METOTREXATO INTRALESIONAL
EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE: EFECTO SOBRE EL ESPESOR TUMORAL**

ONCOLOGÍA

Marta Bergón Sendín, L. Barchino Ortiz, A. Pulido Pérez, P. Vilas Boas da Silva, R. Suárez Fernández.
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción ▶ El metotrexato intralesional (MTX-il) empleado forma neoadyuvante a la cirugía ha demostrado utilidad en el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Esta terapia consigue una disminución del tamaño tumoral prequirúrgico, facilitando así dicho abordaje. Sin embargo, no se ha cuantificado su impacto en el espesor tumoral.

Objetivo ▶ Valoración ecográfica del impacto del MTX-il en el espesor tumoral.

Material y Método ▶ Presentamos 10 casos de CEC que recibieron tratamiento neoadyuvante con MTX-il (2 infiltraciones separadas por 1 semana). Se realizaron estudios ecográficos antes del tratamiento neoadyuvante y antes del tratamiento quirúrgico definitivo. Además de los diámetros mayor y menor de cada lesión, se midió el espesor tumoral ecográfico máximo como diámetro vertical (DV).

Resultados ▶ Se incluyeron 10 pacientes con CEC (6 varones, 4 mujeres) que recibieron 2 dosis de MTX-il, con una media de 19,5mg por infiltración. En todos los casos se consiguió una reducción tanto clínica como ecográfica del tamaño tumoral. El DV medio previo al tratamiento con MTX-il fue de 6,2mm y el DV medio previo al tratamiento quirúrgico fue de 2,6mm. La disminución media del DV fue de 3,6mm (58%). Tras el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica, se encontró un espesor tumoral histológico medio de 1,1mm.

Discusión ▶ Nuestros resultados muestran que la terapia neoadyuvante con MTX-il en el CEC no sólo es capaz de reducir el diámetro de la lesión, sino que también disminuye el espesor tumoral. Este hecho podría suponer una repercusión oncológica sobre la evolución de la enfermedad, al incidir sobre uno de los principales factores de riesgo de este tumor.

Conclusiones ▶ A pesar de que se trata de un número escaso de pacientes, nuestros resultados señalan otra ventaja adicional del MTX-il en el manejo del CEC.

**P02 HISTIOCITOMA FIBROSO BENIGNO CELULAR:
HALLAZGOS CLÍNICOS, HISTOLÓGICOS Y ECOGRÁFICOS**

ONCOLOGÍA

Carmen María Alcántara Reifs, Rafael Salido Vallejo, Gloria Garnacho Saucedo, Antonio Vélez García-Nieto.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción ▶ Se han descrito numerosas variantes de histiocitoma fibroso benigno o dermatofibroma, algunas de las cuales presentan un comportamiento biológico diferenciado, caracterizado por una mayor tendencia a las recurrencias locales e incluso, en muy infrecuentes y controvertidos casos, a dar lugar a metástasis a distancia. Presentamos un caso de histiocitoma fibroso benigno celular (HFBC), junto con los hallazgos histopatológicos y ecográficos de esta variante.

Caso Clínico ▶ Varón de 41 años consulta por lesión tumoral asintomática de 2 años de evolución en cara posterior de la pierna. Se realizó un diagnóstico clínico inicial de dermatofibroma. La ecografía cutánea mostró un nódulo hipocogénico mal delimitado comprometiendo dermis y tejido celular subcutáneo, con un aumento de la vascularización intratumoral prominente en el doppler color. El análisis histológico puso de manifiesto una proliferación de células fusiformes con mitosis salpicadas y un claro predominio del componente celular.

Discusión ▶ El HFBC supone menos del 5% de todos los histiocitomas. Esta variante, caracterizada histológicamente por un predominio del componente celular y que con frecuencia se extiende al tejido celular subcutáneo, plantea el diagnóstico diferencial con el dermatofibrosarcoma protuberans y el leiomiomasarcoma. Se han comunicado tasas de recidiva local hasta en un 26% de los casos. Asimismo, cabe resaltar los infrecuentes y controvertidos casos metastásicos comunicados. En ecografía, los dermatofibromas habitualmente aparecen como nódulos hipocogénicos e hipovascularizados en dermis. En nuestro paciente, la mala definición de la lesión, la extensión al subcutáneo y el aumento tan prominente de la vascularización, características también presentes en tumores de naturaleza maligna, nos hizo optar por la biopsia escisional de la lesión. Dado que los histiocitomas carecen de características clínicas que puedan sugerir su potencial comportamiento agresivo, el uso de ecografía nos proporciona información adicional en torno a las características estructurales y vasculares de esta neoplasia, especialmente útil en los casos clínicamente dudosos.

P03 REVISIÓN DE 20 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN NUESTRO HOSPITAL

ONCOLOGÍA

Lucía González Ruiz, Monserrat Franco Muñoz, Miguel Ángel Flores Terry; Carlos Mendoza Chaparro; Guillermo Romero Aguilera.

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

Introducción ▶ El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino poco frecuente que aparece principalmente en zonas fotoexpuestas de pacientes ancianos y se presenta como nódulos eritematovioláceos de rápido crecimiento. El diagnóstico es principalmente histopatológico. La positividad para CK20 en IHQ es un hallazgo casi patognomónico de este tumor. En los últimos años, se ha descrito la presencia de poliomavirus de células de Merkel en el 80% de los CCM. La cirugía con márgenes amplios es el tratamiento de primera línea. El pronóstico suele ser pobre.

Material y Método ▶ Presentamos la revisión de los casos de CCM de nuestro hospital, que abarca una población de 260.000 habitantes. Se han diagnosticado 20 casos entre el año 2000 y 2016.

Resultados ▶ Según los datos obtenidos, la incidencia en nuestra población es de 0.48/100.000 habitantes y año. La edad media fue de 80 años con predominio en varones. La localización más frecuente fueron áreas fotoexpuestas. El tamaño medio de los tumores fue de 2,8 cm y el tiempo de evolución al diagnóstico de 4,5 meses. La sospecha clínica inicial de CCM fue sólo del 26,6%. El 40% de los pacientes presentó adenopatías sugestivas de malignidad en algún momento del seguimiento. Todos los pacientes excepto uno fueron intervenidos quirúrgicamente. Un 63% de ellos recibió RT y sólo un 13% QT. Algo más de la mitad de los casos presentaron recidiva tumoral. El tiempo de seguimiento medio fue de 29,6 meses. La tasa de mortalidad en nuestra serie de casos fue del 80%.

Conclusiones ▶ Presentamos la revisión de 20 casos de CCM de nuestro hospital. Según las variables analizadas, nuestros datos son similares a los descritos en la literatura. El CCM es un tumor cuya sospecha clínica inicial es difícil e infrecuente. El diagnóstico precoz es fundamental por su comportamiento agresivo con elevada capacidad metastásica y alta mortalidad.

P04 QUERATOACANTOMAS MÚLTIPLES GENERALIZADOS ERUPTIVOS DE GRZYBOWSKI

ONCOLOGÍA

Lucía Turrión Merino, Rita Cabeza Martínez, Dolores Suárez Massa, M. Antonia González de Domingo, Gastón Roustan Gullón.

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Las causas de queratoacantomas múltiples pueden ser esporádicos o familiares. Dentro de los esporádicos se han relacionado con exposición prolongada a carcinógenos químicos, estados de inmunosupresión, asociados a otras condiciones dermatológicas como el Prúrigo Nodular, o asociados a otros tumores internos y neoplasias sebáceas en el síndrome de Muir-Torre entre otros.

Dentro de los síndromes específicos de queratoacantomas múltiples se distinguen dos tipos principales: Los queratoacantomas múltiples generalizados de Grzybowski y el síndrome de queratoacantomas múltiples autorresolutivos de Ferguson-Smith con características diferenciadas.

Presentamos el caso de una paciente con queratoacantomas múltiples sin otras neoplasias ni factores de riesgo asociadas, que por sus características clínicas (elevado número, pequeño tamaño, evolución progresiva, etc) podría encuadrarse dentro del síndrome de queratoacantomas múltiples generalizados de Grzybowski. Tan sólo se han publicado unos 30 casos de este raro síndrome en la literatura hasta este momento.



**P05 PÁPULAS BENIGNAS LINFANGIOMATOSAS POST-RADIOTERAPIA:
UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA**

ONCOLOGÍA

Jose Luis Agudo Mena¹, G. Ochando Ibernón¹, M.E. Gómez Sánchez², M.L. Martínez Martínez¹, E. Escario Travesedo¹.
(1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo, Albacete.

Los linfangiomas son neoplasias benignas que generalmente aparecen en el nacimiento y están constituidas por vasos linfáticos dilatados que pueden llegar hasta el tejido celular subcutáneo. Se han descrito linfangiomas adquiridos secundarios a numerosas etiologías, entre ellas la radioterapia y la cirugía.

Caso Clínico ▶ Mujer de 57 años, con antecedentes personales de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda, que consulta por lesiones asintomáticas de 3 meses de evolución en región torácica izquierda. El cáncer de mama había sido intervenido hacía 3 años mediante mastectomía radical y quimioterapia adyuvante, y posterior uso de tamoxifeno y radioterapia locorregional. A la exploración física se observaban numerosas pápulas agrupadas de coloración marronácea y no translucidas en región torácica izquierda, algunas de aspecto pseudovesiculoso, no infiltradas y sin linfedema asociado.

El estudio histopatológico de una de las lesiones reveló un acumulo de vasos de pequeño calibre y pared fina en dermis superficial. A medida que los vasos profundizaban en la dermis la luz se estrechaba y se hacían más angostos e irregulares, con apariencia linfática. El CD 31 y CD 34 teñían intensamente las células endoteliales y el D2-40, específico de vasos linfáticos, resultó positivo. Con todo ello se llegó al diagnóstico de pápulas linfangiomatosas benignas post-radioterapia (PLBP).

Las PLBP constituyen una rara proliferación cutánea de aspecto vascular y comportamiento benigno. Descritas clásicamente en mujeres entre los 30 y 70 años con historia personal de radioterapia post-operatoria, en relación a un cáncer de mama; aunque también se han descrito casos asociados a cáncer de ovario y endometrio.

Clínicamente se presentan en forma de pequeñas pápulas eritematosas de entre 0.5-1 cm de tamaño, que pueden llegar a agruparse formando pequeñas placas, pudiendo existir lesiones de aspecto pseudovesiculoso asociadas. A nivel histológico es característico encontrar una marcada dilatación vascular en dermis superficial. La proliferación vascular está relativamente bien circunscrita pudiendo alcanzar la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo en raras ocasiones. Los espacios vasculares están tapizados por una única hilera discontinua de células endoteliales con positividad frente al CD31, CD31, factor VIII y D2-40. Es importante el diagnóstico diferencial con las lesiones vasculares atípicas y el angiosarcoma, por lo que el estudio histológico es obligado en estos pacientes.

P06 FIBROXANTOMA ATÍPICO DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

ONCOLOGÍA

Marina Canseco Martín, Carmen Delgado Mucientes, Aitana Robledo Sánchez, María Garayar Cantero, Pilar Manchado López.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Introducción ▶ El fibroxantoma atípico (FA) es una tumoración fibrohistiocitaria superficial rara de malignidad intermedia que clásicamente se presenta en cabeza y cuello de ancianos varones con daño actínico. No suele comprometer miembros ni tejidos blandos a diferencia del sarcoma pleomórfico indiferenciado (también llamado histiocitoma fibroso maligno) aunque ambos comparten patrones histológicos e inmunohistoquímicos similares.

Caso Clínico ▶ Paciente varón 33 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Acude a consulta por lesión en dorso de mano izquierda, asintomática, de 1 año de evolución que ha presentado crecimiento paulatino. A la exploración se objetiva pápula eritemato-marronácea, de 1 cm de diámetro con superficie descamativa, firme al tacto y aspecto fibroso. Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión con resultado anatomopatológico sugestivo de fibroxantoma atípico.

Discusión ▶ El FA es una tumoración de células fusiformes atípicas de bajo grado y etiológicamente relacionado con radiación ultravioleta, otras radiaciones, pacientes trasplantados o afectados de xeroderma pigmentoso. Clínicamente se presenta como lesión tumoral solitaria asintomática, de color rojo-rosado, firme y menos de 2 cm de diámetro localizada en cabeza y cuello de ancianos (80%) y en menor frecuencia a nivel de tronco y extremidades en pacientes jóvenes. Como diagnósticos diferenciales clínicos se incluyen carcinoma espinocelular, basocelular, de Merkel y otros tumores anexiales. El diagnóstico histopatológico es de exclusión, descartando el carcinoma espinocelular de células fusiformes y el melanoma desmoplásico. La inmunohistoquímica es positiva para vimentina, CD 68, CD 99, CD10 y negativa para citoqueratinas, S100, Melan A, actina y desmina. La cirugía con márgenes de 1 cm es el tratamiento de elección, si no se dispone de cirugía de Mohs.

El pronóstico suele ser favorable recomendándose revisiones cada 6 meses. Presentamos el caso clínico de un paciente joven con FA de localización atípica en una extremidad sin factores de riesgo asociados, existiendo pocos casos descritos en la literatura.

**P07 METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO EN VESÍCULA BILIAR:
PRESENTACIÓN DE UN CASO**

ONCOLOGÍA

Marta Elosua González¹, Elena García-Zamora¹, Ana-Gabriela Díaz Zelaya², Fernando Pinedo Moraleda³, José-Luis López Estebaranz¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Quirón San Camilo; (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción ▶ El melanoma cutáneo (MC) representa menos del 5% de los cánceres cutáneos, sin embargo tiene una elevada capacidad metastásica, siendo los lugares más frecuentes los tejidos blandos (50-75%), pulmón (70-87%), hígado (54-77%) y cerebro. Las metástasis gastrointestinales son más infrecuentes, y en vesícula biliar (VB) se consideran algo excepcional.

Caso Clínico ▶ Varón de 53 años con antecedente de MC en abdomen (Breslow 1,2mm, estadio IIA), extirpado en julio de 2012, con posterior ampliación de márgenes y realización de biopsia de ganglio centinela en la que no se identifica ganglio. Se le realizan revisiones periódicas sin observarse alteraciones en las analíticas ni en pruebas de imagen. Un año más tarde, comienza con dolor abdominal, aumento del ritmo intestinal, rectorragia ocasional y pérdida de peso, llegando a presentar dos episodios de pancreatitis aguda. En noviembre 2016 le realizan una gastroscopia y una colonoscopia sin hallazgos relevantes. En marzo 2017 se le realiza una ecografía abdominal por persistencia de los síntomas en la que se observa barro biliar decidiéndose realizar colecistectomía laparoscópica. El estudio histológico muestra una formación polipoide con proliferación de melanocitos atípicos HMB45 y MelanA positivos y CKAE1/AE3 negativos a nivel de la lámina propia con focos de activación juncional diagnosticándose de metástasis de melanoma.

Discusión ▶ Los melanomas que afectan al tracto gastrointestinal pueden ser primarios o metastásicos, siendo indistinguible clínica, radiológica e histológicamente. Una historia clínica de antecedentes de MC, como en nuestro caso, orienta a metástasis en VB. Sólo un 2-4% de los MC presentan metástasis gastrointestinales, siendo lo más frecuente intestino delgado, colon y estómago. Generalmente la metástasis de MC en vesícula biliar presenta un pronóstico muy pobre (supervivencia del 15% a los 5 años) y suele cursar asintomática, dificultando su diagnóstico, pero en casos raros puede dar síntomas como dolor abdominal o colecistitis aguda.

**P08 MELANOMA PRIMARIO PLEURAL:
UN TUMOR INFRECUENTE DE PRONÓSTICO INFAUSTO**

ONCOLOGÍA

Antonio Martínez López¹, M. José Moyano Rodríguez², Ahinoa M. Bueno Rodríguez¹, Luis Salvador Rodríguez¹, Salvador Arias Santiago¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; (2) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción ▶ Aunque la tasa de incidencia del melanoma a nivel mundial es de 160.000 pacientes-año, solo entre un 8-10% de los tumores se originan fuera de la piel, siendo el melanoma corneal el más frecuente de los extracutáneos.

Caso Clínico ▶ Una paciente de 23 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de piel, fue derivada a nuestro centro hospitalario para intervención quirúrgica de un tumor costal izquierdo de 8,5 cm de 6 meses de evolución, con crecimiento rápido y progresivo. La exploración física mostró una masa infiltrada y adherida a la séptima costilla izquierda, la cual se observaba desestructurada en la imagen de TAC. La paciente no presentaba ninguna otra sintomatología, y el resto de la exploración física y radiológica fue normal. Durante la intervención quirúrgica se observó una masa hiperpigmentada con implantes metastásicos pleurales y diafragmáticos, y el estudio histológico intraoperatorio fue diagnóstico de melanoma. Tras la intervención se realizó una exploración oftalmológica y endoscópica, siendo ambas negativas. La paciente rechazó recibir tratamiento oncológico, estando en la actualidad en seguimiento y sin presentar nuevas metástasis sistémicas.

Discusión ▶ El melanoma pleural es un tumor muy infrecuente, con menos de 10 casos descritos en la literatura. Al ser uno de los melanomas menos frecuentes dentro de los de localización atípica el diagnóstico suele ser tardío y el pronóstico infausto. El principal diagnóstico diferencial se realiza con el mesotelioma, siendo fundamental el uso de marcadores inmunohistoquímicos. Finalmente, es importante remarcar el despistaje de este tumor en pacientes con nevus congénitos gigantes y sintomatología respiratoria asociada.



P09 ANGIOSARCOMA CUTÁNEO CON METÁSTASIS PAROTÍDEA

ONCOLOGÍA

Pablo Chicharro-Manso¹, Pedro Rodríguez-Jiménez¹, Karla Montañés², Yolanda Delgado¹, Elena Gallo¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción ▶ El angiosarcoma cutáneo (AC) es una neoplasia vascular maligna infrecuente, típica de edades avanzadas y localizada habitualmente en cabeza y cuello. Hasta el 36% de los pacientes presentan metástasis en su evolución.

Caso Clínico ▶ Varón de 72 años que acude a consultas de Dermatología por aparición un año antes de lesión tuberosa sobre mácula pigmentada en región frontoparietal derecha, ambas de crecimiento lento. En la exploración presenta una mácula marrónácea 10x4cm con bordes mal definidos y una lesión tuberosa sobre la anterior, violácea y de consistencia dura, de 1cm de diámetro. No se palpan adenopatías, pero sí un aumento difuso de tamaño de la glándula parótida derecha. La biopsia de la lesión tuberosa muestra una tumoración dérmica con crecimiento infiltrativo, constituida por células epitelioideas formando estructuras lumbinales centrales ocupadas por hematíes. Las células tumorales expresan CD31 y ERG. Múltiples biopsias de la región macular sólo muestran histología de hiperpigmentación postinflamatoria. Con el diagnóstico de AC, se realiza extirpación con 2cm de margen lateral, hasta periostio en profundidad y reconstrucción con injerto laminar obtenido de muslo. En estudio de extensión mediante TC y RMN se objetiva tumoración irregular en lóbulo superficial de glándula parótida derecha de 2x4x2cm, con realce periférico. Tras punción aspiración inicial con citología inespecífica, se realiza parotidectomía superficial por parte de Otorrinolaringología, confirmando infiltración metastásica por AC. En sesión multidisciplinar, se decide tratamiento adyuvante con radioterapia, permaneciendo estable clínicamente hasta el momento.

Discusión ▶ El AC es un tumor altamente agresivo, con una supervivencia media a los 5 años entre el 12 y el 48%, debido en parte al elevado porcentaje de recurrencias y metástasis. Las metástasis de AC en glándula parótida son extremadamente raras, representando menos del 0.7% en alguna de las mayores series publicadas. Su baja incidencia nos impide conocer las repercusiones pronósticas.

P010 MELANOMA DURANTE TRATAMIENTO CON NATALIZUMAB PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ONCOLOGÍA

Pablo Munguía Calzada, Yolanda Hidalgo García, Francisco Vázquez López, Cristina Galache Osuna, Jorge Santos Juanes.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción ▶ La posible asociación entre el uso de Natalizumab (NA) y un mayor riesgo de desarrollo de melanoma es objeto de controversia. El NA es un anticuerpo monoclonal dirigido contra las integrinas alfa 4 que se utiliza para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM) y la enfermedad de Crohn.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de una mujer de 48 años, diagnosticada de EM. Comenzó tratamiento con NA en 2010 (1 dosis mensual). En junio de 2016 notó la aparición de una lesión en la cara anterior del muslo derecho. En la consulta se observó una mácula marrón y negra de 8 mm de diámetro con variaciones de color y bordes irregulares. La histopatología reveló un melanoma de extensión superficial (Breslow 0.978, Clark IV, índice mitótico >1 mm²). Se realizó biopsia de ganglio centinela que fue negativa. Tras el diagnóstico de melanoma se suspendió el tratamiento con Natalizumab. Además tras la exéresis del melanoma la paciente desarrolló aproximadamente 20 nevus melanocíticos adquiridos con patrón regular en la dermatoscopia. Un año más tarde los nevus eruptivos permanecen estables y no hay signos de recurrencia o metástasis del melanoma.

Discusión ▶ La aparición de melanoma en pacientes tratados con NA se ha descrito ocasionalmente. Hasta el momento no ha sido probada una relación causal. Un metaanálisis de datos de seguridad procedentes de ensayos clínicos de NA mostró que la incidencia de melanoma fue similar entre pacientes que recibieron NA comparado con los que recibieron placebo. Sin embargo, estudios en población italiana han estimado que la incidencia de melanoma en pacientes con EM tratados con NA es mayor. Además, no hemos encontrado en la literatura la descripción de aparición súbita de nevus tras tratamiento con este fármaco.

P011 ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 11 CASOS

ONCOLOGÍA

Elena García Zamora, Marta Elosua González, Román Miñano Medrano, Fernando Pinedo Moraleda, José L. López Estebaranz.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción y Objetivos ▶ La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia cutánea infrecuente. Se trata de un adenocarcinoma intraepitelial descrito por primera vez por Crocker en 1889 que generalmente afecta a individuos de raza blanca entre los 50-80 años. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, histológicas, tratamiento y seguimiento realizado a todos los pacientes con EPEM conocidos hasta la fecha en nuestro hospital y comparar los resultados con las series de casos descritas en la literatura.

Material y Método ▶ Realizamos un estudio retrospectivo durante 12 años consecutivos, entre 2004 y 2016, de los diagnósticos registrados en la base de datos del servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid), analizando las características demográficas, clínicas, tratamiento y seguimiento realizados.

Resultados ▶ A lo largo de 12 años, hemos tratado 11 pacientes con EPEM. Se trata de 7 mujeres (63,6%) y 4 varones (36,3%), con una edad media de 64 años. La localización más frecuente fue la vulvar (7, 63,6%) seguida de la escrotal (2, 18,1%). El despistaje de neoplasias asociadas fue negativo en todos los casos. En 4 pacientes se realizó cirugía micrográfica de Mohs en diferido mientras que 5 fueron sometidos a extirpaciones amplias con márgenes clínicos. El estudio histopatológico reveló infiltración dérmica en 5 casos (45,4%). Hasta la fecha, todos los pacientes siguen vivos, aunque una paciente ha desarrollado diseminación a distancia, con metástasis ganglionares y óseas y se encuentra bajo tratamiento quimioterápico con carboplatino y paclitaxel con respuesta parcial.

Conclusiones ▶ Nuestros datos en términos de características demográficas, localización y supervivencia son similares a los descritos en la literatura. La baja incidencia de esta enfermedad y su clínica inespecífica nos debe alertar sobre la necesidad de establecer una alta sospecha clínica para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.

P012 TERAPIA FOTODINÁMICA CON ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO CON LUZ DE DÍA. PARA EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 33 CASOS

ONCOLOGÍA

Carlos Cuenca Barrales, D. López Delgado, S. Sáenz Guirado, J.C. Ruiz Carrascosa, R. Ruiz Villaverde.
Hospital Campus de la Salud, Granada.

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento ampliamente aceptado para las queratosis actínicas. Las ventajas que aporta sobre la criocirugía o los tratamientos tópicos radican en la posibilidad de tratar un mayor número de queratosis actínicas simultáneamente, así como su actuación sobre el campo de cancerización, en una o dos sesiones en la mayoría de casos. En los últimos años, se ha implantado en el uso de TFD la luz de día, que aporta como principal ventaja con respecto a la modalidad convencional una menor tasa de efectos secundarios, especialmente el dolor.

Presentamos una serie de 33 pacientes tratados en el Hospital Campus de la Salud de Granada en el periodo Junio 2016-Junio 2017 diagnosticados de actínicas grados II y III localizadas en óvalo facial y tratados con ácido aminolevulínico (ALA) en modalidad TFD luz de día. El 87,9% (29/33) de los pacientes fueron varones con un rango de edad entre 56 y 92 años, y una media de 76. El 60,6% (20/33) eran de fototipo III, y el 39,4 (13/33) restante de fototipo II, habiendo recibido el 60,6% (20/33) una exposición solar crónica o laboral y el 39,4 (13/33) una exposición aguda intermitente o recreativa. Las variables analizadas incluyeron número de sesiones, tiempo entre sesiones (si número >1), respuesta al tratamiento, Escala Visual Analógica de dolor (EVA) y efectos secundarios asociados. El único tratamiento aprobado hasta la fecha para TFD con luz de día es el metilaminolevulinato. La principal ventaja del ALA con respecto a éste es una mayor penetración en las células del fármaco por su liposolubilidad, con el consiguiente incremento en la efectividad terapéutica. Su uso aún no está aprobado para TFD con luz de día, por lo que debe usarse fuera de ficha técnica, especificándolo en la historia clínica y con consentimiento informado del paciente.



**P013 METÁSTASIS CUTÁNEAS DE TUMORES DE ÓRGANOS SÓLIDOS:
ESTUDIO EN 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO**

ONCOLOGÍA

Miguel Ángel Flores Terry, Lucía González Ruiz, Monserrat Franco Muñoz, Carlos Mendoza Chaparro, Guillermo Romero Aguilera.

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

Introducción ▶ Se denomina metástasis cutáneas (MC) a la infiltración de la piel células procedentes de tumores situados a distancia. Son poco frecuentes con un alto impacto, debido a que ponen en evidencia un proceso sistémico y amenaza de la vida a corto plazo. Con el aumento de la supervivencia y los nuevos tratamientos oncológicos se estima un aumento de su incidencia.

Objetivo ▶ Determinar y analizar las características clínicas y evolución de los pacientes con MC de tumores de órgano sólidos (MCTOS).

Material y Método ▶ Estudio observacional y retrospectivo en 10 años de seguimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología de un hospital terciario, se analizaron las variables (sexo, edad, origen, momento de presentación, morfología de la metástasis, localización, supervivencia y mortalidad).

Resultados y Discusión ▶ En total registramos 32 MCTOS, todas en estadio III-IV, 20 mujeres y 12 varones, con una edad media de 62 años, rango (25-92). El mayor porcentaje fueron MC de tumores de mama (18/32), seguidas por las de origen pulmonar (4/32). En un 75% fueron posteriores al tumor primario, en un 25% como presentación inicial. La morfología de las MC fueron principalmente nódulos únicos o múltiples (65%). La localización fue, en su mayor porcentaje, la piel del tórax (55%). El tiempo medio de supervivencia entre la MC y la mortalidad fue de 15 meses, siendo mayor en el caso de MC de mama con respecto a otros orígenes (22 vs 9 meses). La localización en la piel del tórax, y el mayor tiempo de supervivencia de las MC de mama, pueden estar relación con la vía de diseminación linfática inicial.

Conclusiones ▶ Las MCTOS son tumores poco frecuentes con un alto impacto negativo. Dentro de estos tumores, las MC de mama son las más frecuentes y presentan un tiempo medio de supervivencia mayor que el resto de MC.

P014 SÍNDROME DE REED DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

ONCOLOGÍA

Paula Fernández Canga, Pedro Sánchez Sambucety, José Castiñeiras González, Alicia Pérez Bustillo, Manuel Ángel Rodríguez Prieto.

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

La leiomiomatosis cutánea y uterina múltiple (MCUL) es una enfermedad hereditaria poco frecuente caracterizada por la presencia de leiomiomas cutáneos y uterinos. Existe, además, una variante asociada a carcinoma de células renales.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con historia previa de histerectomía por miomas y en seguimiento dermatológico tras la exéresis de un carcinoma basocelular. En una de sus visitas refiere la extirpación de un leiomiosarcoma en región mandibular y a los dos meses, la detección de un carcinoma papilar tipo II, tras el estudio de una hematuria reciente. Con la sospecha de un síndrome de Reed, rehistoriamos a la paciente que nos confirma historia familiar de histerectomía por miomas en su madre y hermana, a edades tempranas. Le proponemos estudio genético, aún pendiente de realizarse, y a su hermana, estudio urológico de despistaje.

El síndrome de Reed o MCUL fue descrito por Reed et al. en 1973. Es una enfermedad rara, autosómica dominante, producida por la mutación en el gen de la fumarato hidratasa (supresor tumoral). Se manifiesta por la aparición de leiomiomas uterinos de forma precoz en la mujer (antes de la cuarta década) y de leiomiomas cutáneos en ambos sexos, siendo el tipo más frecuente el piloleiomioma. Los leiomiosarcomas, como en el caso descrito, representan una forma excepcional de presentación. Existe además, un aumento de la incidencia de cáncer renal en las familias con MCUL. El más frecuente es el carcinoma renal papilar tipo II que se presenta más precozmente que el esporádico y con un comportamiento más agresivo.

El conocimiento del síndrome de Reed y sus manifestaciones cutáneas es importante en dermatología. La presencia de leiomiomas o leiomiosarcomas (variante atípica que hemos presentado en este caso) puede ser clave en su diagnóstico, que será imprescindible para realizar despistaje urológico y ginecológico y un adecuado consejo genético.

**P015 CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL AGRESIVO EN TRASPLANTADO RENAL
¿CÓMO DEBEMOS MANEJAR A ESTOS PACIENTES?**

ONCOLOGÍA

Carlos Mendoza Chaparro, Miguel-Ángel Flores Terry, Monserrat Franco Muñoz, Lucía González Ruiz, Guillermo Romero Aguilera.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción ▶ El CCM es una forma infrecuente y agresiva de cáncer de piel causado por la infección por el poliomavirus de células de Merkel. Los pacientes inmunosuprimidos tienen una mayor incidencia y peor supervivencia. Presentamos un paciente trasplantado renal con un CCM que le provocó la muerte a los 2 meses del diagnóstico.

Caso Clínico ▶ Varón de 64 años trasplantado renal en 2005 por IRC 2ª a nefropatía IgA, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y prednisona, con antecedente de dos carcinomas basocelulares en 2013 y 2015, que nos consultó por lesión tumoral frontal izquierda de 2 meses de evolución. Dicha lesión medía 7mm, color rosado de consistencia firme, con dermatoscopia inespecífica. Se realizó extirpación con Dgco AP de CCM. Mientras era estudiado por radioterapia desarrolló adenopatía submandibular que se confirmó mediante PAAF como metastásica, suspendiéndose la medicación inmunosupresora. Comenzó con mal estado general, ascitis y elevación de transaminasas, siendo ingresado. Se realizó TAC que mostró múltiples metástasis hepáticas descartando presencia de otro tumor primario. El paciente falleció por fracaso multiorgánico.

Discusión ▶ La incidencia de CCM en trasplantados es de 12 casos/100.000 personas al año, 24 veces superior a la de la población general. La mortalidad directamente relacionada con la enfermedad es 12 veces superior a los pacientes inmunocompetentes. No existen recomendaciones específicas para el manejo de estos pacientes en las guías clínicas, aunque se recomienda RT adyuvante y BSGC aún en ausencia de datos clinicopatológicos de mal pronóstico. El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento con inhibidores de mTor, que se ha asociado con menor incidencia de carcinoma epidermoide, fue un factor independiente de riesgo de CCM en la mayor serie publicada en pacientes trasplantados. Un panel de expertos recomendó en 2006 la disminución moderada del tto inmunosupresor en trasplantados renales ante el dgco de CCM, y su supresión total en casos de mal pronóstico.

**P016 CARCINOMAS EPIDERMOIDES ERUPTIVOS EN CUERO CABELLUDO
EN NIÑO DE 8 AÑOS INMUNODEPRIMIDO**

ONCOLOGÍA

Marc Mir Bonafé, Valia-Patricia Beteta Gorriti, Sheila Requena López, Pablo Munguía Calzada, Álvaro De Dios Velázquez. *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.*

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento que proporciona una mayor esperanza de vida en pacientes con diversas patologías graves. Sin embargo, se trata de una terapia con un seguimiento complejo que se debe realizar de manera multidisciplinar. A nivel dermatológico, es importante monitorizar estos pacientes no sólo por el riesgo de desarrollar enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) sino por el aumento en el riesgo de cáncer cutáneo.

Presentamos el caso de un niño varón de 8 años, con antecedente de TPH alogénico cuando tenía 2 años tras diagnóstico de LLA-B común. Tras 6 años el paciente consulta la aparición durante los últimos 6 meses de múltiples nódulos queratósicos en el cuero cabelludo. Tras el estudio histopatológico, se llegó al diagnóstico de carcinomas epidermoides eruptivos en un paciente con TPH. Para el manejo de este cuadro se adoptaron diversas medidas: suspender el voriconazol (por la asociación con un aumento del riesgo de cáncer cutáneo), extirpación quirúrgica de lesión frontal que requirió reconstrucción mediante injerto de piel cultivada y diferentes terapias para el abordaje del campo de cancerización: crioterapia, 5-fluoracilo 0,5%, imiquimod 5% y diclofenaco, sin éxito. Actualmente está en tratamiento mediante infiltraciones intralesionales de metrotexate 20mg semanalmente, con respuesta parcial.

La aparición de carcinomas epidermoides en población pediátrica es una relación poco descrita en la literatura por lo que nos parece interesante tanto desde el punto de vista diagnóstico como por la dificultad terapéutica que entraña. En nuestro caso, optó por el metrotexate como tratamiento paliativo y neoadyuvante de cara a posibles futuras intervenciones. Estos pacientes requieren una monitorización y manejo multidisciplinarios, en los que la prevención, detección precoz y seguimiento son fundamentales.



**P017 CARCINOMAS ESPINOCELULARES ERUPTIVOS MÚLTIPLES
EN PACIENTE TRATADO CON VISMODEGIB**

ONCOLOGÍA

Javier J Domínguez Cruz, Pablo Martín Carrasco, María Dañino, Carmen Pérez, Julián Conejo-Mir.
Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción ▶ El vismodegib es un tratamiento del carcinoma basocelular (CBs) localmente avanzados o metastásico. Mohan et al publicaron un aumento del riesgo de presentar carcinomas espinocelulares (CEs) (hazard ratio=6.37) en una cohorte de 55 pacientes con CBs después del tratamiento con vismodegib comparado con una cohorte de 125 pacientes con CBs no tratados con vismodegib. Sin embargo, tanto la metodología del estudio como los resultados que en él se obtuvieron han sido muy discutidos en la literatura.

Caso Clínico ▶ Paciente varón de 73 años en tratamiento desde hacía 8 meses y medio con vismodegib por un CB localmente avanzado, intervenido previamente en múltiples ocasiones, de la zona periocular izquierda. El paciente había sido tratado con anterioridad de varios CBs y de un único CE en el pabellón auricular derecho, esta última lesión 1 mes antes de empezar el tratamiento con vismodegib. A los 8 meses y medio de empezar el tratamiento con vismodegib el paciente consultó por la aparición de múltiples lesiones erosionadas de rápida evolución en la superficie de extensión de los miembros superiores (x4) así como de una lesión en el pabellón auricular izquierdo. El paciente refería no haber presentado previamente lesiones similares, ni en los miembros superiores. Se procedió al estudio histológico de las lesiones confirmándose el diagnóstico de CEs múltiples.

Discusión ▶ Se presenta un caso de rápida aparición de CEs cutáneos múltiples en el contexto de un paciente tratado con vismodegib. En algunos casos seleccionados el vismodegib podría favorecer la aparición de CEs. Es necesario nuevos estudios que puedan aclarar esta posible relación y que pacientes serían de mayor riesgo.

Bibliografía

1. Mohan SV, Chang J, Li S, Henry AS, Wood DJ, Chang AL. Increased risk of cutaneous squamous cell carcinoma after vismodegib therapy for basal cell carcinoma. *JAMA Dermatol.* 2016;152:527-532.
2. Mattei PL, Alora-Palli MB, Kraft S, Lawrence DP, Flaherty KT, Kimball AB. Cutaneous effects of BRAF inhibitor therapy: a case series. *Ann Oncol.* 2013;24:530-537.

**P018 LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES TIPO PIERNA BILATERAL
TRATADO CON R-MINICHOP**

ONCOLOGÍA

Ignacio Torres Navarro, Jennifer Piqueras García, Anaid Calle Andrino, Paula Molés Poveda,
Rafael Botella Estrada.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Introducción ▶ El linfoma B difuso de células grandes tipo pierna (LBDCG, TP) constituye una neoplasia linfoide maligna infrecuente de estirpe B. Este linfoma se presenta típicamente en ancianos, con predominio femenino, a modo de tumores solitarios o agrupados, en ocasiones ulcerados, que se localizan preferentemente en la porción distal de una pierna.

Caso Clínico ▶ Mujer de 80 años que presentaba lesiones tumorales eritematosas pruriginosas de 2 meses de evolución, de inicio en región distal de la pierna derecha y rápida progresión afectando también a la izquierda. La paciente no presentaba síntomas sistémicos.

La biopsia mostró un denso infiltrado dérmico compuesto por linfocitos atípicos de núcleos grandes no hendidos a tipo centroblasto e inmunoblasto. Dichos linfocitos eran monoclonales, CD20+, CD79a+, BCL2+, MUM1+.

Con ello, se diagnosticó LBDCG, TP con afectación de ambas extremidades inferiores.

El estudio de extensión consistente en PET-TC, biopsia de médula ósea y analítica sanguínea no mostró afectación extracutánea.

Se realizaron ecocardiografía y pruebas funcionales respiratorias y se inició tratamiento con R-miniCHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona y rituximab) alcanzándose remisión de las lesiones.

Discusión ▶ El LBDCG, TP se caracteriza por su mal pronóstico y su alta tasa de recidivas, mostrando una supervivencia del 40-50% a los 5 años.

El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con el linfoma centro folicular con predominio de centroblastos y centrocitos grandes.

El régimen R-miniCHOP constituye una alternativa terapéutica interesante en pacientes mayores. Consiste en una reducción de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina al 50% de la dosis habitual para disminuir la incidencia de efectos secundarios, especialmente la cardiotoxicidad por antraciclina.

Otra opción terapéutica sería la radioterapia y, en el futuro quizás se disponga de tratamiento con inhibidores de la tirosin kinasa de Bruton, actualmente en ensayo clínico con resultados prometedores.

P019 MICOSIS FUNGOIDE POIQUILODÉRMICA

ONCOLOGÍA

Teresa Usero Bárcena¹, M^a Mercedes Otero Rivas¹, Romina Rodríguez Lojo¹, Eugenia García Rodeja Arribi², M^a Luisa Fernández Díaz¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción ▶ La Micosis Fungoide (MF) Poiquilodérmica es una variedad infrecuente de MF que cursa con lesiones hiper e hipopigmentadas con atrofia y telangiectasias. Se presenta a una edad más temprana que MF clásica y suele tener un pronóstico favorable.

Caso Clínico ▶ Mujer de 33 años sin antecedentes familiares de interés, con historia de lesiones cutáneas generalizadas asintomáticas desde los 11. A la exploración se apreciaban zonas parcheadas con hiperqueratosis alternando con otras hipopigmentadas atróficas, en extremidades y tronco. No presentaba adenopatías palpables, ni clínica sistémica. Tras 2 años de seguimiento y varias biopsias se llega al diagnóstico de MF Poiquilodérmica. Se deriva a hematología solicitándose estudio de extensión. En el TC se objetivan adenopatías y alteración esplénica sin infiltración neoplásica en biopsia ganglionar ni de médula ósea. Se decide tratamiento con UVBBE con mejoría clínica importante tras 60 sesiones manteniéndose estable hasta la actualidad.

Discusión ▶ El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas que cursan con atrofia puede ser un reto para el dermatólogo ya que además de ser infrecuentes pueden estar derivadas de múltiples causas. En nuestro caso la edad temprana de aparición de las lesiones, así como la presentación generalizada y la ausencia de lesiones clásicas de MF retrasó el diagnóstico. Dada la gravedad de la enfermedad es importante la sospecha de la misma ante cualquier lesión poiquilodérmica que se presente en un área no fotoexpuesta.

P020 CARCINOMA APOCRINO CUTÁNEO PRIMARIO

ONCOLOGÍA

Román Miñano Medrano¹, Elena García Zamora¹, Marta Elosua González¹, Reyes Gamo Villegas¹, Fernando Javier Pinedo Moraleda².

(1) Servicios de Dermatología y (2) Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid.

El carcinoma apocrino cutáneo primario es un subtipo de carcinoma de la glándula sudorípara extremadamente raro. Descrito por Horn en 1944 existen pocos casos en la literatura.

Caso Clínico ▶ Varón de 61 años que acudió a nuestras consultas por presentar en axila derecha una lesión, pediculada, de 1 cm, color de la piel normal, con base eritematosa. 5 años de evolución. Acompañado de sensación de escozor. Con el diagnóstico clínico de fibroma blando se realizó curetaje y electrocoagulación de la base. El estudio anatomopatológico se informó como carcinoma apocrino. Se realizó estudio de extensión con mamografía y ecografía bilateral, no observándose tejido mamario accesorio ni nódulos ni microcalcificaciones sospechosas de malignidad. Se realizó ampliación de márgenes clínicos que hubo que realizar en dos ocasiones por margen lateral afecto.

Conclusión ▶ El carcinoma apocrino cutáneo primario es excepcional, suelen presentar un crecimiento lento e indolente diagnosticándose de lesiones benignas. Afectan principalmente axila y región anogenital, aunque puede aparecer también en cuero cabelludo, párpado, pabellón auricular, labio, tórax, areola mamaria, y dedos de manos y pies. Presenta una alta tasa de recurrencia y metástasis ganglionar, pero raramente metástasis a distancia. No existiendo guías clínicas para el manejo de estos tumores, la extirpación con márgenes amplios con o sin linfadenectomía es de momento el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Robson A; et al. Primary cutaneous apocrine carcinoma: a clínico-pathologic analysis of 24 cases. 2008 Am. J. Surg Pathol. 32:682-690.
2. Horn RC. Malignant papillary cystadenoma of sweat glands with metastases to regional lymph nodes. Surgery 1944; 16:348-355



**P21 CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER CUTÁNEO DE LA PIRÁMIDE NASAL
INTERVENIDO POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN DURANTE LOS AÑOS 2013-2014**

ONCOLOGÍA

Carlos Pelayo Hernández Fernández¹, Adrián H. Suárez Cabañas², Jaime Vilar Alejo¹, Mercè Grau Pérez¹, Gregorio Carretero Hernández¹.

Servicios de (1) Dermatología y (2) Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción ▶ El cáncer cutáneo es la patología tumoral maligna más frecuente en la población general. La pirámide es nasal una zona de emplazamiento frecuente, dado su alto nivel de fotoexposición.

Material y Método ▶ Estudio observacional retrospectivo de aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer cutáneo de la pirámide nasal. Se definieron variables epidemiológicas, clínico-patológicas y terapéuticas. Los datos se analizaron utilizando como pruebas estadísticas la "t" de Student, correlación de Pearson y chi-cuadrado.

Objetivos ▶ Analizar las características del cáncer cutáneo de la pirámide nasal en población intervenida por el servicio de dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín durante los años 2013 y 2014.

Resultados ▶ Se incluyeron 375 pacientes. El 52,8% fueron varones. La edad media y desviación típica fueron 72±12 años. El 88,3% de los casos fueron lesiones primarias, y el resto lesiones recidivantes previamente intervenidas. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma basocelular (94,9%). Las zonas más afectadas fueron el ala nasal (32,5%) y pared lateral (29,1%). El 23,2% de las lesiones se extirparon con márgenes afectos. La técnica más empleada en ala, pared lateral y punta nasal fue la reconstrucción con colgajo (63,2%); en dorso y puente nasal lo fue el cierre directo (35,7%).

Discusión ▶ En nuestra población el carcinoma basocelular es con mucho el cáncer cutáneo más frecuente de la pirámide nasal, siendo ala y pared lateral las zonas más afectadas. Más del 10% de los casos corresponden a lesiones reintervenidas quirúrgicamente. Tras la extirpación, casi el 25% de los pacientes presenta afectación de los márgenes tumorales.

Conclusiones ▶ En nuestra experiencia, la extirpación del carcinoma cutáneo localizado en la pirámide nasal habitualmente requiere cierre mediante colgajo cutáneo. Un porcentaje importante de casos corresponde a lesiones no primarias. Con frecuencia existe afectación de los márgenes tumorales, siendo fundamental practicar un seguimiento activo.

P22 CARCINOMA EPIDERMOIDE METASTÁSICO EN PACIENTE TRANSPLANTADA

ONCOLOGÍA

Catiana Silvente San Nicasio¹, Natividad Cano Martínez¹, Diana Velázquez Tarjuelo¹, M^a Angeles Martínez Izquierdo², Pablo de la Cueva Dobao¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

En los pacientes con trasplante de órgano sólido el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) aparece con una incidencia 65 veces mayor respecto a la población general. Además, en estos pacientes presenta una mayor tasa de recidiva y de mortalidad.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad con antecedentes personales de enfermedad crónica renal secundaria a poliquistosis, por la que fue trasplantada en 2 ocasiones. En octubre de 2015 se le extirpa una lesión tumoral de 1cm en dorso nasal tratándose de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, que infiltra el tejido muscular; la lesión se localiza a 1mm del borde quirúrgico profundo, y se observan imágenes de infiltración perineural. Se remite a radioterapia. En septiembre del año siguiente acude a consulta por una tumoración empastada y adherida, de superficie rojo-violácea no ulcerada, de 2cm en mejilla derecha. Se interviene la lesión mediante cirugía de Mohs, realizándose 3 pases, llegando y extirpando periostio.

Se informa como infiltración subcutánea por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, características similares a biopsias previas; con bordes libres. Se observan imágenes de infiltración perineural y permeaciones vasculares. Se trataría de una metástasis subcutánea (en tránsito) del carcinoma epidermoide extirpado en 2015. La paciente es remitida nuevamente para radioterapia.

En diciembre 2016 acude a urgencias por dolor e inflamación en región submandibular y cervical derecha. En el TAC se confirma la presencia de adenopatías de tamaño patológico retromandibular y submandibular derecha, laterocervical derecha en territorio parotídeo y en región supraclavicular derecha. Se realiza vaciamiento cervical funcional bilateral, detectándose infiltración tumoral metastásica en el lado derecho. En el TAC realizado en marzo de 2017 se pone de manifiesto la presencia de metástasis pulmonares bilaterales con afectación metastásica pleural derecha secundaria y adenopatía infrahiliar izquierda. Se inicia tratamiento quimioterápico.

Actualmente la enfermedad se encuentra en progresión.

P23 UNA DERMATITIS ARTEFACTA QUE ACABÓ EN HEMATOLOGÍA

ONCOLOGÍA

Macarena Morales Conde, Tomás Toledo Pastrana, Juan-José Ríos Martín, Jesús Raya Maldonado, Anna Bota Llorca.
Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción ▶ Generalmente aquellos cuadros cutáneos que presentan una morfología regular o lineal, que se localizan en zonas accesibles para el paciente y que no pueden ser explicados por un proceso dermatológico espontáneo, son diagnosticados de dermatitis artefacta. Sin embargo, siempre hay que excluir cualquier otra entidad que pueda presentarse de forma atípica. Presentamos un caso con sospecha inicial de dermatitis artefacta que resultó ser una neoplasia muy infrecuente.

Caso Clínico ▶ Mujer de 58 años que consultó por varias lesiones pruriginosas en cuero cabelludo de 5 meses de evolución tórpida. Ella misma asociaba el desarrollo de estas lesiones al rascado crónico, hasta provocarse úlceras, por un cuadro de ansiedad mantenida. Previamente había sido valorada por otros médicos no dermatólogos que no habían dado importancia a la lesión visto el mecanismo explicado por la paciente y su estado emocional.

A nuestra valoración apreciamos una lesión exulcerada localizada en región parietal izquierda de 8 x 4 cm, acompañada de otras menores de 1 cm en región occipital y de un componente edematoso no ulcerado que se extendía hacia la región frontal izquierda de 6 cm. Pese a la sospecha inicial, la histología de la lesión orientaba a una proliferación neoplásica no filiada. Estudios de inmunohistoquímica y una nueva biopsia aclararon el diagnóstico: sarcoma histiocítico.

Discusión ▶ El sarcoma histiocítico es una neoplasia hematológica maligna infrecuente de estirpe histiocitaria. La afectación cutánea puede ser exclusiva en los casos localizados o puede constituir una manifestación de los casos que son sistémicos. El comportamiento es agresivo cuando la afectación es multifocal, con una alta tasa de mortalidad a pesar del tratamiento con quimioterapia.

P024 LINFADENOMA CUTÁNEO

ONCOLOGÍA

Gemma Ochando Ibernón, Jose-Luis Agudo Mena, María-Luisa Martínez Martínez, Jose-Manuel Azaña Defez, Eduardo-Escario Travesedo.
Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción ▶ El linfadenoma cutáneo es una neoplasia epitelial poco frecuente que histológicamente presenta células epiteliales formando nidos con importante infiltrado linfocítico. Afecta principalmente a la piel de cabeza y cuello. El curso clínico es benigno y el tratamiento quirúrgico es curativo.

Caso Clínico ▶ Mujer de 53 años, alérgica a antiinflamatorios no esteroideos, sin otros antecedentes de interés, remitida a consulta para valoración de una lesión preauricular izquierda de crecimiento lento de 4 meses de evolución. A la exploración se observa en la zona descrita una pápula de 3 mm eritematoparduzca, de borde bien definido y no infiltrada. El análisis histopatológico de la lesión reveló un área de fibrosis en dermis con múltiples nidos sólidos e irregulares de células epiteliales, en parte basaloideas, con amplio citoplasma claro, zonas de empalizada periférica y abundantes linfocitos permeando los islotes epiteliales. Tras los hallazgos anatomopatológicos nuestra paciente fue diagnosticada de linfadenoma cutáneo. Durante el seguimiento la paciente no ha presentado signos de recidiva local ni aparición de nuevas lesiones cutáneas.

Discusión ▶ El linfadenoma cutáneo fue descrito en 1987 por Santa Cruz et al, bajo el nombre de tumor cutáneo linfoepitelial. El examen histológico muestra lóbulos irregulares de células epiteliales que en ocasiones presentan empalizada periférica de células basaloideas. Infiltrando estos nidos hay abundantes linfocitos B y T, con predominio de células T. Actualmente se considera una variante del tricoblastoma adamantioide, incluido en la última clasificación de tumores de la OMS.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma basocelular, el siringoma de células claras y el carcinoma cutáneo tipo linfoepitelioma.

El tratamiento definitivo es quirúrgico. La cirugía de Mohs ha sido utilizada con buenos resultados ya que en ocasiones los márgenes clínicos se encuentran mal delimitados.

Presentamos un nuevo caso de esta entidad poco frecuente, incluida en el grupo de neoplasias de origen folicular.



P025 ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO COMO FACTOR PRONÓSTICO PARA PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO LOCALIZADO CON UNA SUPERVIVENCIA DE MÁS DE 5 AÑOS

ONCOLOGÍA

Bernardo Bancalari-Simon¹, Sonia Ferrer², Antonio Tejera-Vaquerizo³, Celia Requena¹, Eduardo Nagore^{1,2}.

(1) Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; (2) Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia; (3) Servicio de Dermatología, Instituto Dermatológico GlobalDerm, Palma del Río, Córdoba.

Introducción ▶ La mayoría de guías de tratamiento de melanoma recomiendan seguimiento con imágenes hasta los 5 años después del diagnóstico, sin embargo, entre un 7 y un 13% de los pacientes con melanoma en estadios localizados fallecen entre los 5 y 10 años. El objetivo de este estudio es identificar los factores pronósticos de recaída y muerte por melanoma en aquellos pacientes que han sobrevivido al menos 5 años libre de enfermedad.

Material y Método ▶ Diseñamos un estudio longitudinal retrospectivo de cohorte incluyendo pacientes con melanoma cutáneo estadio I/II, libres de enfermedad por al menos 5 años. Los factores pronósticos para supervivencia libre de enfermedad y supervivencia específica por melanoma fueron evaluados por el método Kaplan-Meier y el modelo de regresión de Cox.

Resultados ▶ Una serie de 746 pacientes con melanoma cutáneo estadio I/II, libres de enfermedad por al menos 5 años, fueron seleccionados. Después de una mediana de seguimiento de 64 meses (124 meses desde el diagnóstico de melanoma), 51 (6,8%) pacientes presentaron recaída y 18 (2,4%) murieron por melanoma. La edad al diagnóstico, el espesor tumoral, y un índice de crecimiento intermedio (0,5-1,0 mm/mes) aumentaron de forma significativa el riesgo de recaída. La edad, ulceración y el índice de crecimiento intermedio aumentaron de manera significativa el riesgo de muerte por melanoma. Con respecto al tipo de primera recaída, el 48% de los pacientes presentaron recaída hematológica.

Conclusión ▶ En este estudio hemos identificado características de melanoma que nos permitiría establecer los grupos de alto riesgo de recaída o muerte por melanoma, lo que puede ser muy útil para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Referencias

1. Hansel G, Schonlebe J, Haroske G, Wollina U. Late recurrence (10 years or more) of malignant melanoma in south-east Germany (Saxony). A single-centre analysis of 1881 patients with a follow-up of 10 years or more. *J EADV*. 2010 Jul;24(7):833-6.
2. Tejera-Vaquerizo A, Nagore E, Meléndez JJ, López-Navarro N, Martorel-Calatayud A, Herrera-Acosta E, Traves V, Guillén C, and Herrera-Ceballos, E. [2012b]. Chronology of metastasis in cutaneous melanoma: growth rate model. *The Journal of Investigative Dermatology* 132, 1215-21.

P026 METÁSTASIS CUTÁNEA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE LAS NEOPLASIAS UROLÓGICAS

ONCOLOGÍA

María Dorado Fernández¹, María-Encarnación Giménez Cortés², Eugenia Cutillas Marco², Sophie Swirc², Zsofia Ezsol Lendvai².

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, Murcia.

Introducción ▶ La incidencia de metástasis cutáneas (MC) de las neoplasias urológicas es de aproximadamente un 1%, siendo el Carcinoma de Células Renales (CCR) el más frecuentemente implicado en las mismas, seguido del carcinoma de vejiga.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de un varón de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que fue remitido al servicio de Dermatología por una tumoración sangrante en región frontal izquierda, que había sido parcialmente extirpada por otro servicio mediante rebanado y electrocoagulación, con resultado histopatológico de carcinoma de células claras pobremente diferenciado, planteando el diagnóstico diferencial entre un carcinoma epidermoide de células claras primario cutáneo o una metástasis. La lesión recidivó rápidamente, siendo clínicamente más compatible con MC, por lo que se realizó una extirpación completa de la lesión, y un TAC cráneo-toraco-abdomino-pélvico, que desveló una masa renal de 9x9x8 cm, heterogénea, sin signos de diseminación a distancia. El paciente fue diagnosticado de CCR en estadio IV, derivándose a Urología (donde se realizó nefrectomía radical) y a Oncología, detectándose durante el seguimiento metástasis óseas que han sido tratadas con radioterapia.

Discusión ▶ Las MC son relativamente raras en la práctica clínica. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pues los hallazgos clínicos pueden ser sutiles. Las MC pueden poner de manifiesto la presencia de un tumor maligno diseminado y su reconocimiento temprano puede llevar a un diagnóstico rápido, aunque en la mayoría de los casos son indicativas de un pronóstico infausto.

El CCR representa el 2-3% de todos los tumores y más de un 70% de los CCR están formados por células claras. Muchas masas renales permanecen asintomáticas hasta bien avanzado el curso natural de la enfermedad, por lo que más del 50% de los CCR se detectan de manera incidental al utilizar técnicas de imagen para evaluar múltiples síntomas inespecíficos. La tríada clásica de dolor en el flanco, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable? se encuentra en menos del 10%. Alrededor de un 25% se diagnostican por síntomas asociados a una enfermedad metastásica, incluyendo las MC, lo que revela el papel que tenemos los dermatólogos en el diagnóstico de determinadas neoplasias internas.

PO27 LESIÓN PÁPULONODULAR EN PIERNA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

ONCOLOGÍA

Sofía Ézsöl-Lendvai¹, Eugenia Cutillas-Marco¹, María-Dorado Fernández¹,
María-Encarnación Giménez-Cortés¹, Sophie Swirc².

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, Murcia.

Introducción ▶ El carcinoma ductal ecrino (CDE) es un tumor anexial infrecuente derivado de las glándulas ecrinas. Su incidencia es de aproximadamente el 0,01% de todos los tumores cutáneos, aunque la clasificación de las neoplasias malignas anexiales es compleja y no está consensuada.

Caso Clínico ▶ Varón de 72 años con antecedentes de HTA que consulta por lesiones en las piernas de 2 años de evolución. En la exploración en un contexto de xerosis y queratosis actínicas, destaca en pierna izquierda una lesión papulonodular de 1.1 cm de color rosado homogéneo. Indicamos extirpación con diagnóstico de probable carcinoma epidermoide. El estudio histológico informa de tumor anexial con morfología e inmunofenotipo de CDE. Ampliamos los márgenes a 1.5 cm sin evidencia de restos tumorales. La ecografía abdominal y de cadenas ganglionares resultan negativas. También solicitamos mamografía que es normal. Tras 8 meses de seguimiento el paciente no presenta recidiva local.

Discusión ▶ El CDE aun siendo raro, constituye el tipo más frecuente de los tumores anexiales de las glándulas ecrinas. Se clasifica dentro de los de comportamiento incierto. Se desconoce su pronóstico por los escasos casos publicados. Las recidivas locales son frecuentes pero no metastatiza a distancia. En general es una lesión papulonodular eritematoviolácea que puede ulcerarse sin presentar ninguna característica morfológica distintiva. Tampoco están descritos signos específicos en la dermatoscopia.

En el diagnóstico diferencial clínico se incluyen: carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, linfomas cutáneos, melanoma amelanótico y metástasis cutáneas de adenocarcinoma ductal de mama o glándula salivar. Es fundamental el estudio histológico con inmunofenotipo: CEA, EMA y citoqueratinas 5/6 que son habitualmente positivas. La positividad de mamaglobina nos orienta hacia metástasis de carcinoma de mama. Aunque las pruebas de imagen para su estadificación no están estandarizadas se aconseja descartar invasión local y a distancia. Se recomienda extirpación radical hasta fascia con amplio margen de seguridad entre 1 y 2 cm. Otra opción es la cirugía de Mohs con resultados alentadores, sin recidiva local en los casos operados con esta técnica.

PO28 QUERATOSIS SEBORRÉICAS: ¿FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA? ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 1.041 PACIENTES

ONCOLOGÍA

Esperanza Manrique-Silva¹, Rafael Mas-Lucas², Celia Requena², Zaida García-Casado², Víctor Traves², Eduardo Nagore-Enguidanos².

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid; (2) Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción ▶ los pacientes diagnosticados de melanoma presentarán mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Por otro lado, mutaciones relacionadas a la radiación ultravioleta han sido descritas recientemente en las queratosis seborreicas (QS).

Objetivos ▶ Determinar si la presencia de QS podría considerarse como marcador de daño actínico crónico y factor de riesgo para desarrollar CCNM en pacientes con diagnóstico de melanoma.

Pacientes y Método ▶ Estudio observacional retrospectivo. Se incluyó una muestra de 1041 pacientes diagnosticados de melanoma (Instituto Valenciano de Oncología).

Resultados ▶ Doscientos tres pacientes (19,5%) presentaron carcinoma basocelular (CBC) y 46 (4,4%) carcinomas epidermoides (CEC). Tras análisis multivariado se evidenció una relación estadísticamente significativa entre CEC con una edad >50 años, sexo masculino, cabello claro, exposición solar crónica, queratosis actínicas (QAs), presencia de >20 QS y asociación al p.R142. El CBC se relacionó a edad >50 años, sexo femenino, quemaduras graves, exposición solar profesional y QAs. En el análisis CART como era de esperarse, la presencia de QAs fue la variable más relacionada con CEC, siendo llamativo que en el subgrupo sin QAs, la presencia de >20 QS fue la variable más importante. En el CBC una asociación clara a la presencia de QS no se pudo demostrar.

Discusión ▶ Según nuestros resultados la presencia de QS se asociaría de forma significativa e independiente al desarrollo de CEC, siendo esta en el subgrupo sin QA, la variable más importante tras el análisis CART. Todo esto sugeriría además una posible similitud etiopatogénica de ambas lesiones.

Conclusión ▶ La presencia de QS expresarían un daño actínico crónico. En sujetos predispuestos y con diagnóstico previo de melanoma, podría incluso llegar a considerarse como un marcador de riesgo de desarrollar un CEC. Futuros estudios serán necesarios para corroborar dichos hallazgos.



P029 DOS CARAS DEL SARCOMA DE KAPOSI VARIANTE LINFANGIOMA-LIKE

ONCOLOGÍA

Montserrat Franco Muñoz¹, Lucía González Ruiz¹, Isabel Lara Simón², Mónica García Arpa¹, Guillermo Romero Aguilera¹.
(1) Departamento de Dermatología y (2) Departamento de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción ▶ El sarcoma de Kaposi (SK) tipo linfangioma-like (SKLL), es una variante histológica infrecuente, que puede aparecer en cualquiera de los 4 subtipos clínicos del SK.

Caso 1 ▶ Mujer de 74 años, VIH negativo. Consultó por una lesión en tobillo izquierdo, tipo placa eritemato-violácea, de aspecto pseudoampoloso. La biopsia demostró en dermis una proliferación de espacios vasculares, revestidos por un endotelio plano, sin atipia, con ausencia de eritrocitos en su interior e inmunohistoquímica positiva para CD31, D240 y VHH-8 (virus herpes humano 8), compatible con un SKLL. Ante la ausencia de diseminación y sintomatología severa, se decidió mantener actitud expectante. Actualmente lleva dos años de seguimiento sin signos de progresión.

Caso 2 ▶ Mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, VIH negativo. Presentaba lesiones tipo nódulos violáceos y úlceras en pie derecho.

El estudio histológico fue compatible con SKLL. Las lesiones cutáneas se extendieron rápidamente, además presentó diseminación visceral, sin respuesta a diferentes esquemas de quimioterapia sistémica. Falleció del SK a los 7 meses desde el diagnóstico inicial.

Discusión ▶ El SK es una enfermedad sistémica de afectación predominantemente cutánea, constituida por proliferación vascular con hallazgos de diferenciación linfática y sanguínea, cuya etiopatogenia está asociada a la infección por VHH-8. El SKLL es una variante histológica rara (<5%) y puede presentarse en las 4 variantes clínico/epidemiológicas del SK. La forma de presentación más frecuente del SKLL son lesiones tipo ampollas/pseudoampollas (aunque no son específicas de esta variante). Histológicamente presenta canales vasculares ectáticos entre haces de colágeno, con endotelio plano de aspecto benigno, sin atipia, ni mitosis. Expresa marcadores endoteliales y linfáticos, así como VHH-8. Las células fusiformes suelen ser muy escasas. Existen sólo 28 casos de SKLL en la literatura, la mayoría presenta un curso indolente, aunque están descritos algunos con evolución agresiva. En nuestro centro; de 58 casos de SK (diagnosticados entre el 2010 al 2017), sólo 2 casos han sido tipo SKLL, uno de ellos con comportamiento muy agresivo. Creemos importante tener en cuenta esta forma infrecuente de SK y ante su diagnóstico plantear un seguimiento estrecho, ya que aún hay pocos datos disponibles para determinar su real comportamiento biológico.

P030 EVOLUCIÓN DE DOS PACIENTES CON MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE

ONCOLOGÍA

María Luisa Martínez Martínez¹, José Manuel Azaña Defez¹, María Encarnación Gómez Sánchez², José Luis Agudo Mena¹, Gemma Ochoa Ibernón¹, María Teresa López Villaescusa³, Juan Antonio Sánchez Gaviño³.
Servicios de Dermatología del (1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete; (2) Hospital General de Villarrobledo y del (3) Hospital General de Almansa, Albacete.

Introducción ▶ La melanosis atípica del pie o hiperplasia melanocítica atípica acral es una lesión pigmentada de origen melanocítico poco frecuente, con características clínicas y dermatoscópicas atípicas pero con alteraciones histopatológicas que no cumplen los criterios diagnósticos de melanoma lentiginoso acral in situ.

Caso Clínico ▶ Presentamos dos pacientes diagnosticados de melanosis atípica del pie con lesiones pigmentadas acrales de años de evolución, datos clínicos (discromía, contornos irregulares, pobre delimitación) y dermatoscópicos (patrón paralelo de la cresta) sugestivos de melanoma, pero sin evidencia histológica de malignidad en repetidas biopsias (proliferación de melanocitos sin atipia). Tras años de seguimiento, tanto clínico como anatomopatológico, los dos pacientes fueron diagnosticados de melanoma lentiginoso acral in situ.

Discusión ▶ La melanosis atípica del pie es una entidad infrecuente con escasos artículos recogidos en la literatura. Existen casos publicados con evolución a un melanoma lentiginoso acral, lo que refuerza la teoría de que se trate de un estadio inicial de éste. Los datos clínicos y dermatoscópicos serían de mayor utilidad en el diagnóstico de esta entidad. La especificidad en el diagnóstico de melanoma lentiginoso sería del 99% para el patrón paralelo de la cresta y del 96% para el patrón de pigmentación irregular. En nuestra opinión ante lesiones pigmentadas acrales con atipia clínica y dermatoscópica, pese a estudio histológico inespecífico, se debería realizar exéresis completa de la lesión en los casos que fuera posible o en su contra seguimiento clínico con dermatoscopia y biopsias de repetición ante cambios en la evolución.

Conclusión ▶ Los casos presentados apoyan la teoría de una progresión temporal entre la melanosis atípica del pie y el melanoma lentiginoso acral.

P031 CIEN AÑOS DE SOLEDAD

ONCOLOGÍA

Beatriz Espadafor López¹, Carlos Cuenca Barrales¹, Encarnación Camacho Garrido², Lara Angulo², Agustín Soto Díaz².

Servicios de Dermatología del (1) Complejo Hospitalario de Granada, Granada; y (2) Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

El carcinoma Basocelular (CBC) y el carcinoma Espinocelular (CEC) constituyen aproximadamente entre el 70-80% y el 20% respectivamente de todos los cánceres cutáneos no melanoma (CCNM). Su tratamiento temprano es curativo e incluye la cirugía convencional, cirugía de Mohs, radioterapia, crioterapia, curetaje y electrocoagulación. Hay otras terapias como imiquimod o terapia fotodinámica que se dirigen a formas superficiales.

La radioterapia es efectiva como primer tratamiento en CBC y CEC, con tasas de curación, a los 5 años, en torno al 90%. También lo es en carcinomas de piel que han recurrido a una primera cirugía. Así, cuando otras modalidades terapéuticas fallan o no pueden usarse, la radioterapia ha sido durante décadas una opción terapéutica para el CCNM.

La radioterapia paliativa, en cambio, está dirigida más que a un objetivo curativo, a mejorar la calidad de vida de los pacientes con un estado avanzado de la enfermedad. En concreto, se puede usar para mejorar o aliviar los síntomas asociados al cáncer tales como sangrado, ulceración, o dolor que conducen a infecciones o a disfunción. Se recomienda especialmente en pacientes con mal estado general con tumores irsecables o cuyo riesgo quirúrgico no permita intervenciones mayores. De hecho, si el estado general es malo, se pueden acondicionar regímenes de corta duración.

Presentamos el caso de un varón de 96 años, institucionalizado con deterioro cognitivo que fue traído a la consulta de dermatología por el olor que desprendían varias lesiones faciales. Junto al tratamiento antiséptico y antibiótico, dado el estado basal del paciente, la radioterapia paliativa fue una herramienta fundamental para el control local de los síntomas de la enfermedad.

P032 SARCOMA DE KAPOSÍ TRATADO CON ELECTROQUIMIOTERAPIA

ONCOLOGÍA

Ignacio Torres Navarro, Blanca De Unamuno Bustos, Jennifer Piqueras García, Miguel-Ángel Navarro- Mira, Rafael Botella Estrada.

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

Introducción ▶ El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular maligna de bajo grado con cuatro subtipos clínicos conocidos: clásico, yatrogénico, asociado al sida y endémico, todos ellos causados por el HHV-8 (también llamado virus del herpes asociado al SK).

La electroquimioterapia (EQT) es una modalidad de tratamiento de lesiones cutáneas y subcutáneas que consiste en la administración de fármacos quimioterápicos y la posterior aplicación de impulsos eléctricos locales, para conseguir un efecto conocido como electroporación, que permite la entrada al citosol de medicamentos que no difunden a través de la membrana celular.

Caso Clínico ▶ Varón de 62 años que presentaba múltiples lesiones en forma de máculas violáceas, placas y nódulos tumorales localizadas en pabellones auriculares, dorso nasal y planta de los pies de 6 años de evolución.

Las serologías de VIH, VHC y VHB fueron negativas.

Había recibido tratamiento con doxorrubicina y extirpaciones quirúrgicas de las lesiones con reaparición posterior de nuevas lesiones.

Dada la localización de las lesiones y su disposición se realizó tratamiento con una sesión de EQT con bleomicina intravenosa, produciéndose excelente respuesta al tratamiento con resolución completa de las lesiones y sin efectos secundarios destacables.

Discusión ▶ En muchas ocasiones el SK es una neoplasia de difícil curación completa debido a su alta frecuencia de recidivas. Las opciones terapéuticas clásicas incluyen entre otros, la observación y seguimiento estrecho, crioterapia, cirugía, radioterapia, gel de alitretinoína y el tratamiento con agentes antineoplásicos, destacando la doxorrubicina liposomal pegilada.

En la EQT los agentes antineoplásicos se administran a dosis inferiores a las habituales en ciclos de quimioterapia. Debido a su alta tasa de respuesta, su menor morbilidad y su menor coste, la EQT se está posicionando como opción terapéutica en el tratamiento de múltiples lesiones tumorales tales como metástasis de melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y SK.



P33 COSTO-EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA PACIENTES CON MELANOMA EN ESTADIOS IIB, IIC Y III DE LA AJCC

ONCOLOGÍA

Sebastián Podlipnik¹, David Moreno-Ramírez¹, Constanza Riquelme-Mc Loughlin¹, Ramón Pigem¹, Susana Puig^{1,2,3}.

(1) Departamento de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, Universitat de Barcelona; (2) Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona; (3) CIBER de Enfermedades Raras, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona.

Introducción ▶ Las pautas de seguimiento para pacientes con melanoma de alto riesgo incluyen estudios de imágenes, biomarcadores séricos y visitas regulares, prestando poca atención a la relación costo-efectividad (C/E).

Objetivo ▶ Establecer la relación C/E de la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC-body) y de la resonancia magnética (RNM) cerebral en un protocolo de seguimiento intensivo.

Método ▶ Estudio de cohorte prospectivo unicéntrico en pacientes con melanoma en estadios IIB, IIC y III. Se realizó una TAC-body y una RNM cerebral cada 6 meses durante 5 años. El seguimiento se detuvo al detectar una recaída o después de completar el protocolo de seguimiento. Se realizó un análisis de C/E para cada estrategia de seguimiento.

Resultado ▶ Un total de 290 pacientes, con 268.032,5 años-paciente de seguimiento, se sometieron a 1.805 TAC y 1.683 RNM cerebrales. La TAC-body en pacientes en estadio IIB-III fue una estrategia de seguimiento rentable desde el primer hasta el cuarto año de seguimiento, con una relación C/E entre 4.710,70 ? a 14.437,10 ? por paciente con metástasis.

El análisis estratificado por estadios de la AJCC mostró que la TAC es una estrategia rentable desde el primer al tercer año en el estadio IIB, y del primer al cuarto año en los estadios IIC y III. La RNM cerebral fue rentable en el primer y segundo año de seguimiento en el estadio IIC y en el primer año en el estadio III. La RNM cerebral no fue costo eficaz en el estadio IIB.

Conclusión ▶ La TAC es una técnica costo-efectiva en los primeros cuatro años de seguimiento en pacientes con melanoma en estadio IIC y III de la AJCC y durante los primeros tres años en pacientes en estadio IIB. La RNM cerebral es rentable durante el primer año de seguimiento en pacientes con estadio IIC y III.

P034 CARCINOMA BASOCELULAR VULVAR: SERIE DE CASOS

ONCOLOGÍA

Lucía Barchino Ortiz, Irene Molina López, Ana Pulido Pérez, José Antonio Avilés Izquierdo, Ricardo Suárez Fernández. Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción ▶ El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente en el ser humano y representa el 75% de los casos de cáncer de piel no melanomas. Sin embargo es muy rara su aparición en la región vulvar donde su frecuencia sólo alcanza entre el 2-4% de los tumores vulvares.

Casos Clínicos ▶ Se describen una serie de casos de mujeres con lesiones cutáneas vulvares de larga evolución correspondientes con carcinomas basocelulares. Se analizan sus principales características clínicas y epidemiológicas.

Discusión ▶ Los tumores malignos de la vulva representan menos del 1% de los tumores que afectan a la mujer. El 90% de los casos corresponden a carcinoma epidermoide mientras que el carcinoma basocelular, cuyo factor patogénico más importante es la exposición solar, es muy infrecuente en zonas no fotoexpuestas como la vulva donde representa menos del 1% de los CBC y entre el 2-4% de los carcinomas vulvares. Los CBC vulvares suelen ser tumores de crecimiento lento. Los síntomas son inespecíficos y la sintomatología más frecuente es el prurito de larga evolución aunque a veces las pacientes acuden por notar un nódulo indurado, edema, sangrado o dolor. La localización predominante de presentación son los labios mayores. Clínicamente son muy variables. Pueden aparecer como una lesión nodular eritematosa con brillo perlado, como una lesión superficial eritematosa, como una lesión erosionada o ulcerada o incluso como una lesión pigmentada. Suele tratarse de un diagnóstico tardío. El tratamiento es quirúrgico. Se recomienda extirpación de la lesión con márgenes. Existen recurrencias en el 10-20% de los casos.

P035 PERSIGUIENDO EL DIAGNÓSTICO: MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA

ONCOLOGÍA

Ana Varela Veiga, Olalla Figueroa Silva, Laura Rosende Maceiras, Fernando Campo Cerecedo.
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña.

Introducción ▶ La micosis fungoide folicular (MFF) es una forma agresiva de micosis fungoide (MF) en la que los linfocitos atípicos infiltran los folículos (foliculotropismo) condicionando una clínica característica con lesiones foliculares, quistes y comedones. Puede ser de difícil diagnóstico, sobre todo en etapas tempranas, requiriendo alto índice de sospecha.

Caso Clínico ▶ Mujer de 55 años con antecedentes de linfoma no Hodgkin en remisión completa que debutó con lesiones pruriginosas en glúteos, caderas y muslos, consistentes en comedones y pápulas eritematosas foliculares agrupadas, además de lesiones quísticas y una placa atrófica poiquilodérmica. Durante 7 años, se realizaron biopsias repetidas hasta alcanzar finalmente el diagnóstico de MFF.

Discusión ▶ El espectro morfológico de la MFF es amplio y diferente a la MF clásica. Generalmente, las lesiones se localizan en cabeza y cuello, asociando alopecia cicatricial. Hasta un 86% de los casos asocian prurito intenso y solo un 14% tienen lesiones limitadas a tronco, como en nuestro caso. Asimismo, no es un hallazgo infrecuente la presencia de afectación linfática o coexistencia con tumores hematológicos, como en la paciente que presentamos.

Para su diagnóstico, es fundamental la histología, que muestra infiltrados foliculotropos de linfocitos atípicos (predominio de CD4), con presencia variable de mucinosis folicular y epidermotropismo. Presenta pobre respuesta a los tratamientos debido a la profundidad del infiltrado y, a su vez, el curso de la enfermedad es agresivo, siendo la supervivencia en estadios tempranos del 82% y 42% a los 10 y 15 años, respectivamente.

P036 CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO CON MÁRGENES POSITIVOS TRAS LA EXTIRPACIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS EN UNA SERIE DE 123 CASOS

ONCOLOGÍA

Alex Viñolas Cuadros, David Moyano Bueno, Alberto Conde Ferreirós, Concepción Román Curto, Javier Cañueto Álvarez.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y Objetivo ▶ El Carcinoma Espinocelular (CEC) es el segundo tumor cutáneo más frecuente. La cirugía es el tratamiento de elección en casos primarios localizados, presentando tasas de márgenes positivos tras la extirpación de entre el 5,8 y el 17,6 % según las series. La mayoría de los estudios no evalúan su evolución posterior. Nos proponemos determinar la tasa de CEC con márgenes positivos y la evolución clínica de los mismos.

Paciente y Método ▶ Se tomaron los 123 casos [66 varones y 57 mujeres con edad media de 84,5 años (DS 10,3)] que presentaron márgenes positivos tras la extirpación de una serie de CEC diagnosticados entre 2008 y 2017. Se recogieron datos clínico-patológicos y se analizó el desarrollo de eventos de mal pronóstico atribuibles al tumor (recidiva local, metástasis ganglionares y de muerte por CEC).

Resultados ▶ La tasa encontrada fue del 6,6%. La localización más frecuente era la mejilla (n=20). El tamaño horizontal y espesor tumorales medios fueron de 17,34 mm (DS 9,39) y 6,29 mm (DS 4,01) respectivamente. 37 tumores eran pobremente diferenciados y 32 tenían patrón de crecimiento infiltrativo. 35 casos exhibían infiltración perineural y en 6 existió infiltración linfovascular. 41 tumores desarrollaron algún evento desfavorable [32 recidivas locales, 13 metástasis ganglionares y 1 muerte por el CEC]. Los tumores pobremente diferenciados tuvieron más eventos globales (P=0,003), igual que los tumores con IPN (P=0,0001) e ILV. La IPN fue factor de riesgo independiente de recidiva local (OR=0,067) y la radioterapia asoció un menor riesgo de recurrencia (P=0,001).

Conclusiones ▶ Los CEC con márgenes positivos exhiben factores de mal pronóstico en una proporción más alta que los publicados en otras series sin esta característica. La IPN es un factor de riesgo independiente de recurrencia en este grupo y la RT se asocia significativamente a un riesgo menor de eventos desfavorables.



P037 VULVA Y VPH: TODO EL ESPECTRO EN UNA SÓLA PACIENTE

ONCOLOGÍA

María Isabel Úbeda Clemente¹, A. López Gómez¹, T.A. Hernández Gómez¹, E. García Martínez¹, A.J. Martínez Torrano².
(1) Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; Servicio de Dermatología Hospital Rafael Méndez; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción ▶ El virus del papiloma humano (VPH) provoca lesiones precursoras del 20% de los casos de cáncer de vulva, a través de la secuencia de neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). Los serotipos más oncogénicos (16, 18 y 31) se asocian a VIN 2 y 3 (lesiones de alto grado o HSIL) y los de bajo potencial oncogénico (6 y 11) con VIN 1 o condilomas acuminados (lesiones de bajo grado o LSIL). El 80% de carcinomas vulvares no están asociados a VPH sino a otras lesiones como el liquen escleroatrófico.

Caso Clínico ▶ Mujer de 57 años con antecedentes de carcinoma de cérvix relacionado con VPH hace 23 años que consulta por molestias en zona genital de 6 meses de evolución. En la exploración física encontramos tres zonas diferenciadas, tomándose biopsias de cada zona: en labio mayor derecho una placa ulcerada, infiltrada y dolorosa, de aspecto carnososo, con diagnóstico anatomopatológico (DHP) de carcinoma espinocelular microinvasor; en labio mayor izquierdo varias máculas pigmentadas compatibles clínicamente con papulosis bowenoide con DHP de HSIL vulvar; en zona perianal estructuras papilomatosas compatibles con condilomas acuminados con DHP de HSIL vulvar tipo condilomatoso. En las tres piezas había coilocitosis y binucleación, signos de infección por VPH. Se realizó estudio de extensión que fue negativo y se le practicó una vulvectomía inferior.

Discusión ▶ La forma de presentación más frecuente es el prurito y el disconfort, aunque hasta el 40% de casos pueden cursar de forma asintomática. Con mucha frecuencia las lesiones escamosas intraepiteliales vulvares son multifocales o multicéntricas, con neoplasias sincrónicas o metacrónicas en otras zonas del aparato genital. Se estima la coexistencia de VIN y cáncer invasor en el momento del diagnóstico en el 10-20% de casos. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque se puede optar por tratamiento tópico si no hay enfermedad invasiva.

P038 CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE NEVUS EPIDÉRMICO DE APARICIÓN EN EL EMBARAZO

ONCOLOGÍA

**Alicia López Gómez¹, Víctor Martínez De la Torre², Jesús Hernández Gil Sánchez³,
Ana Rita Rodríguez De Valentiner¹, Cristóbal Teruel Cerezuela¹.**
(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia; (3) Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción ▶ El nevus epidérmico es una lesión benigna sobre la que raramente se desarrollan tumores cutáneos malignos, como el carcinoma basocelular, cuya incidencia está aumentando en mujeres jóvenes, aunque pocos casos han sido publicados de aparición en el embarazo.

Caso Clínico ▶ Mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, que presenta una lesión congénita a nivel mandibular derecho, asintomática, que había sufrido cambios durante su primer embarazo. Presentaba una placa formada por pápulas marrones verrugosas confluentes linealmente, compatible con un nevus epidérmico lineal, sobre el cual había aparecido un nódulo cupuliforme azulado brillante, compatible con un carcinoma basocelular. El estudio histológico de la lesión completa confirmó la sospecha clínica.

Discusión ▶ El concepto "nevus epidérmico" es un término generalizado que engloba varios tipos de proliferaciones hamartomatosas del epitelio, presentes desde el nacimiento o desde la primera infancia. Las lesiones con predominio epidérmico se llaman nevus epidérmicos queratinocíticos, no organoides, lineales o verrugosos lineales, y son las formas más comunes. Aunque es una lesión benigna, han sido publicados algunos casos sobre los que han aparecido carcinomas basocelulares o espinocelulares, en pacientes de edad avanzada.

El carcinoma basocelular, por otra parte, es el cáncer más frecuente en el ser humano, y su incidencia está aumentando en mujeres menores de 40 años, si bien muy pocos casos han sido publicados con desarrollo durante el embarazo, etapa en la que el diagnóstico de cáncer es raro, y en la que los más frecuentes son el cáncer de mama, el de cérvix, el melanoma y los linfomas. Nuestro caso es el primero publicado en la literatura en el que un carcinoma basocelular ha aparecido sobre un nevus epidérmico lineal durante el embarazo. No existe consenso sobre si ambas lesiones tienen un origen celular común o simplemente se trata de una colisión de tumores.

P039 NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN PTCH1 EN UNA FAMILIA CON CARCINOMAS BASOCELULARES MÚLTIPLES

ONCOLOGÍA

Marta Prieto Barrios, Concepción Postigo Llorente, Rafael Llamas Martín, Pablo Luis Ortiz Romero, Beatriz García Bracamonte.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Instituto I+12, Universidad Complutense de Madrid.

El síndrome de Gorlin, o síndrome del basocelular nevoide (SBCN) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causada por mutaciones en el gen PTCH1 que se caracteriza por la aparición de carcinomas basocelulares (CBCs) múltiples, así como otras alteraciones cutáneas, óseas, oftalmológicas y neurológicas asociadas.

Presentamos una mujer de 77 años, con antecedentes de carcinoma de mama, en seguimiento en nuestras consultas de Dermatología por aparición de múltiples carcinomas basocelulares (CBCs) a partir de los 63 años. Asocia además hoyuelos palmares y un leve aumento del perímetro cefálico, sin otras alteraciones. La paciente ha presentado más de 20 CBCs con diferentes patrones histológicos, tratados mediante cirugía y terapia fotodinámica.

En su familia existen antecedentes de CBCs múltiples: en su madre, uno de sus dos hermanos y una de sus tres hijas. Ante la sospecha de SBCN, se analizó la secuencia completa del gen PTCH1 identificándose un cambio c.*1+1G>A en uno de sus alelos. Esta mutación no ha sido descrita previamente. Además se completó el estudio mediante una búsqueda de grandes reordenamientos que fue negativa. Se calcula que PTCH1, situado en el locus 9q22.3, está mutado en el 40-80% de los pacientes con SBCN. Mutaciones en este gen también se han asociado a tumores de mama esporádicos. Este codifica la glicoproteína PTCH1 de 12 dominios transmembrana, que actúa inhibiendo la activación de la vía del Hedgehog, que se considera necesaria y suficiente para la aparición de CBCs.

En el caso de nuestra paciente, a día de hoy, no se puede predecir qué efecto podría tener sobre la función de la proteína, por lo que se ha clasificado como una variante de significado desconocido. A falta de más estudios, la mutación c.*1+1G>A podría conferir susceptibilidad familiar para la aparición de CBCs y cáncer de mama.

P040 LEUCEMIA/LINFOMA T DEL ADULTO HTLV-1+ CON EXPRESIÓN CUTÁNEA, UNA RARA ENTIDAD EN NUESTRO MEDIO

ONCOLOGÍA

Juan Luis Sanz Cabanillas¹, Rafael Salido Vallejo¹, Ana Martínez López², José Luis Hernández Romero¹, Antonio Vélez García-Nieto¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción ▶ La leucemia/linfoma T del adulto (LLTA) se clasifica como una neoplasia de células T CD4+ periféricas que está causada por el virus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1). Se estima que hasta 20 millones de personas están infectadas en todo el mundo, especialmente en Japón, África y América del Sur, sin embargo es una entidad muy poco frecuente en nuestro medio.

Caso Clínico ▶ Varón de 49 años natural de Mauritania que ingresa por episodio diarreico, fiebre, malestar general, dolor abdominal y vómitos. Acompañando al cuadro, refiere la aparición progresiva de pápulas de consistencia firme diseminadas en tronco, miembros y cara. El estudio histopatológico mostraba un infiltrado de células linfocíticas CD4+ de pequeño-mediano tamaño con atipia nuclear. La PCR mostró positividad del virus HTLV-1 confirmándose la sospecha de leucemia/linfoma T del adulto HTLV-1 + con expresión cutánea. Posteriormente se inicia tratamiento según esquema HiperCVAD segunda fase de forma coadyuvante con zidovudina e interferón. Debido a la progresión de la enfermedad el paciente presenta hipercalcemia grave, sepsis y fallo multiorgánico, falleciendo a los 5 meses desde el inicio del cuadro.

Discusión ▶ La LLTA puede producir manifestaciones cutáneas hasta en dos tercios de los pacientes. Esta afectación puede ser muy variada y se clasifica normalmente según el tipo de lesión y su extensión. En orden de frecuencia: erupción maculopapular, papular, en placas eritematosas, ictiosis-like, nodular, tumoral y eritrodérmica, aunque se han descrito otros tipos de lesiones que aparecen menos frecuentemente. Se ha encontrado una correlación entre el pronóstico y el tipo de lesiones clínicas. Así, los pacientes con lesiones papulosas o nodulares presentan un peor pronóstico que aquellos que presentan placas eritematosas. Aunque se trata de una entidad muy poco frecuente en nuestro medio, debemos sospecharla en aquellos pacientes con clínica compatible y que provengan de zonas endémicas.



PO41 CARCINOMAS CUTÁNEOS ECRINOS. DOS CASOS DE UNA RARA ENTIDAD

ONCOLOGÍA

Clara Matas Nadal¹, Rafael Aguayo Ortiz¹, Josep Manel Fernández Armenteros¹, Camila Paz Cortés Pinto¹, Felip Vilardell Villellas².

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción ▶ Los carcinomas ecrinos cutáneos son un grupo heterogéneo de neoplasias con múltiples subtipos histológicos que corresponden solo al 0,01% del global de tumores cutáneos.

Casos Clínicos ▶ Presentamos dos casos de carcinomas ecrinos; el de un varón de 23 años con un nódulo subcutáneo doloroso en pie izquierdo, de meses de evolución, correspondiente a un carcinoma ecrino siringomatoso (CES) y el de una mujer embarazada de 34 años con un nódulo subcutáneo axilar derecho de 5 años de evolución, diagnosticado de carcinoma ductal ecrino escamoso (CDEE), ambos con estudio de extensión negativo y libres de enfermedad actualmente.

Discusión ▶ El CES y el CDEE son dos subtipos muy infrecuentes de carcinoma cutáneo ecrino que se presentan típicamente como nódulos o placas con o sin ulceración, de lento crecimiento. Se suelen diagnosticar en pacientes de edad avanzada y típicamente en zonas fotoexpuestas como la región de la cabeza y cuello, aunque se han descrito casos en tronco o extremidades. Son de comportamiento agresivo con un alto índice de recidivas locales (del 25% aproximadamente) e incluso probabilidad de metástasis linfáticas (13%) y a distancia (4%). No existe ninguna guía de tratamiento debido a su baja frecuencia. El CES y el CDEE se diferencian por sus características histopatológicas: En el CES encontramos estructuras en "renacuajo", con diferenciación glandular y desmoplasia; mientras que en el CDEE hay un patrón bifásico con diferenciación escamosa en superficie y diferenciación hacia conductos sudoríparos en profundidad. Por este motivo es frecuente la confusión diagnóstica entre el CDEE y el carcinoma escamoso cutáneo, donde la inmunohistoquímica es de ayuda diagnóstica (positiva para antígeno carcinoembrionario y CD15 en los tumores glandulares). Destacar que en nuestros casos se trataba de pacientes jóvenes con carcinomas de localización extracefálica, a diferencia de la mayoría de casos de la literatura.

PO42 MICOSIS FUNGOIDE CD30+ EN TRATAMIENTO CON BRENTUXIMAB

ONCOLOGÍA

Álvaro Barranquero-Fernández, Norberto López, Patricio López, Ricardo Bosch y Enrique Herrera-Ceballos.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

El manejo de la Micosis Fungoide (MF) en estadio avanzado supone actualmente un reto terapéutico. En los últimos años se están diseñando tratamientos dirigidos a dianas moleculares con resultados prometedores.

Presentamos el caso de un varón de 56 años con MF desde el año 2004, con buen control inicial al tratamiento con PUVA y corticoides tópicos. En febrero de 2013 comienza la aparición de placas infiltradas a nivel facial y corporal, motivo por el que se inicia tratamiento con bexaroteno oral con escasa respuesta. Se asocia PUVA sin lograrse control. Posteriormente se desarrollan lesiones tumorales a nivel facial que demuestran en biopsia cutánea transformación a célula grande y expresión de CD30. Se inicia tratamiento con CHOP y RT local con respuesta parcial y no mantenida. De la misma forma se aprecian respuestas parciales a gencitabina y doxorubicina liposomal.

Ante la falta de respuesta y el desarrollo de nuevas lesiones tumorales se inicia tratamiento con brentuximab (anticuerpo monoclonal anti-cd30) tras lo que se obtiene respuesta completa y mantenida después de 12 meses de seguimiento.

Hemos presentado un caso de MF con transformación a célula grande CD30 positiva con excelente respuesta al tratamiento con brentuximab.

P043 LESIONES ANULARES EN UN PACIENTE CON LINFOMA AVANZADO

ONCOLOGÍA

Ander Mayor-Ibarguren¹, Ana Rodríguez-Bandera¹, Eugenia Martínez², María Beato-Merino², Pedro Herranz-Pinto¹.
Servicios de (1) Dermatología y (2) Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Los eritemas figurados de carácter migratorio suponen una rareza y reto diagnóstico en el campo de la dermatología, y en ocasiones, alertan de una enfermedad neoplásica subyacente. El eritema anular centrifugo (EAC) en ocasiones se asocia a trastornos linfoproliferativos. El linfoma periférico T no especificado (NOS), representa un grupo infrecuente de neoplasias linfoides, difíciles de caracterizar, en las cuales la afectación cutánea es frecuente. A pesar de esto, su caracterización clínica esta poco documentada. Presentamos un único caso de progresión cutánea de un linfoma periférico T NOS simulando un EAC.

Caso Clínico ▶ Varón de 86 años que acude a nuestras consultas por presentar una erupción pruriginosa no evanescente en tronco de escasos días de evolución. Como antecedentes personales, destaca el diagnóstico hace un año de linfoma no Hodgking de células T-no especificado (NOS), actualmente en estadio avanzado IV-A y en tratamiento paliativo con ciclofosfamida y prednisona. Refiere la toma de metamizol puntual como analgesia postquirúrgica de un EBC claviclar extirpado hace una semana. La exploración física revelaba, la presencia de pápulas eritematosas confluentes en placas anulares, distribuida de manera morbiliforme por el tronco. Bajo el juicio preliminar de toxicodermia, se toma una biopsia cutánea y se realizan pruebas analíticas, y se aumenta la dosis de prednisona. Durante su evolución, el paciente presenta extensión de las lesiones, de manera centrífuga, por el tronco, extremidades superiores e inferiores, así como región facial; observándose placas eritematosas, algunas con descamación en rail, de morfología anular y policíclica, muy sugestivas de un Eritema Anular Centrifugo (EAC). Las pruebas analíticas muestran un aumento en su linfocitosis atípica, sin otros hallazgos de interés. Las pruebas de autoinmunidad son negativas. Un TAC-body de control de su enfermedad, revela el aumento de adenopatías. La biopsia cutánea refleja una infiltración cutánea por un linfoma no Hodgking T, con un inmunofenotipo compatible con su linfoma de base. El reordenamiento clonal fue idéntico al del ganglio.

Discusión ▶ El linfoma T periférico NOS representa un linfoma infrecuente en nuestro medio (<15% de los linfomas no Hodgking) de alta agresividad. La afectación cutánea dentro de este subgrupo de linfomas es frecuente. De manera primariamente cutánea o concurrente, se presentan como nódulos o placas infiltradas, en ocasiones ulceradas. No hemos encontrado ningún caso en el que se describan placas anulares migratorias que recuerden a un EAC. No obstante, de manera infrecuente, se han reportado casos de micosis fungoide y otros linfomas con progresión cutánea, simulando un EAC. Recientemente se ha descrito el término PEACE para englobar los casos de EAC asociados a neoplasias con un carácter paraneoplásico. El 62,5 % se asocian a trastornos linfoproliferativos. No obstante, en el estudio histopatológico de estos casos no se observa un infiltrado por el linfoma.

P044 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

ONCOLOGÍA

Cristina García-Harana¹, Inés Fernández-Canedo¹, Juan Bosco Repiso-Jiménez¹, Nuria Blázquez-Sánchez¹, Sergio Rodríguez-Lobalzo², Magdalena de Troya-Martín¹.

Servicios de (1) Dermatología y (2) Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción ▶ El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una tumoración de origen neuroendocrino muy poco frecuente y de crecimiento rápido y agresivo, originando con frecuencia recidivas locoregionales y metástasis a distancia. Dentro de las pruebas de imagen utilizadas para su estadificación y planificación quirúrgica figuran el TC o la RNM, si bien son escasas las referencias en la literatura donde se recojan las características ecográficas de este carcinoma así como su utilidad en el manejo de esta neoplasia.

Casos Clínicos ▶ Presentamos una serie de 5 casos de carcinoma de células de Merkel a los que se realizó una ecografía cutánea preoperatoria (Esaote Mylab 25 Gold, sonda lineal de 18 MHz). Aunque no encontramos un patrón ecográfico distintivo todos ellos se presentaron como lesiones hipoecoicas bien delimitadas, localizadas en la zona dermohipodérmica, y en su mayoría con importante vascularización intralesional.

Discusión ▶ La ecografía cutánea resulta útil para conocer la localización del tumor, su extensión, vascularización y la relación con estructuras adyacentes, facilitando el abordaje quirúrgico. Además nos permite precisar de forma objetiva el tamaño del tumor así como el grado de infiltración de estructuras profundas, lo cual posibilita una mejor estadificación de estos tumores (T) y una primera aproximación sobre el pronóstico de los mismos.



PO45 ANGIOSARCOMA PRIMARIO CUTANEO: UN LARGO SUPERVIVIENTE

ONCOLOGÍA

M^a Inés Fernández Canedo¹, Rosa M^a Villatoro Roldán², Juan Bosco Repiso Jiménez¹,
Rafael Fúnez Liébana³, Magdalena de Troya Martín¹.

(1) Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Oncología Médica y (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción ▶ El angiosarcoma primario cutáneo es una neoplasia de comportamiento agresivo, con una alta tasa de recidiva local y con una supervivencia a los 5 años del 12-34%. La forma clásica suele asentar en cara o cuero cabelludo de varones ancianos. Su carácter multifocal y su mala delimitación suelen dificultar la cirugía, que hoy en día es el único tratamiento potencialmente curativo.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de un varón de 74 años con antecedentes de DMNID, HTA y EPOC que desarrolló un angiosarcoma primario cutáneo en cuero cabelludo.

Discusión ▶ Describimos los distintos tratamientos empleados y revisamos la literatura existente sobre las alternativas terapéuticas de esta entidad.

Bibliografía

1. Requena C, Sendra E, LLombart B, Sanmartín O, Guillén C, Lavernia J, Traves V, Cruz J. Angiosarcoma cutáneo: Estudio clínico-patológico. Actas Dermosifiliogr 2017;108:457-465.
2. Chow W, Amaya CN, Rains S, Chow M, Dickerson EB, Bryan BA. Growth attenuation of cutaneous angiosarcoma with propranolol mediated B-blockade. Jama Dermatol 2015;151:1226-9.

PO46 NEOPLASIA FUSOCELULAR PAROTIDEA:

ONCOLOGÍA

¿TUMOR MALIGNO DE LA VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA O MELANOMA?

Esmeralda Silva Díaz¹, Victoria Smith Ferrer¹, José María Martín¹, Lidia Terradez Mas² y María Dolores Ramón Quiles¹. (1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital

Introducción ▶ El 25% de las neoplasias que afectan a la glándula parótida son malignas, entre estas un porcentaje muy bajo es de origen metastásico. El melanoma y los tumores malignos de vaina nerviosa periférica (TMVNP) también pueden aparecer en dicha localización.

Caso Clínico ▶ Mujer de 67 años sin antecedentes de interés, que consultó por aparición de un nódulo subcutáneo en región preauricular derecha de 2 meses de evolución. En la TC se observó una tumoración en la glándula parótida derecha, con signos de malignidad, por lo que se procedió a la exéresis, previa realización de PAFF. El estudio histológico evidenció una neoplasia conformada por células fusocelulares que se agrupaban formando haces y nidos. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina, proteína S100 y MelanA, siendo negativa para HBM45, AML, citoqueratinas y marcadores de estirpe neural. El estudio ultraestructural demostró la presencia de melanosomas y la biología molecular detectó una mutación del gen BRAF, diagnosticándose a la paciente de melanoma. No se evidenció tumor primario y el estudio de extensión fue negativo.

Discusión ▶ El melanoma de parótida es una entidad infrecuente, se presupone un origen metastásico, pero en muy pocas ocasiones se ha encontrado un tumor primario, sin embargo está descrita la regresión espontánea de melanomas primarios en estos pacientes. Los TMVNP son neoplasias raras que afectan con más frecuencia a pacientes con neurofibromatosis tipo 1. Desde el punto de vista histológico es difícil diferenciar un melanoma de un TMVNP. La inmunohistoquímica puede ser de ayuda, aunque a veces no es concluyente. La presencia de melanosomas en el análisis ultraestructural y la detección de mutaciones en el gen BRAF mediante técnicas de biología molecular, son importantes para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento.



Pósteres CIRUGÍA



© San Sebastián Turismo & Convention Bureau

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea



PC1 TÉCNICA DE HUGHES PARA LA REPARACIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR DE PÁRPADO INFERIOR

CIRUGÍA

Paula Aguayo Carreras¹, Irene Temblador Barba², Irene García Del Moral², Ricardo Ruiz Villaverde¹, Carlos Gálvez Prieto-Moreno²

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Campus de la Salud, Granada; (2) Servicio de Oftalmología, Hospital Virgen de las Nieves y Hospital Universitario Campus de la Salud, Granada.

La cirugía oncológica del párpado y de la región orbitaria supone un reto en cirugía dermatológica, ya que el abordaje de esta región puede generar importantes secuelas funcionales como el ectropión, la epifora, exposición corneal, queratitis, conjuntivitis o lagofthalmos, entre otros.

El **objetivo** fundamental de esta cirugía consiste, como siempre en la cirugía oncológica, en la exéresis completa de la lesión tumoral, realizando cirugía escisional convencional o cirugía controlada al microscopio. Posteriormente, en la reconstrucción, se debe intentar preservar lo máximo posible el funcionamiento palpebral y, finalmente, lograr el mejor resultado estético posible.

La reconstrucción del párpado inferior sigue siendo un reto, especialmente para la reparación de defectos que abarcan más de la mitad del párpado inferior, en los que es conveniente asociar cantolisis a colgajos de avance-rotación. Para conseguir restaurar la estructura anatómica, garantizar un buen resultado estético y lograr la mejor funcionalidad posible, se debe elegir la técnica reconstructiva en función del tamaño y el grosor del defecto. Además, la reconstrucción del párpado requiere la reconstitución de la capa mucosa interna junto con de la capa musculocutánea externa. El colgajo de Hughes consiste en la reconstrucción de la lamela posterior (plano tarsoconjuntival) del defecto del párpado inferior con un colgajo pediculado vascularizado tarsoconjuntival obtenido del párpado superior ipsilateral y reconstrucción de la lamela anterior (plano musculocutáneo) por un injerto de piel o colgajo de avance lateral.

Presentamos el **caso** de una paciente de 87 años con carcinoma basocelular superficial de párpado inferior izquierdo de 0,6 x 1,2 cm de diámetro que fue intervenida con extirpación del tumor con 0,5 cm de margen de seguridad y reparación del defecto primario mediante colgajo de Hughes. El estudio histológico confirmó el diagnóstico clínico, así como que los márgenes laterales y profundo de resección quirúrgica se encontraban libres de neoplasia. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por nuestra unidad.

PC2 INJERTO DE DERMIS AUTÓLOGA EN PUNTA NASAL

CIRUGÍA

Olane Guergué Díaz de Cerio¹ y Mario Llop Adrián².

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao; (2) Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, Vizcaya.

Introducción ▶ Proponemos una alternativa estética a los colgajos locales e injertos de espesor total para cubrir defectos faciales en pacientes jóvenes.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de un niño de 36 meses de edad que acudió al servicio de urgencias médicas por mordedura de perro en punta nasal. A la exploración física presentaba un defecto cutáneo de 1 cm que abarcaba la totalidad de la punta nasal, con exposición de los cartílagos alares. En vista de la corta edad del paciente, la localización facial de la lesión y el pequeño tamaño de la nariz, se decidió cubrir el defecto mediante un injerto dérmico autólogo. Bajo anestesia general y con la ayuda de un dermatomo, se tomó un injerto de dermis de la cara anterior del tercio proximal del muslo. Para ello, levantamos la epidermis mediante un corte fino. Posteriormente extrajimos un fino injerto de la dermis subyacente. A continuación, suturamos la epidermis levantada sobre la zona donante mediante una sutura de monofilamento. Finalmente, colocamos el injerto dérmico sobre el defecto nasal sin previo mallado. El paciente fue dado de alta horas después con antibioterapia oral y curas con apósitos vaselinados y povidona yodada. Un mes después de la cirugía el injerto había reepitelizado completamente y se apreciaba un contorno alar natural. A pesar de que la zona donante mostraba una cicatriz hipertrófica antiestética, el resultado final de la nariz a los 10 meses era aceptable.

Conclusión ▶ A pesar de la escasa evidencia científica disponible, el injerto de dermis puede ser una buena opción para la cobertura de heridas, sobre todo para aquellas de pequeño a mediano tamaño en áreas expuestas. La correcta selección del paciente es fundamental.

PC3 CARCINOMA ESPINOCELULAR NASAL. REPARACIÓN DEL DEFECTO CON DURAMADRE LIOFILIZADA Y CARTÍLAGO NASAL

CIRUGÍA

Patricio López Jiménez, Enrique Herrera Acosta, Álvaro Barranquero Fernández, Ricardo Bosch García, Enrique Herrera Ceballos.

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Jaén.

Introducción ▶ El principal objetivo de la cirugía oncológica dermatológica es la extirpación completa de la tumoración, con márgenes suficientes para evitar la recidiva. Una vez conseguido este objetivo, el siguiente paso es reparar el defecto resultante de la mejor forma para obtener el mejor resultado estético y funcional. En la pirámide nasal, en muchas ocasiones, la tumoración afecta a los huesos propios nasales y al cartílago nasal motivando defectos que requieren un soporte previo a la cobertura cutánea.

Caso Clínico ▶ Mujer de 86 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar y prótesis de cadera. Consulta por tumoración de 4 cm de diámetro en zona nasal lateral izquierda. La lesión está mal definida y se palpa empastamiento de la zona. El TAC muestra erosión de huesos propios.

Se realiza extirpación de la lesión mediante la técnica de cirugía de Mohs diferida incluyendo parte de los huesos propios y del tabique nasal. La reparación del defecto resultante se realiza con duramadre bovina liofilizada y cartílago obtenido del resto de tabique nasal y cubriéndose con doble colgajo de avance pangeniano y de rotación de la glabella. A los 6 meses de la intervención se aprecia un resultado estético y funcional aceptable sin signos de persistencia.

PC4 COLGAJO TIPO "PUZZLE" EN DEFECTOS DE PUNTA-DORSO NASAL

CIRUGÍA

Saioa Oscoz Jaime, Maialen Azcona Rodríguez, Íñigo Martínez De Espronceda Ezquerro, Amaia Larumbe Irurzun, M^a Eugenia Iglesias Zamora.

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

Introducción ▶ La punta nasal es un asiento frecuente de tumores cutáneos. Su reconstrucción puede suponer en muchas ocasiones un reto a la hora de alcanzar un óptimo resultado oncológico, funcional y estético. El colgajo tipo puzzle puede ser una buena opción en la reconstrucción de estos casos.

Casos Clínicos ▶ Presentamos dos pacientes afectos de carcinomas basocelulares en punta-dorso nasal. Las lesiones fueron extirpadas en ambos casos con bordes libres y los defectos resultantes fueron reconstruidos mediante un colgajo de avance tipo "puzzle". El resultado funcional y estético en el post-operatorio inmediato, a la semana y a los 3 meses ha sido bueno, sin haber presentado complicaciones en ninguno de los dos casos.

Discusión ▶ La reconstrucción de defectos de punta-dorso nasal mediante colgajos locales es muy amplia y diversa. Un reciente estudio español describe el colgajo bilobulado, el de avance horizontal tipo "este-oeste" y el de rotación pannasal como los colgajos de elección de los dermatólogos de referencia en cirugía dermatológica para los defectos de punta nasal¹. Sin embargo, la variabilidad de los defectos, en la morfología de la pirámide nasal y la creatividad del propio cirujano hacen que se hayan descrito múltiples colgajos para reconstrucción de defectos de la zona referida.

El colgajo tipo "puzzle" es un colgajo de avance, descrito en 2005 y utilizado principalmente para reconstrucción de defectos en ala nasal² y defectos en piel retroauricular. Goldberg² lo denomina así porque recuerda a las piezas de un puzzle al encajarlas con su patrón "cabeza y hombro".

Presentamos dos casos de reconstrucción de defectos de punta-dorso nasal mediante colgajo de avance tipo "puzzle" y lo proponemos como un colgajo válido, seguro y con buen resultado funcional y estético para esta localización.

Bibliografía

1. Russo F, Linares M, Iglesias ME, Martínez-Amo JL, Cabo, F, Tercedor J, Costa-Vieira R, Toledo-Pastrana T, Ródenas JM, LeisV. Reconstruction techniques of choice for the facial cosmetic units. *Actas Dermosifiliogr* 2017;108:729-37.
2. Goldberg LH, Kimyai-Asadi A, Silapunt S. "Jigsaw puzzle" advancement flap for repair of a surgical defect involving the lateral nasal ala. *Dermatol Surg*. 2005;31:569-71.



PC5 CARCINOMA BASOCELULAR EN PÁRPADO INFERIOR. CIRUGÍA Y REPARACIÓN CON TARSO Y COLGAJO DEL PÁRPADO SUPERIOR

CIRUGÍA

Álvaro Barranquero-Fernández, Enrique Herrera-Acosta, Patricio López, Ricardo Bosch, Enrique Herrera-Ceballos.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción ▶ El 80% de los carcinomas basocelulares se originan en cabeza y cuello. De ellos, hasta un 20% pueden llegar a tener afectación periocular, constituyendo el 90% de los tumores malignos a nivel palpebral. En esta localización hay una alta tasa de recurrencia, especialmente en tumores con mayor tiempo de evolución y probablemente por extirpaciones previas, a menudo insuficientes. Para obtener los mejores resultados son fundamentales el diagnóstico y tratamiento precoces, pero sobretodo respetar los márgenes de seguridad, aunque se trate de una zona delicada.

Caso Clínico ▶ Varón de 76 años, con antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares en región facial (dorso nasal, mejilla, pabellón auricular). Acude con nueva lesión tumoral de 0,5x1,5 cm que provoca la destrucción de más de 2/3 del borde libre del párpado inferior izquierdo.

Bajo anestesia general se realiza extirpación de la lesión mediante cirugía de Mohs diferida que implicó la extirpación de la práctica totalidad de la zona superior del párpado inferior. La reconstrucción se realiza con injerto de tarso obtenido del párpado superior y colgajo por trasposición del mismo párpado superior.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, consiguiéndose buen resultado funcional que permite la protección correcta del globo ocular al poder conseguir cerrar completamente los párpados.

PC6 COLGAJOS DE TRANSPOSICIÓN TUNELIZADOS EN CIRUGÍA DEL PABELLÓN AURICULAR

CIRUGÍA

M. Mercedes Otero Rivas, Romina Rodríguez Lojo, Teresa Usero Bárcena, M. Luisa Fernández Díaz.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Los colgajos de transposición son colgajos pivotaes de vascularización aleatoria ampliamente empleados por su versatilidad en reconstrucciones de defectos cutáneos en cabeza y cuello. Están vascularizados en la mayoría de los casos mediante pequeñas arterias colaterales y, siempre que se respete la regla de no exceder la longitud en tres veces la anchura de la base del colgajo, esto es suficiente para evitar la necrosis. Una ventaja clave de los colgajos de transposición es la oportunidad de emplear tejido redundante de otra zona anatómica. Al realizar estos colgajos tunelizados, se evita un segundo tiempo quirúrgico.

Presentamos cuatro casos de defectos oncológicos en pabellón auricular resueltos mediante colgajos de transposición preauriculares tunelizados con buenos resultados estéticos y funcionales.

PC7 UTILIDAD DE LOS COLGAJOS DE ROTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN EL TRONCO

CIRUGÍA

Olaya Suárez-Magdalena, Beatriz Fernández-Jorge, Ana Varela-Veiga, Sandra Peña-López, Cristina De las Heras.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña.

Introducción ▶ La reconstrucción ideal de un gran defecto en el tronco debería permitir preservar la funcionalidad, proporcionar una adecuada cobertura y minimizar la morbilidad.

Caso Clínico 1 ▶ Mujer de 54 años, que consultó por la presencia de una lesión escapular izquierda que había percibido hacía dos semanas. Presentaba una placa eritemato-pardusca de 2x3 centímetros de diámetro, infiltrada y dolorosa al tacto. La biopsia de la lesión fue compatible con dermatofibrosarcoma protuberans, procediéndose a la exéresis en bloque de la misma hasta fascia muscular con un margen quirúrgico lateral de 2 centímetros.

Tras la confirmación anatomopatológica de márgenes libres de tumor, se reconstruyó el defecto mediante una plastia O-Z. En el postoperatorio no se produjeron complicaciones y el resultado estético y funcional fue satisfactorio.

Caso Clínico 2 ▶ Varón de 84 años, que consultó ante la recidiva de una lesión en la espalda intervenida hacía 9 años con resultado anatomopatológico de carcinoma espinocelular. Presentaba una placa tumoral infiltrada de 6 centímetros de diámetro situada en región dorsal derecha. Se realizó la exéresis en bloque de la lesión hasta fascia muscular, reconstruyendo el defecto mediante una plastia de avance-rotación.

Igual que en el caso anterior, el postoperatorio transcurrió sin incidencias y se obtuvo un buen resultado estético y funcional.

Discusión ▶ En defectos medianos y grandes del tronco, los colgajos de rotación son una gran alternativa ya que evitan la extirpación de tejido adicional sano y reducen la tensión. Es importante realizar el despegamiento de estas plastias en el plano de la fascia muscular ya que se mejora la viabilidad del tejido desplazado al incluir una mayor red microvascular. El plano subcutáneo es insuficiente en estos casos con un alto riesgo de necrosis. Además, los colgajos de rotación permiten alcanzar un resultado funcional y estético superior al de los injertos en dicha localización.

PC8 RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA EN ESPALDA CON COLGAJOS COMBINADOS E INJERTO LAMINAR

CIRUGÍA

Natividad Cano Martínez, Catina Silvente San Nicasio, Jose-Luis Galán Sánchez, Elena Conde Montero, Pablo De La Cueva Dobao.
Hospital General Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción ▶ El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor fibrohistiocítico de malignidad intermedia que tiene la capacidad de infiltrar en el tejido celular subcutáneo de forma extensa, esto complica la extirpación quirúrgica completa, es por ello por lo que se recurre al "show Mohs" para su tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico ▶ Se presenta un paciente de 24 años que es remitido a la consulta de dermatología por lesión asintomática en la zona superior de la espalda, sobre la cicatriz de una cirugía previa hace doce años. La paciente refiere que hace doce años fue intervenida de una tumoración mesenquimal en la misma zona. Se procede a la realización de una biopsia profunda y el diagnóstico histopatológico confirma el diagnóstico de DFSP en la zona superior de la espalda. Se somete a la paciente a una cirugía de "show Mohs" y en un primer pase los márgenes laterales y profundos de más de la mitad de la lesión están afectados, se interviene nuevamente a la paciente con la misma técnica quirúrgica, pero en este caso con la ayuda de traumatología pues abarcábamos planos exclusivamente musculares. Tras este segundo pase la zona del lecho quirúrgico estuvo libre de tumor. Se procedió, en un tercer tiempo quirúrgico, a la reconstrucción compleja con un doble Limberg combinado con Integra®, que al retirarse el mismo fue sustituido por un injerto laminar. En el momento actual la paciente presenta un resultado estético aceptable y con movilidad completa.

Conclusiones ▶ El DFSP es un tumor que plantea complicaciones técnicas a la hora del tratamiento, así como en la reconstrucción, esto se debe a que en la mayoría de ocasiones se corresponden con defectos de gran tamaño que afectan otros planos, no solo el tejido celular subcutáneo.



PC9 OPCIONES RECONSTRUCTIVAS MÁS FRECUENTES DEL CANTO INTERNO DEL OJO

CIRUGÍA

Antonio Ruedas Martínez, Irene Molina López, Pedro Tiago Vilas Boas Da Silva, Cristina Ciudad Blanco, Ricardo María Suárez Fernández.

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción ▶ El canto interno es una estructura compleja, que contiene la carúncula y los canalículos superior e inferior. Constituye una concavidad que debe mantenerse simétrica respecto a la contralateral para evitar disimetrías en la región centrofacial. El tumor que con mayor frecuencia aparece en esta localización es el carcinoma basocelular. A continuación, presentamos algunas de las opciones reconstructivas más utilizadas para esta región anatómica.

Casos Clínicos ▶ Si no es posible una aproximación directa de los bordes, la mayor parte de las veces la reconstrucción del canto interno se realiza a expensas de la piel glabellar (colgajo glabellar, de transposición y/o rotación). Otras opciones reconstructivas son el colgajo de avance de párpado inferior, colgajo de avance malar o el colgajo bilobulado.

Disclusión ▶ A parte del cierre directo y el cierre por segunda intención (a menudo infravalorado pero que ofrece excelentes resultados en esta localización), la opción reconstructiva más utilizada en el canto medial del ojo es el colgajo glabellar. La piel de la glabella es más gruesa que la piel cantal y puede ocasionar un abultamiento o convexidad del colgajo (efecto trampilla), por lo que para su realización deberían tenerse en cuenta varias consideraciones.

En primer lugar, es aconsejable no forzar el cierre completo de los defectos, pudiendo dejar cicatrizar por segunda intención los defectos residuales tras haber aproximado bordes. En segundo lugar, se puede adelgazar el colgajo y dar un punto de fijación desde el tejido desplazado al ligamento cantal u otra estructura rígida subyacente. En pacientes cejjuntos debe evitarse la implantación de pelos en el área cantal. Otras posibles complicaciones de la cirugía a este nivel son la epifora, cierto grado de ectropión o el lagofthalmos.

**PC10 USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA QUERATODERMIA ACUAGÉNICA:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

CIRUGÍA

María Garayar Cantero, Carmen Delgado Mucientes, Marina Canseco Martín, Aitana Robledo Sánchez, Pilar Manchado López.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción ▶ La queratodermia acuagénica es una dermatosis infrecuente clasificada dentro de las queratodermias adquiridas. Se define por la aparición de múltiples pápulas blanquecinas o translúcidas en las palmas de las manos al poco tiempo de estar en contacto con el agua. Las manifestaciones clínicas son características y constituyen la clave del proceso diagnóstico.

Caso Clínico ▶ Se trata de un caso esporádico en una mujer de 16 años con antecedentes personales de hiperhidrosis palmar, que practicaba natación de competición. Refería la aparición de lesiones molestas en las palmas de las manos a escasos minutos de mojarlas.

Realizamos una prueba de provocación sumergiéndole las manos en agua, observando a los 2 minutos la aparición de múltiples pápulas blanquecinas con orificio central confluentes en placas de aspecto macerado. En primer lugar, la paciente fue tratada con toallitas de cloruro de aluminio hexahidratado en excipiente alcohólico al 20% y cremas de urea al 20%. Ante la no mejoría, se decidió tratamiento con infiltración de toxina botulínica.

Discusión ▶ En la literatura se han descrito múltiples tratamientos para la queratodermia acuagénica: cloruro de aluminio hexahidratado al 20%, cremas de urea al 20%, acitretino, iontoforesis y toxina botulínica.

Presentamos el caso de una paciente, nadadora de competición, tratada mediante infiltración de toxina botulínica con mejoría inmediata tanto de la clínica como de las molestias asociadas.

PC11 FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL SUBMATRICIAL UNGUEAL. ESTUDIO ECOGRÁFICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN CASO

CIRUGÍA

María Luisa Alonso Pacheco¹, Ana Isabel Rodríguez Bandera¹, Rosa María Ceballos Rodríguez¹, María Beato Merino², Matías Mayor Arenal¹.

(1) Servicios de Dermatología y (2) Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción ▶ El fibromixoma acral superficial (FAS) es un tumor benigno de partes blandas, descrito en 2001. Asienta en la unidad ungueal en un 57 % de los casos. Su localización submatricial es poco frecuente y cursa con pseudohipocratismo digital, macrolúnula triangular o paquioniquia-onicogriposis.

Caso Clínico ▶ Varón de 51 años con cáncer de vejiga en estudio, que consultó por deformidad ungueal convexa en tercer dedo de la mano izquierda de un año y medio de evolución. La exploración puso de manifiesto macro lúnula triangular y pseudohipocratismo en el dedo afecto. El estudio radiológico no detectó erosión ósea, y el ecográfico puso de manifiesto un tumor hipocóico submatricial, así como ensanchamiento del lecho ungueal.

Se procedió, tras avulsión de la mitad radial de la lámina, a la enucleación del tumor, que asentaba en lecho ungueal y alcanzaba la zona submatricial. Se recolocó y suturó la hemilámina avulsionada como apósito. El estudio histológico visualizó un tumor dérmico circunscrito, no encapsulado, de células fusiformes en un estroma fibromixóide; con expresión de CD34, compatible con FAS.

Discusión ▶ La exéresis quirúrgica con obtención de bordes libres es el tratamiento de elección del FAS, aunque no hay casos descritos de transformación maligna. Se han referido pacientes tratados con amputación de la falange distal, que estaría justificada en presencia de erosión ósea subungueal; y un caso tratado con cirugía de Mohs.

La enucleación simple es otra opción terapéutica controvertida, a considerar sobre todo en tumores de localización submatricial para evitar secuelas cosméticas ungueales. Sus tasas de recidiva se han cifrado en hasta un 24% de los casos, algunos rescatados con una reintervención. También se han referido recidivas tras extirpación quirúrgica con bordes libres. En nuestro caso el paciente optó por la "no reintervención", y el seguimiento ecográfico no ha detectado recidiva a los 10 meses de la intervención.

PC12 ANESTESIA EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: EVALUACIÓN DE TRES TÉCNICAS

CIRUGÍA

Ahinoa Bueno Rodríguez¹, Antonio Martínez López, Paula Aguayo Carreras, Salvador Arias Santiago, Jesús Tercedor Sánchez.

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; (2) Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción ▶ El dolor del paciente que se somete a una intervención quirúrgica es un hecho al que nos enfrentamos a diario. El buen uso de las técnicas de anestesia es uno de los retos para mejorar la calidad de nuestra asistencia. .

Objetivos ▶ Comparar efectividad y dolor de las 3 técnicas anestésicas más utilizadas (anestesia local, tumescente, bloqueo nervioso) durante la cirugía y tras 24 horas.

Material y Método ▶ Se incluyeron pacientes intervenidos desde agosto hasta octubre de 2017. El Dermatólogo escogió la técnica anestésica. Se recogieron datos demográficos, tipo de intervención, localización, tamaño de la lesión, volumen y anestésico utilizado y dolor mediante la escala visual analógica (EVA) (0: no dolor, 10: máximo dolor) basal, durante la infiltración y procedimiento y tras 24 horas. Se realizó un análisis descriptivo global. Para valorar la EVA según la técnica anestésica se realizó una comparación de medias múltiples empleando el test no paramétrico de Kruskal-Wallis tras no objetivarse homogeneidad de varianzas.

Resultados ▶ Se recogieron 56 pacientes. La edad media fue 61,32 años y el 58,9% fueron varones. El 55,4% de las intervenciones se realizaron en cabeza y cuello y la técnica más empleada fue la local. La comparación de medias múltiples reflejó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,006$) en el EVA a las 24h de la intervención, debido a un menor dolor postoperatorio en los pacientes que recibieron anestesia tumescente. No se observaron diferencias significativas en el EVA durante la infiltración ni entre tamaño de la lesión y localización, entre los distintos grupos.

Discusión ▶ Escoger la técnica anestésica más apropiada es fundamental para el control del dolor intra y postoperatorio.

Conclusión ▶ La técnica más utilizada fue la anestesia local. El dolor a las 24 horas fue menor en los pacientes en los que se utilizó la anestesia tumescente



**PC13 COLGAJO DE LIMBERG EN CIERRE DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS
DE REGIÓN INFERIOR DE CONCHA AURICULAR UTILIZANDO PIEL DEL LÓBULO**

CIRUGÍA

David López Delgado, Carlos Cuenca Barrales, Jorge-Juan Vega Castillo, Soledad Saénz Guirado, José-Carlos Ruiz Carrascosa.

Servicio de Dermatología, Hospital Campus de la Salud. Granada.

Introducción ▶ Los colgajos por transposición son opciones reconstructivas muy útiles en cirugía dermatológica, aprovechando las zonas de piel adyacentes que pudieran tener una laxitud adecuada. La combinación de la escisión romboidal de la lesión y la utilización de un colgajo por transposición de piel de espesor total para cubrir el defecto cutáneo fue descrita por Limberg en 1956. El colgajo de Limberg ha demostrado ser útil para cubrir defectos cutáneos faciales y en otras partes del cuerpo tras la resección de diferentes tipos de lesiones.

Caso Clínico ▶ Presentamos un paciente varón de 56 años que acude a nuestra consulta por lesión sobreelevada y ulcerada en zona inferior de concha auricular hasta orificio auditivo externo derecho de varios meses de evolución. Con el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular se decide intervenir al paciente bajo anestesia local con sedación. Una vez resecado el tumor utilizamos para el cierre quirúrgico del defecto un colgajo de transposición tipo Limberg disecado del lóbulo auricular, dada la laxitud lobular que presentaba nuestro paciente, quedando cerrado el defecto con éxito. El resultado histológico reveló carcinoma basocelular nodular y esclerodermiforme con márgenes libres.

Discusión ▶ Proponemos el cierre quirúrgico con colgajo de Limberg en la zona inferior de concha auricular-orificio auditivo externo como alternativa, y su comparación con otras opciones reconstructivas, cuando el reservorio cutáneo ofrecido por el lóbulo sea favorable, ya que en lóbulos grandes la buena movilidad y laxitud de esta piel nos permite cerrar el defecto cutáneo.

Como ventajas ofrece su facilidad de diseño, su buena viabilidad y un buen resultado estético. Como inconveniente se plantea la dificultad de suturar el colgajo en una zona tan pequeña y cóncava como ésta. Otros tipos de cierre empleados en esta zona son el cierre por segunda intención, el injerto de piel y el colgajo de transposición preauricular.

**PC14 RECONSTRUCCIÓN DE ANTEHÉLIX - PABELLON AURICULAR.
REVISIÓN DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS A PROPÓSITO DE TRES CASOS**

CIRUGÍA

Aitana Robledo Sánchez, Esperanza Manrique Silva, María Garayar Cantero, Marina Canseoc Martín, Pilar Manchado López.

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

Introducción ▶ El pabellón auricular es una localización frecuente de tumores cutáneos malignos. Se han descrito numerosas opciones reconstructivas de los defectos auriculares. Su elección dependerá de: la extensión y localización del defecto, así como de la flexibilidad del tejido circundante.

Caso 1 ▶ Paciente varón de 76 años con lesión en antehélix; se realizó resección seguida de reconstrucción del defecto mediante colgajo de doble avance.

Caso 2 ▶ Varón de 89 años, presentaba tumoración en zona posterior de antehélix de años de evolución. Tras extirpación con márgenes de seguridad se realiza electrocoagulación del lecho cruento seguido de cura por segunda intención. Adecuado resultado estético y funcional, sin objetivarse signos de recidiva durante el seguimiento.

Caso 3 ▶ Varón de 73 años, con diagnóstico clínico de carcinoma epidermoide localizado en antehélix oreja derecha. Tras extirpación de tumoración se realiza cierre del defecto mediante colgajo de avance-rotación. Resultados estéticos y funcionales adecuados.

Discusión y Conclusiones ▶ El pabellón auricular es un área compleja motivo por el cual con frecuencia supone un reto al momento de su reconstrucción quirúrgica. La prioridad durante la intervención será la resección completa del tumor y posteriormente un adecuado resultado estético, buscando mantener la simetría antero-posterior con respecto a la oreja contralateral.

La reconstrucción mediante colgajo de avance nos permitirá un adecuado resultado cosmético y será de utilidad sobre todo en aquellos defectos de tamaño intermedio. El cierre por segunda intención o la colocación de injertos es otra opción válida en defectos situados a nivel del antehélix o en la región posterior del mismo.

Realizamos una revisión de las principales opciones reconstructivas y de sus ventajas y desventajas a propósito de 3 casos.

PC15 VERSATILIDAD DEL CIERRE EN MERCEDES: DIFERENTES LOCALIZACIONES Y CORRECCIÓN DE OREJAS DE PERRO

CIRUGÍA

Javier Ruiz Martínez, Esther García Martínez, Tamara Amanda Hernández Gómez, María-Isabel Úbeda Clemente, Carmen Brufau Redondo.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción ▶ El cierre en estrella de mercedes fue inicialmente descrito por Tamir et al como una técnica sencilla y versátil basada en la aproximación de los márgenes del defecto desde tres puntos de avance. Presentamos tres casos en los que empleamos este tipo de cierre.

Caso 1 ▶ Varón de 61 años con carcinoma espinocelular de 2 cm de tamaño en vértex de cuero cabelludo. Se llevó a cabo la exéresis del tumor con triangulación del defecto e incisiones de descarga paralelas a los lados del triángulo. Mediante sutura subcutánea se aproximan los márgenes cerrando el defecto en forma de Y, quedando en la zona central una pequeña área para cierre por segunda intención.

Caso 2 ▶ Varón de 79 años con carcinoma espinocelular de 2 cm en región preauricular derecha. Se planificó un cierre en mercedes dando lugar a orejas de perro en los tres extremos. Para la corrección se diseñaron triángulos equiláteros sobre cada una de ellas haciendo uso de un nuevo cierre en mercedes en cada extremo.

Caso 3 ▶ Varón de 56 años con carcinoma basocelular de 1,2 cm en región interciliar. Tras la exéresis del tumor, las propias líneas de tensión de la región frontal y pirámide nasal crearon un defecto triangular, aprovechando esta circunstancia, para llevar a cabo un cierre mercedes. El extremo superior del cierre quedó escondido en las arrugas de la región interciliar y las dos ramas inferiores a cada lado de la pirámide nasal.

Discusión ▶ El cierre en estrella de mercedes ha demostrado su utilidad para el cierre de grandes defectos a partir de la idea de dividir el vector de tensión en diferentes direcciones facilitando un cierre de tensión reducida sin una gran movilización subcutánea.

Mostramos ejemplos de su utilidad en diferentes localizaciones, así como para la corrección de orejas de perro.

PC16 VARIABILIDAD EN EL ÁNGULO DE DISEÑO DEL COLGAJO BILOBULADO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE PUNTA Y DORSO NASAL

CIRUGÍA

Irene Molina López, Antonio Ruedas Martínez, Enrique Rodríguez Lomba, Cristina Ciudad Blanco, Ricardo Suárez Fernández.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

El colgajo bilobulado se ha utilizado frecuentemente en la reconstrucción de defectos de punta nasal con muy buenos resultados. En una revisión reciente de Russo y col., el colgajo bilobulado ha sido la técnica reconstructiva de elección para punta nasal.

El diseño de este colgajo se basa en la transposición de dos lóbulos con un pedículo común para cierre de defectos circulares. Los lóbulos se diseñan siguiendo ejes radiales de una circunferencia cuyo perímetro coincide con el borde del defecto. Se genera entonces un arco de rotación cuyo ángulo puede variar entre 45° y 90° cada ángulo. La anchura de cada lóbulo debe ser ligeramente menor al defecto que tiene que cubrir. La longitud de cada lóbulo debe ser igual o superior al eje de la lesión hasta el punto central del pedículo.

El ángulo de rotación va a condicionar la cantidad de tejido sobrante, el riesgo de efecto trampilla y el resultado estético final. Con ángulos muy abiertos de rotación, la tensión que se genera sobre el pedículo es mayor, con el consiguiente riesgo de necrosis, y el triángulo de descarga es de mayor tamaño. En sitios donde la elasticidad cutánea es escasa como la nariz, el uso de ángulos menores permite reducir estos riesgos, aunque en este caso el riesgo es estrechar demasiado el pedículo.

Presentamos una serie de casos en los que se ha utilizado el colgajo bilobulado para cierre de defectos en punta o dorso distal nasal con un diseño de ángulos entre 105° y 135° adaptados a las características anatómicas y de la piel de cada paciente, con buenos resultados funcionales y estéticos. Según nuestra práctica, se debe intentar reducir el ángulo de rotación en el colgajo bilobulado cuando sea posible y la viabilidad del colgajo no se vea comprometida.



**PC17 TRES CASOS DE COLGAJO BILOBULADO NASOGENIANO DE TRASPOSICIÓN
PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN LA PARED NASAL**

CIRUGÍA

Leire Sánchez Los Arcos, Susana Blanco Barrios, Alex Viñolas Cuadros, M. Teresa Alonso San Pablo,
Juan Carlos Santos Durán.

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca.

Introducción ▶ La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en la pared lateral y el ala nasal puede resultar compleja, fundamentalmente debido a la escasa distensibilidad de la piel de esta zona, su morfología tridimensional y que, en muchas ocasiones, precisa realizar colgajos complejos en varios tiempos quirúrgicos. El colgajo bilobulado puede simplificar la técnica reconstructiva en estos casos.

Caso Clínico ▶ Presentamos dos pacientes con un carcinoma basocelular y uno con un epidermoide de gran tamaño localizados en pared y ala nasal. Se llevó a cabo su extirpación mediante resección en bloque incluido plano mucoso.

Para su reconstrucción, se diseñó un colgajo bilobulado nasogeniano de trasposición, plegando el primer lóbulo para reparar todo el espesor del defecto. Se fijó en primer lugar el vértice interno del colgajo y se adaptó mediante sutura submucosa reabsorbible toda la cubierta interna. Tras ello, se cerró el plano cutáneo acoplando los lóbulos al defecto. Finalmente, se colocó un taponamiento nasal para reducir el sangrado en el postoperatorio inmediato.

Conclusión ▶ El colgajo bilobulado representa una excelente opción quirúrgica en defectos de espesor total de la pared nasal, permitiendo su reconstrucción en un único tiempo quirúrgico, de forma sencilla, con escasas complicaciones dado su amplio pedículo y con un buen resultado estético y funcional.

**PC18 ¿ES NECESARIO EL EMPLEO DE ANTIBIÓTICO TÓPICO PARA LA PREVENCIÓN
DE INFECCIONES EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA?**

CIRUGÍA

Alberto Conde Ferreirós, Adriana Cosano Quero, Ignacio Tormo Alfaro, Concepción Román Curto,
Javier Cañueto Álvarez.

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción ▶ A pesar de que la mayoría de las heridas quirúrgicas (HQ) curan sin complicaciones, las infecciones del sitio quirúrgico (ISS) pueden ocurrir después de la cirugía, aumentando los costes y los recursos sanitarios. Se continúa empleando antibióticos tópicos en exceso en la cura de HQ teniendo menos presente los efectos nocivos de su empleo. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad de la vaselina neutra (VN) en comparación con mupirocina en pomada (MP) en la prevención de ISS en cirugía dermatológica.

Material y Método ▶ Se realizó un ensayo clínico prospectivo no aleatorizado. Se incluyeron 82 pacientes y se indicó cura de HQ con VN o MP de manera oclusiva, diariamente y hasta retirada de puntos. Tras la retirada de puntos, se verificó la presencia de exudado purulento, eritema y eccema entre otros ítems.

Resultados ▶ La edad media de los 72 pacientes estudiados fue de 59,58 años (DE 20,39). Fueron evaluados 37 hombres y 35 mujeres. Se aplicó MP a 37 pacientes y VN a 35 pacientes. Se realizaron 36 punch, 30 cierres directos y 6 reconstrucciones mediante colgajo. Se registraron 13 complicaciones totales (CT) (eritema, exudado purulento (EP) y/o dehiscencia). Cuatro pacientes presentaron EP y once pacientes eritema. El EP se presentó con más frecuencia en los pacientes que fueron tratados con VN (P=0,045). Ocho pacientes tratados con VN y tres tratados con MP presentaron eritema. A mayor complejidad del procedimiento quirúrgico, los pacientes tratados con VN mostraron mayores tasas de eritema, exudado purulento (P=0,045) y CT (P=0,019).

Conclusión ▶ Globalmente, la cura de HQ con VN mostró mayores complicaciones que la cura con MP. En procedimientos complejos, la probabilidad de complicaciones con VN es también mayor que con MP. La VN se muestra menos efectiva en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica tras cirugía dermatológica que la MP.

PC19 RECONSTRUCCIÓN NASAL COMPLEJA

CIRUGÍA

Luis Salvador Rodríguez¹, Antonio Martínez López¹; Cristina Hernández Vila², Ildefonso Martínez Lara², Jesús Tercedor-Sánchez¹.

(1) UGC Dermatología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; (2) UGC Maxilofacial, Hospital Campus de la Salud, Granada.

Introducción ▶ La cirugía oncológica en dermatología tiene como finalidad extirpar correctamente las lesiones tumorales con el menor número de intervenciones y obteniendo el mejor resultado estético.

Caso Clínico ▶ Paciente de 82 años con carcinoma epidermoide en pirámide nasal, de 3,5 cm de eje mayor, firme y adherido a planos profundos. Intervenido mediante cirugía micrográfica de Mohs, precisando un total de 3 pases para obtener los límites laterales y profundos libres de neoplasia. Para reconstruir el gran defecto resultante, con importante afectación del ala nasal izquierda, así como el dorso nasal, se intervino conjuntamente con el servicio de Maxilofacial, siendo necesaria la elaboración de colgajo condromucoso para redefinir las estructuras del ala nasal, injerto de cartílago de concha auricular para dar soporte a dicho ala nasal y colgajo condral de tabique nasal para reforzar la pared lateral de las fosas nasales, consiguiendo así un resultado estético y funcional. Para reconstruir el defecto cutáneo, se diseñó un colgajo paramedial frontal, previa identificación de la arteria supratroclear mediante ecografía doppler y se reconstruyó en un solo acto quirúrgico tunelizando el pedículo en el dorso nasal, obteniendo finalmente un gran resultado estético y gran viabilidad.

Discusión ▶ de injerto y colgajo condromucoso para reparar el defecto y no únicamente un colgajo cutáneo. Por su parte, el defecto cutáneo se restauró mediante un colgajo paramedial frontal con la variante del pedículo tunelizado, de cara a evitar la necesidad de reintervención. El resultado fue óptimo y el paciente está libre de neoplasia tras 6 meses de seguimiento.

Presentamos el caso de una reconstrucción nasal de elevada complejidad, en la que se precisó la elaboración

PC20 USO DE MATRIZ REGENERATIVA DERMICA INTEGR® EN CUERO CABELLUDO TRAS EXÉRESIS DE TUMOR MALIGNO

CIRUGÍA

Gerardo Humberto Martín Martín, Beatriz Casado Verrier, Susana Pérez Santos.

Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción ▶ La matriz de regeneración dérmica Integra® (Integra Lifesciences Corp, Plainsboro, NJ, USA) es un sustituto cutáneo biosintético permanente que consiste en una doble capa compuesta de una matriz dérmica de colágeno bovino y condroitín-6-sulfato, y una membrana de Silastic® que actúa como una epidermis transitoria.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de un paciente de 92 años previamente intervenido por cirugía general con tumoración persistente de histiocitoma fibroso maligno en cuero cabelludo. Debido al tamaño tumoral, la necesidad de amplios márgenes de seguridad y la resección del periostio, el defecto a reconstruir requería el uso de un sustituto cutáneo optándose por Integra®. Al cabo de un mes se realizó injerto parcial de piel sobre la matriz con excelente resultado estético y funcional.

Conclusiones ▶ Integra® ofrece un andamiaje fisiológico de modo que los fibroblastos y las células endoteliales logran formar, aproximadamente a los 30 días de su aplicación, un sustituto de dermis que histológicamente es similar a la normal. Por su parte, la capa de Silastic® debe ser reemplazada entonces por un injerto de piel. Su uso en reparación de defectos de espesor total en cuero cabelludo esta descrita ampliamente y sus resultados estéticos y funcionales son en general muy buenos. Las ventajas que ofrece son: disponibilidad inmediata, simplicidad y fiabilidad de la técnica y fácil aplicación sobre hueso expuesto como es nuestro caso.

Las desventajas incluyen: la necesidad de dos intervenciones, el riesgo de infección y el desprendimiento o contracción de la matriz.



PC21 DOBLE COLGAJO EN HACHA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN REGIÓN FRONTAL

CIRUGÍA

Fernando Toledo-Alberola¹, José-Pedro Devesa-Ivorra¹, Jose-Vicente García¹, Anouk Jaén-Larrieu¹, José-Carlos Pascual-Ramírez².

(1) Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante; (2) Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Introducción ▶ La reconstrucción de grandes defectos en el área frontal suele ser difícil y supone un reto quirúrgico para el dermatólogo. El empleo del doble colgajo en hacha aporta múltiples ventajas en la cobertura de los mismos debido a sus considerables dimensiones, así como su buen resultado estético y funcional.

Material y Método ▶ Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de una serie de tumores cutáneos de gran tamaño localizados en región frontal mediante colgajo en doble hacha.

Resultados ▶ Se realizaron tres reconstrucciones de tumores localizados en región frontal, en los que tras su exéresis oncológica se realizó la reconstrucción inmediata mediante doble colgajo en hacha.

Discusión ▶ El doble colgajo en hacha, descrito por Emmet en 1977, es un colgajo local de rotación triangular, con mayor o menor componente de avance y con una descarga en la base. Este tipo de colgajo es de gran utilidad en la reconstrucción de extremidades, y en el caso de lesiones en región craneofacial en aquellos de localización frontal y temporal.

Conclusiones ▶ El doble colgajo en hacha es un colgajo de fácil diseño, rápida ejecución, baja morbilidad y buen resultado cosmético, que no modifica la posición anatómica de las cejas, por lo que deben considerarse como una alternativa ideal para la reconstrucción de grandes defectos en dicha localización.

PC22 COLGAJO DE AVANCE LATERAL EN "ESCALERA" PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN EL LABIO INFERIOR

CIRUGÍA

Fernando Toledo-Alberola¹, José-Pedro Devesa-Ivorra¹, José-Vicente García¹, Anouk Jaén-Larrieu¹, José-Carlos Pascual-Ramírez².

(1) Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante; (2) Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Introducción ▶ La reconstrucción de grandes defectos en el área labial supone un reto para el dermatólogo por su importancia estética y funcional. Existen numerosas técnicas reconstructivas del labio inferior, una de ellas es el colgajo de avance labial lateral en "escalera".

Material y Método ▶ Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de una serie de tumores cutáneos de gran tamaño localizados en el labio inferior, mediante colgajo de avance lateral en "escalera".

Resultados ▶ Se realizaron cuatro reconstrucciones de tumores localizados en labio inferior, en los que tras su exéresis oncológica se realizó la reconstrucción inmediata mediante colgajo de avance lateral en "escalera" uni o bilateral.

Discusión ▶ El colgajo de avance lateral en "escalera", fue descrito por Johanson en 1974 para la corrección de pérdidas de sustancia de todo el espesor del labio, superiores a la mitad de la longitud del labio inferior. Este tipo de colgajo, que puede ser uni o bilateral, es de especial interés para la reconstrucción de tumores mediales, pero que en el caso de tumores laterales se puede diseñar con una sección asimétrica de los peldaños. Esta técnica presenta como inconveniente, un retroceso labial inferior más o menos marcado, no objetivado en nuestros casos.

Conclusiones ▶ El colgajo de avance lateral en "escalera" es un colgajo de fácil diseño, rápida ejecución, baja morbilidad, con buen resultado cosmético y sobretodo funcional, que debe considerarse como una alternativa ideal para la reconstrucción de grandes defectos en el labio inferior.

PC23 COLGAJO BILOBULADO EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

CIRUGÍA

Sagrario Galiano Mejías, Natividad Cano Martínez, Catiana Silvente San Nicasio, Diana Velázquez Tarjuelo, Pablo De la Cueva Dobao.

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Caso Clínico ▶ Mujer de 53 años que acude al servicio de dermatología por lesión en el hombro izquierdo de 3 años de evolución, asintomática y de crecimiento progresivo. A la exploración física se palpa nódulo difuso mal delimitado, observándose en superficie eritema e hiperpigmentación.

La biopsia confirmó el diagnóstico de dermatofibrosarcoma protuberans. Se realizó extirpación de la tumoración con margen de 1 cm y hasta fascia muscular en profundidad y se envió muestra para estudio mediante slow mohs. Tras confirmarse la extirpación completa de la tumoración se procedió al cierre del defecto quirúrgico. Debido al gran tamaño y a la localización del defecto quirúrgico se decidió realizar un colgajo bilobulado. El estudio de extensión fue negativo, la paciente se encuentra asintomática y sin afectación de la movilidad en la zona tratada.

PC24 BIOBRANE® COMO TRATAMIENTO DE PIODERMA GANGRENOSO

CIRUGÍA

Pablo Fernández González¹, Diego Buendía Castaño¹, Andrés González García², Sergio Vañó Galván¹, Montserrat Fernández Guarino¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

El pioderma gangrenoso (PG) es un tipo de úlcera de aparición aguda y dolorosa que en ocasiones es resistente al tratamiento convencional.

Caso Clínico ▶ Presentamos el caso de un varón de 57 años con infarto agudo de miocardio que requirió revascularización quirúrgica mediante quintuple injerto coronario. Una semana después de la intervención, aparecieron lesiones ulceradas, progresivas y muy dolorosas en la zona de la esternotomía y en las zonas donantes del injerto.

La biopsia de una de las lesiones confirmó el diagnóstico de PG por lo que se inició corticoterapia parenteral y curas locales. El estudio hematológico y digestivo de patología asociada a PG fue negativo. Ante la falta de respuesta a las medidas terapéuticas instauradas el paciente fue tratado con ciclosporina, corticoides intralesionales, ustekinumab e infliximab sin respuesta aparente. Se decidió administrar inmunoglobulinas, tacrolimus y mofetil de micofenolato consiguiendo frenar la actividad del PG. Finalmente, la cura específica con el sustituto de piel biosintética Biobrane® permitió la mejoría de las lesiones con el cierre completo de una de ellas.

Biobrane® es un sustituto de piel biosintético formado por una matriz de nylon y de colágeno porcino. Es ampliamente conocido y utilizado en el tratamiento de las quemaduras graves. A nivel quirúrgico, se ha usado en la cobertura de cierres temporales, reconstrucciones diferidas o en la curación por segunda intención tras cirugía de Mohs. En el PG existe poca experiencia, pero puede ser una opción útil en los casos resistentes a otros tratamientos. La forma de aplicación y manejo de este tipo de apósito es relativamente simple ya que en la mayoría de los casos se puede colocar directamente sobre el defecto.

Conclusión ▶ Este dispositivo parece ser una alternativa terapéutica eficaz en aquellos defectos quirúrgicos o inflamatorios que no curen adecuadamente con la terapia habitual.



PC25 COLGAJO “READING MAN” PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE GRAN TAMAÑO EN TRONCO

CIRUGÍA

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Maialen Azcona Rodríguez, Saioa Oscoz Jaime, Berta Bonaut Irirarte, M^a Eugenia Iglesias Zamora.

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra.

El colgajo “Reading Man” fue descrito por Mutaf M. et al en 2008 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos circulares. Es una técnica fundamentada sobre el desarrollo de una Z-Plastia asimétrica. Se denomina así por la morfología que adquiere la plastia que recuerda a la imagen de un hombre leyendo.

Presentamos varios casos clínicos de aplicación de esta plastia para cobertura de grandes defectos a nivel de tronco. En estos casos se diseñó un colgajo “reading man” con cobertura completa del defecto, sin complicaciones intraoperatorias y obteniendo buenos resultados.

“Reading man” consiste en una doble plastia de transposición y es muy importante en su diseño tener en cuenta tanto la longitud de los lados como los ángulos adecuados.

Esta plastia se ha utilizado para cierre de defectos circulares en múltiples localizaciones y diferentes tamaños. La localización que aúna más publicaciones es la cara, en especial la región malar, y el tamaño de los defectos reconstruidos va desde 1,5 cm hasta 14 cm. Ha sido comparada en modelos artificiales con otras plastias de transposición como el Limberg y ha demostrado menor distorsión de tejidos adyacentes, menor extirpación de piel sana y una longitud similar de las cicatrices.

Se trata de una plastia de fácil realización y segura, cuya principal ventaja radica en que garantiza un cierre con baja tensión, algo que creemos fundamental y complicado de lograr en grandes defectos del tronco.

PC26 ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA MAYOR DERMATOLÓGICA Y SU IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CIRUGÍA

Esther García Martínez, Jesús Hernández-Gil Sánchez, Javier Ruíz Martínez, Tamara-Amanda Hernández Gómez, María-Isabel Úbeda Clemente.

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

Introducción ▶ El envejecimiento poblacional ligado al aumento de la esperanza de vida hace que el perfil de paciente que es intervenido de lesiones cutáneas sea mayoritariamente anciano, pluripatológico y polimedcado.

Objetivo ▶ El objetivo consiste en evaluar las características de los pacientes intervenidos en el servicio de dermatología en régimen de cirugía mayor y su implicación en la práctica clínica.

Material y Método ▶ Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor en el período comprendido de junio 2015 a mayo 2016 del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Resultados ▶ Fueron intervenidos 259 pacientes, con una media de edad de 75.15 años, donde el 59.1% eran varones. Casi el 70% eran hipertensos, un tercio diabéticos y el 40% dislipémicos. El 28,2% habían sufrido previamente algún evento cardiovascular. El 84,2% tomaba medicación crónica y más de la mitad de ellos tomaban 5 fármacos o más, destacando los antiagregantes (en casi el 30%) y los anticoagulantes (en un 13,9% de los pacientes medicados, estando 1 de cada 4 con algún nuevo anticoagulante).

Discusión ▶ La cirugía mayor incluye pacientes que por diversos criterios precisan de un estudio y mayor control al que de forma habitual se realiza en las intervenciones de carácter ambulatorio. En nuestro estudio se han incluido aquellas variables relacionadas con el estado basal del paciente que pueden incrementar el riesgo de la cirugía y las posibles complicaciones derivadas de la misma. Por lo tanto, es fundamental el estudio previo de los pacientes donde la participación multidisciplinar de varias especialidades aborde aquellas situaciones más complejas. Sin embargo, como responsables últimos de la seguridad, está en nuestras manos comprobar que todo sea correcto y que se lleven a cabo todas las indicaciones médicas previas a la intervención.

PC27 COLGAJO CERVICO-FACIAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AMPLIOS DE MEJILLA

CIRUGÍA

Rafael Salido Vallejo, Juan-Luis Sanz Cabanillas, Carmen-María Alcántara Reifs, Marcelino González Padilla, Antonio Vélez García-Nieto.

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción ▶ Los defectos quirúrgicos amplios de mejilla pueden representar un reto reconstructivo en determinadas situaciones por las propiedades intrínsecas que dicha localización anatómica presenta.

Material y Método ▶ Varón de 71 años derivado por recidiva de carcinoma basocelular esclerodermiforme confirmada histológicamente en mejilla izquierda. Se programó para resección amplia y reconstrucción mediante colgajo cervico-facial.

Resultados ▶ Se realizó una incisión a través de la región cigomática, preauricular y retroauricular, siguiendo un plano de disección subcutáneo. Posteriormente se amplió la disección hasta la región supraclavicular para facilitar el avance y rotación del colgajo. Se procedió a la aposición y sutura del colgajo, dejando un drenaje aspirativo. La histopatología confirmó la existencia de márgenes quirúrgicos libres de tumor.

Discusión ▶ El colgajo cervico-facial es una opción reconstructiva empleada para defectos quirúrgicos de gran tamaño en mejilla o región temporal. Su disección puede ampliarse hasta la zona cervical o incluso torácica en función de la necesidad de rotación y avance que se precise. Diferentes autores sugieren que el plano de disección facial debe ser inferior al sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS) para asegurar el flujo sanguíneo y disminuir el riesgo de necrosis. Sin embargo, se han publicado datos en los que la tasa de complicaciones es igual en pacientes en los que se realiza la disección en un plano subcutáneo o por debajo del SMAS, siempre y cuando no sean fumadores, grupo en el que aumenta el riesgo de necrosis distal en los colgajos labrados en un plano subcutáneo.

Conclusiones ▶ El colgajo cervico-facial es una opción reconstructiva muy versátil para el cierre de defectos amplios localizados en mejilla y región temporal. La utilización de un plano de disección por debajo del SMAS o subcutáneo dependerá tanto de las características del paciente como de la propia experiencia del cirujano.

PC28 DEFECTOS DE PEQUEÑO Y MEDIANO TAMAÑO DEL ALA NASAL. DIFERENTES OPCIONES DE RECONSTRUCCIÓN

CIRUGÍA

Isabel Bernad Alonso¹, Carmen Martínez Zabala², Eva Fernández Vilariño¹, Patricia García Morras¹, Gemma Simal Gómez¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja; (2) Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.

Introducción ▶ El ala nasal es una unida anatómica que puede presentar cierta dificultad en su reconstrucción por la anatomía característica de la nariz.

Casos Clínicos ▶ Se presentan varios casos clínicos de pacientes con defectos de pequeño y mediano tamaño en el ala nasal tras la exéresis tumoral. Se muestra iconografía y se plantean diferentes opciones reconstructivas.

Discusión ▶ La reconstrucción de defectos del ala nasal supone muchas veces un reto terapéutico. Hemos de tratar de mantener la simetría y armonía de la nariz; así como, su forma anatómica conservando el surco nasal. Hay varias opciones con las que se puede conseguir un buen resultado de una manera sencilla cuando se trata de defectos de pequeño y mediano tamaño. En nuestra elección influirán diferentes factores como la dimensión del defecto, su localización o las características anatómicas del paciente.



**PC29 RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN POLO CEFÁLICO
CON COMBINACIÓN DE COLGAJOS LOCALES E INJERTOS LAMINARES.
PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

CIRUGÍA

Nuria Rodríguez Garijo, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Alejandra Tomás Velázquez, Pedro Redondo Bellón.
Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.

Introducción ▶ La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en polo cefálico puede solventarse con diferentes técnicas: la granulación por segunda intención, colocación de injertos laminares, empleo de un colgajo libre vascularizado o la combinación colgajos locales. Tanto la granulación por segunda intención como la colocación de injertos laminares son técnicas de aplicación limitada. Asimismo, el empleo de colgajos libres supone una intervención quirúrgica larga y laboriosa con un área dadora y un postoperatorio complejo.

Material y Método ▶ Se presentan dos pacientes con reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en región fronto-parieto-temporal.

Varón de 83 años con recidiva local en sien izquierda de fibroxantoma atípico intervenido previamente en dos ocasiones.

Mujer de 42 años, trasplantada renal con enormes carcinomas espinocelulares exofíticos en frente y cuero cabelludo.

En ambos pacientes se llevó a cabo exéresis de las lesiones con cirugía controlada al microscopio en parafina dejando grandes defectos con hueso expuesto sin periostio. Para la reconstrucción se utilizaron colgajos locales de piel adyacente y un injerto laminar para cubrir el defecto generado por el desplazamiento de uno de los colgajos.

Resultados ▶ Se ilustra mediante iconografía seriada las lesiones clínicas, los defectos quirúrgicos finales, los distintos pasos de la reconstrucción y el resultado final a corto, medio y largo plazo de ambos pacientes.

Conclusiones ▶ Proponemos la reconstrucción mediante combinación de colgajos locales e injertos laminares en un único tiempo como alternativa a un colgajo libre vascularizado para cerrar grandes defectos quirúrgicos de polo cefálico. La asimetría ciliar o la transposición de piel pilosa son complicaciones estéticas menores que se pueden solucionar con otras técnicas dermatológicas.



Pósteres LASER

© San Sebastián Turismo & Convention Bureau



Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





PL1 TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS FACIALES

LÁSER

Cristina Ciudad Blanco, Antonio Ruedas Martínez, Ricardo Suárez Fernández.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción ▶ La terapia fotodinámica (TFD) se ha mostrado como una alternativa eficaz para el tratamiento de las queratosis actínicas (QAs). Una de sus principales limitaciones es el dolor que pueden experimentar los pacientes, especialmente en zonas extensas en cara y cuero cabelludo. Sus ventajas son la comodidad de aplicación, que garantiza el cumplimiento terapéutico, y los resultados en eficacia con un buen perfil de seguridad. Con la TFD con luz de día, el dolor es mínimo o ausente, consiguiendo resultados similares a la TFD convencional.

Caso Clínico ▶ Se presentan dos casos de pacientes con QAs faciales.

El **Caso 1** mostraba múltiples QAs e intenso daño actínico. Había realizado tratamiento con crioterapia, fórmula magistral con 5-fluoracilo 5%, TFD convencional y diclofenaco tópico, con mala tolerancia por irritación local e intolerancia por dolor. Tras 2 sesiones de TFD con luz de día tras aplicar crema con metil 5-aminolevulinato, mostró un aclaramiento de las QAs superior al 75% con buena tolerancia y sin dolor.

El **Caso 2** presentaba múltiples QAs faciales, incluyendo el área palpebral. Había hecho tratamiento con crioterapia, diclofenaco tópico y TFD convencional con intolerancia por irritación local y dolor. Tras 1 sesión de TFD con luz de día, el aclaramiento fue superior al 50% con buena tolerancia por ausencia de dolor.

Discusión ▶ La TFD con luz de día se posiciona como una buena alternativa terapéutica en pacientes con múltiples QAs y campo de cancerización, especialmente, en localizaciones extensas y áreas complicadas para uso de tratamientos tópicos irritativos como las zonas periocular o perioral. La aplicación es sencilla, con una menor duración del tratamiento y buena tolerancia por menos dolor, baja tasa de efectos adversos y buen resultado estético. En áreas muy extensas con intenso daño actínico, 2 sesiones de TFD con luz de día podrían conseguir mejores resultados terapéuticos.

PL2 LASER DE CO₂ COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO POST-RADIOTERAPIA

LÁSER

Pablo Martín Carrasco, Javier Domínguez Cruz, María Dañino, Román Barabásh, Mercedes Morillo, Julián Conejo-Mir.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción ▶ El carcinoma basocelular (CB) es el tumor más frecuente en el ser humano. Los factores etiopatogénicos incluyen las radiaciones ultravioletas y el tratamiento radioterápico. Cuando la radioterapia es el factor etiopatogénico preponderante, es característica la aparición del CB en su variante pigmentada superficial y en forma de varias lesiones simultáneas en el área irradiada. Esta asociación es aún más patente cuando el paciente se encuentra afecto por algunas genodermatosis como ese el síndrome del CB nevoide (síndrome de Gorlin). Aunque la exéresis quirúrgica suele ser el tratamiento de primera elección en este tumor, otras opciones han de ser planteadas en estos pacientes pues suelen presentar un gran número de lesiones, ocupando éstas áreas extensas y/o localizaciones de difícil acceso. El láser de CO₂ ha demostrado ser una alternativa eficaz en el tratamiento del CB, sobre todo en su variante superficial, permitiendo tratar múltiples lesiones de manera simultánea y aportando un muy buen resultado estético.

Material y Método ▶ Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con Láser de CO₂ post-radioterapia en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde el 1 de enero de 2015 al 30 de septiembre de 2017.

Resultados ▶ Se presentan 3 casos de pacientes con CBs pigmentados múltiples en el contexto de tratamiento radioterápico previo: una paciente con síndrome del CB nevoide a la que le aplicaron RT tras el tratamiento de un carcinoma de mama; una paciente que le aplicaron RT en la infancia para el tratamiento de una *Tinea capitis*; y una paciente con RT tras linfoma. Dado el elevado número de lesiones que presentaban y la extensa superficie corporal ocupada por las mismas, se optó por realizar tratamiento con láser de CO₂ de los CBs, consiguiéndose, tras varias sesiones, la eliminación de las lesiones con un adecuado resultado estético.

Conclusión ▶ El láser de CO₂ es un tratamiento sencillo y eficaz para los pacientes con múltiples CBs pigmentados inducidos por el tratamiento con radioterapia.

PL3 ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y TASA DE RECAÍDA EN EL TRATAMIENTO DE LAGOS VENOSOS CON LÁSER VASCULAR DE LONGITUD DE ONDA MÚLTIPLE

LÁSER

Adriana Cosano Quero, Roncero Riesco M., L. Los Arcos Sánchez, J. Cañueto Álvarez, C. Román Curto.
Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción ▶ Los Lagos Venosos (LV) son lesiones vasculares benignas muy frecuente que suele afectar a personas mayores. Consisten en una ectasia de los vasos de la dermis superficial y para su tratamiento están indicados diferentes técnicas tales como la criocirugía, la escisión y el láser.

Objetivo ▶ Determinar la tasa de recurrencias de LV en pacientes tratados con láser Multiplex® PDL 595 nm/Nd:YAG 1064nm.

Pacientes y Método ▶ Se recogieron retrospectivamente 75 pacientes (con un total de 90 lesiones) tratados de lagos venosos entre 2007 y 2012. Todos los pacientes fueron tratados con PDL 595-nm con una fluencia de 10J/cm² seguido de Nd-YAG 1.064-nm a 70J/cm², ambos durante 20 ms con un spot de 7 mm. Cincuenta y cinco pacientes (73.33%) fueron tratados con una sesión, 17 (22,67%) con 2 y 3 (4%) con 3 sesiones, separadas entre ellas una media de 6 meses.

Resultados ▶ Los 75 pacientes revisados eran de raza caucásica, la razón mujer:hombre fue de 1,78 y la media de edad de 62 años. La mayoría de los pacientes presentaban una sola lesión pero hubo 10 casos de lesiones múltiples (de 2 a 4). La localización más frecuente fue el labio inferior (65,33%), seguido de labio superior (18,67%) aunque otras localizaciones (mejilla, lengua, sien y párpado) también fueron observadas. El tamaño medio fue 0,6 cm. Sólo dos pacientes habían sido tratados previamente. Ningún paciente sufrió complicaciones graves. Once pacientes (14,67%) sufrieron recidiva del LV tras el tratamiento con una media de tiempo hasta la recaída de 5,45 años.

Conclusiones ▶ El tratamiento de los LV con láser Multiplex® es una opción terapéutica rápida y segura con un bajo ratio de recidivas (0.17).

PL4 EFECTOS ADVERSOS TRAS FOTODEPILACIÓN EN PACIENTES CON FOTODERMATOSIS

LÁSER

Blanca Ferrer Guillén, M. Macarena Giácaman von der Weth, Laura Cubells Sánchez, J. Luis Sánchez Carazo, Amparo Pérez Ferriols.
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción ▶ La fotodepilación es un método efectivo y seguro de depilación. Sin embargo, no está exento de efectos adversos, la mayoría de los cuales leves y transitorios como hipo o hiperpigmentación, edema perifolicular, eritema o costras.

Material y Método ▼

Caso 1. Mujer de 55 años presenta un rash pruriginoso en ambas piernas 1 hora tras su segunda sesión de fotodepilación con láser Alejandrita y de más de 1 semana de evolución. Durante su primera sesión experimentó un rash más leve que se resolvió espontáneamente. Tenía historia de brotes de pápulas eritemato-violáceas en ambas piernas coincidiendo con las primeras exposiciones solares en verano, de más de 1 semana de evolución, sugestiva de erupción lumínica polimorfa.

Caso 2. Mujer de 44 años presenta máculas eritemato-purpúricas en ambas piernas una hora tras su octava sesión de fotodepilación con láser Diodo. Tenía historia de lupus eritematoso sistémico.

Resultados ▼

Caso 1. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, test abierto con el gel conductor y fotoparche con la batería estándar europea resultan negativas. El fototest en la pierna derecha muestra respuesta anómala a UVA en la lectura inmediata con 15 J/cm². La paciente se vuelve a exponer a láser Alejandrita en un área pequeña en el muslo y tras una hora desarrolla las mismas lesiones limitadas al área expuesta. La biopsia muestra infiltrado perivascular superficial y profundo fundamentalmente linfocítico asociado a depósitos azulados intersticiales y perifoliculares que se tiñen con hierro coloidal correspondientes a mucina. Se realiza el diagnóstico de mucinosis papular inducida por láser Alejandrita en paciente con erupción lumínica polimorfa.

Caso 2. La biopsia muestra infiltrado perivascular superficial y profundo con extravasación de hematíes, áreas de leucocitoclástica y hialinización de las paredes vasculares. Se realiza el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica inducida por láser Diodo en paciente con lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones ▶ Presentamos los 2 primeros casos de mucinosis papular y vasculitis leucocitoclástica inducida por fotodepilación en pacientes con fotodermatosis (erupción lumínica polimorfa y lupus eritematoso sistémico).



PL5 TRATAMIENTO EXITOSO DE LA ENFERMEDAD DE DARIER CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO

LÁSER

Cristina Pindado Ortega, Pablo Fernández González, Darío de Perosanz Lobo, Bibiana Pérez García, Pablo Boixeda De Miquel.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción ▶ La enfermedad de Darier-White (EDW) es una genodermatosis de herencia autosómica dominante con penetrancia variable, causada por mutaciones en el gen ATP2A2 localizado en el locus 12q23-q24.1 del cromosoma 12. Clínicamente, la EDW se presenta en forma de pápulas hiperqueratósicas que se localizan de forma simétrica en áreas seboreicas y pueden asociarse a un picor y un olor distintivo, que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos tradicionales para la EDW incluyen retinoides tópicos, calcipotrieno y 5-fluorouracilo; dermoabrasión; terapia fotodinámica; y retinoides orales. Presentamos los resultados después del tratamiento con láser de colorante pulsado en una paciente refractaria a tratamiento tradicional.

Caso Clínico ▶ Mujer de 23 años en seguimiento desde hacía más de 10 años por EDW diagnosticada histológicamente. Había realizado tratamiento con queratolíticos, corticoides tópicos y orales, acitretino y alitretinoína con mal control de la enfermedad. La paciente fue sometida a tratamiento con láser de colorante pulsado (LCP) de 595 nm usando ajustes purpúricos (duración del pulso 0.5 ms, tamaño del punto 10 mm, fluencia 7.5-8 J/cm²). El tratamiento fue repetido cada 10-12 semanas. No se observaron cicatrices ni trastornos pigmentarios.

Discusión ▶ Aunque tradicionalmente el LCP se ha utilizado para el tratamiento de lesiones vasculares, debido a su alta absorción por la oxihemoglobina, también ha demostrado utilidad en muchas otras enfermedades inflamatorias. El mecanismo de acción no ha sido aclarado, pero se propone podría ser el resultado de la acción sobre el componente vascular de las lesiones y de su propiedad inmunomoduladora. El tratamiento con LCP es una terapia eficaz, de fácil acceso y poco utilizada en el tratamiento de la EDW.

PL6 TRATAMIENTO COMBINADO DEL RINOFIMA MEDIANTE ELECTROCIRUGÍA Y LÁSER CO₂

LÁSER

Marta González de Arriba, Juan-Carlos Santos Durán, Manuela Yuste Chaves, María-Teresa Alonso San Pablo.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción ▶ El rinofima es un proceso desfigurante caracterizado por hiperplasia e hipertrofia de las glándulas sebáceas así como proliferación del tejido conectivo y vasos sanguíneos, provocando induración y deformidad de la piel de la nariz, que puede ocasionar problemas funcionales. Presentamos un caso de tratamiento combinado con electrocirugía y láser CO₂.

Caso Clínico ▶ Paciente varón de 63 años, hipertenso que consulta por engrosamiento progresivo de la nariz. A la exploración se evidencia engrosamiento de la nariz, que provocaba la deformidad de sus contornos, comprometiendo narinas y ocasionando su colapso. Se realizó tratamiento mediante electrocirugía y laser de CO₂, ambos en quirófano bajo anestesia local con mepivacaína 1%. Se utilizó electrobisturí unipolar en modo corte y 40W. Se curvó el terminal y se realizó una decorticación del tejido. Se procedió al modelado final con láser CO₂ en modo scan, con spot de 5 mm y 15W, realizando 6 pases. La herida se cubrió con mupirocina. El paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria, evidenciándose una adecuada reepitelización tras 5 semanas.

Discusión ▶ El éxito del tratamiento se basa en la profundidad de la decorticación, debiendo conservar la parte profunda de la unidad pilosebácea. El empleo de tratamientos combinados puede minimizar los riesgos asociados a cada una de las técnicas utilizadas.

La electrocirugía es una de las técnicas más coste-efectivas. Su efecto se debe a la destrucción del tejido mediante el calor producido cuando la corriente que lo atraviesa encuentra resistencia eléctrica. La vaporización con láser CO₂ también ha sido usada con resultados estéticos satisfactorios. Mientras que la electrocirugía permite realizar una decorticación más rápida y efectiva, produce una mayor dispersión de calor que el láser de CO₂ siendo menos precisa. La vaporización capa a capa mediante laser de CO₂ permite una mayor precisión y un modelado más adecuado del tejido hipertrofiado, optimizando resultados.



7m21

III Concurso Vídeos en Cirugía Dermatológica



© San Sebastián Turismo & Convention Bureau

Gecidoc

Grupo Español de Dermatología Quirúrgica
Láser y Oncología Cutánea





**V1 TRATAMIENTO COMBINADO DE NEUROFIBROMA DIFUSO FRONTOPARIETAL
CON EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA Y CIRUGÍA**

VÍDEOS

Elia Samaniego González¹, Eduardo Varas Meis¹, Ana Fernández Martínez², Noemí Eiris Salvado¹,
Manuel Ángel Rodríguez Prieto¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Radiología Vascul ar, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Introducción ▶ El neurofibroma difuso es un tipo infrecuente de neurofibroma, generalmente grande. Se trata de un tumor mal definido, de crecimiento infiltrativo en dermis y tejido subcutáneo, localizado fundamentalmente en cabeza y cuello de pacientes jóvenes. El tratamiento es quirúrgico. Sin embargo, la exéresis del tumor puede ser un reto debido al riesgo de sangrado intraoperatorio por la importante vascularización interna que puede existir en estos tumores.

Caso Clínico ▶ Varón de 27 años que presenta una lesión congénita asintomática en la región frontoparietal izquierda, que se había abultado recientemente, causando protrusión en la ceja y párpado superior ipsilaterales. Presenta un tamaño de 16x11,5 cm, consistencia elástica y superficie marrón abollonada cubierta parcialmente por pelo terminal. Ecográficamente se observa una zona heterogénea en el tejido subcutáneo con señal doppler de alto flujo. La RM refleja una masa subcutánea con imágenes serpinginosas en relación con su vascularización y descarta alteración ósea e intracraneal. La arteriografía demuestra un aporte arterial fundamentalmente de una arteria frontal izquierda muy hipertrófica. La biopsia punch es compatible con neurofibroma difuso. Se lleva a cabo el tratamiento mediante embolización selectiva de la arteria frontal izquierda, responsable de la mayor nutrición de la lesión. Dos días después, se realiza el tratamiento quirúrgico del tumor. El paciente evoluciona favorablemente, obteniéndose buenos resultados funcionales y estéticos.

Discusión ▶ La embolización selectiva de las arterias nutrientes de los neurofibromas gigantes, ha demostrado ser un procedimiento eficaz y seguro, facilitando la exéresis quirúrgica al disminuir las complicaciones hemorrágicas. Por ello, es recomendable la realización de una angiografía preoperatoria, sobre todo en lesiones de gran tamaño, como nuestro caso.

Conclusiones ▶ Destacamos la importancia del abordaje multidisciplinar con la intervención de radiología vascular intervencionista previa a la cirugía en el tratamiento de estos tumores.

V3 COLGAJO EN PUZZLE

VÍDEOS

Laura Francés Rodríguez, Pedro Lloret Luna, Ana Ramírez Bosca, Antonio Martínez Torres.

Hospital Universitario Del Vinalopó, Alicante.

Introducción ▶ Presentamos un caso quirúrgico en el que se utilizó el colgajo en puzzle para reconstrucción del defecto resultante.

Caso Clínico ▶ Varón de 76 años con carcinoma basocelular en dorso nasal, se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión y reconstrucción mediante el colgajo en puzzle.

Discusión ▶ El colgajo en puzzle es un colgajo de avance que se usa para reconstruir defectos quirúrgicos pequeños en diversas localizaciones anatómicas. Es una opción especialmente útil para la reparación de lesiones en dorso nasal, pudiendo sustituir a los colgajos clásicos (Rintala, lobados...etc.) con menor desplazamiento de los tejidos.

V3 OPTIMIZACIÓN DEL CIERRE DIRECTO CON SUTURA BARBADA. UNA PERLA A CONOCER

VÍDEOS

Ramon Pigem, Javiera Pérez-Anker, Andrea Combalia, Antoni Vilalta, Antoni Bennàssar.
Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona.

Introducción ▶ Las suturas barbadas (barbed suture) son monofilamentos reabsorbibles que tienen unas espículas tangenciales que permiten mantener la tensión de forma estable cuando se utilizan para sutura intradérmica.

Caso Clínico ▶ Presentamos en formato vídeo un caso de aplicación de sutura continua barbada aplicada en un defecto resultante la ampliación de 1 cm de margen en un melanoma invasor de Breslow 0,7 mm localizado en la escápula. Hemos elegido esta zona anatómica para demostrar la capacidad que tiene este tipo de sutura para obtener un buen resultado estético de la cicatriz. Mostramos resultado a los 3 meses de la intervención.

Discusión ▶ Pensamos que es un tipo de sutura cómodo y fácilmente aplicable en ciertos casos. La principal ventaja es que mantiene la tensión para la cicatrización muy bien durante las primeras semanas y es una sutura que no precisa ser retirada, con lo que se pueden disminuir el número de visitas. Se pueden obtener unos resultados muy interesantes siempre recordando ciertas limitaciones. Sin duda es un recurso que el dermatólogo debería conocer para añadir si lo considera a su práctica quirúrgica habitual.

V4 TIRA TARSAL LATERAL PARA CORRECCIÓN DEL ECTROPIÓN EN PACIENTE CON ICTIOSIS LAMELAR

VÍDEOS

Antonio Martínez López¹, Luis Salvador Rodríguez¹, Salvador Arias Santiago¹, Carlos Gálvez Prieto-Moreno², Jesús Tercedor Sánchez¹.

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción ▶ Las ictiosis son un grupo heterogéneo de genodermatosis que aparecen como consecuencia de trastornos de la queratinización, produciendo engrosamiento, fisuración y descamación cutánea.

Caso Clínico ▶ Un paciente de 48 años, con antecedentes personales de ictiosis lamelar en tratamiento con acitetrino, desarrolló un ectropión bilateral progresivo en ambos párpados inferiores, sin asociar alteraciones corneales. Bajo sedación del paciente se llevó a cabo la infiltración de bupivacaína 2% asociada a epinefrina 1:100.000 en el canto externo y en el reborde infraorbitario para favorecer la hemostasia. Posteriormente, se realizó una cantotomía lateral mediante incisión de 1cm con bisturí frío. Tras esto, se empleó el bisturí eléctrico con punta de colorado para la separación de la conjuntiva tarsal del músculo orbicular y la piel palpebral, realizando disección con tijera. Una vez realizada la separación entre los distintos tejidos se incidió con la tijera, realizando el labrado de la tira tarsal. Tras una cuidadosa hemostasia empleando la punta de Colorado se realizó sutura con monofilamento no reabsorbible (Nylon 6/0), anclando la tira al periostio de la cara interna de la pared orbitaria lateral. El resultado postoperatorio permitió una adecuada movilización ocular, y el seguimiento postoperatorio no mostró recidiva del ectropión tras 6 meses de seguimiento.

Discusión ▶ La ictiosis lamelar suele asociarse a ectropión en formas avanzadas, pudiendo favorecer la aparición de conjuntivitis crónica y queratinización o cicatrización corneal. En la actualidad, la tira tarsal lateral es la técnica de elección para la corrección del ectropión, dada la rápida rehabilitación y los buenos resultados funcionales y estéticos que produce.



V5 RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL INFERIOR MEDIANTE “COLGAJO TRIANGULAR DE MUTAF”

VÍDEOS

Paula Fernández Canga, Eduardo Varas Meis, José Castiñeiras González, Martina Espasandín Arias, Manuel Ángel Rodríguez Prieto.

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

La región infraorbitaria es una subunidad única, próxima a estructuras de importancia funcional y estética como el párpado inferior, el ala nasal y la comisura oral. El riesgo en la alteración de las mismas complica la reconstrucción de defectos quirúrgicos. La principal causa de distorsión es la tracción, secundaria a cierres con excesiva tensión o a la formación de cicatrices retráctiles. Además, la ausencia de pliegues en los que camuflar las cicatrices en esta región, supone una dificultad sobreañadida.

El “colgajo triangular de Mutaf”, descrito en 2011 por Mutaf et al., se basa en el uso de dos colgajos triangulares de transposición planteados como una Z-plastia desigual. Para su diseño, el defecto a reparar debe convertirse en un triángulo isósceles de base superior. A partir de éste y teniendo en cuenta sus medidas, se deben dibujar dos triángulos opuestos. Uno será traspuesto para cubrir el defecto original y el segundo servirá para cubrir el defecto de la zona dadora.

Presentamos, a través de un vídeo quirúrgico, nuestra experiencia en la realización del “Colgajo de Mutaf” en un paciente con un defecto de gran tamaño en el párpado inferior tras cirugía de Mohs de un carcinoma basocelular.

V6 RECONSTRUCCIÓN SUBTOTAL DE LA PIRÁMIDE NASAL

VÍDEOS

Alberto Romo Melgar, Concepción Román Curto, Ignacio Tormo Alfaro, Nuria Villamarín Bello, Leire Sánchez Los Arcos.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción ▶ El carcinoma basocelular es la causa más frecuente de defectos cutáneos que precisan reconstrucción por parte del dermatólogo. Algunos de estos casos suponen un reto quirúrgico. Caso clínico: Exponemos el caso de una paciente de 55 años que, tras extirpación de un carcinoma basocelular en la nariz mediante cirugía de Mohs, presentaba un defecto que afectaba a la práctica totalidad de la extensión de la piel del dorso nasal, así como a los tejidos subcutáneos, mucosa, tabique nasal y huesos propios subyacentes. La reconstrucción se llevó a cabo mediante colgajos en charnela para el revestimiento interno, un injerto de cartílago para el tabique nasal y un colgajo frontal paramediano para el revestimiento externo.

Discusión ▶ Nuestro caso supone un desafío para el dermatólogo quirúrgico, ya que incluye un tumor de difícil tratamiento, y una reconstrucción muy compleja por medio de varios colgajos e injerto de cartílago, con buenos resultados funcionales y estéticos. La técnica se detalla por pasos para un mayor interés didáctico.

V7 CIRCUNCISIÓN: INDICACIONES Y TÉCNICAS

VÍDEOS

Francisco Javier Vázquez Doval
Dermaclinic, Logroño, La Rioja.

La circuncisión es una técnica que tiene como objetivo dejar al descubierto el glande. Al contrario que la postectomía la cual crea un orificio prepucial más grande por el que puede emerger el glande.

La circuncisión se utiliza para resolver múltiples patologías como: las balanitis de repetición (irritativas, glucosúricas, urémicas), balanitis plasmocelular, liquen escleroatrófico, penfigoide mucosinequiente, prevención de carcinomas epidermoides del glande, etc.

En el video que presentamos, mostramos con algunas modificaciones, la clásica técnica de Thiersu.

Descripción de la técnica:

- Comprobar que se ha realizado una correcta anestesia del extremo distal del pene.
- Dos mosquitos rectos se sitúan en el punto medio del límite distal dorsal del prepucio y otro mosquito a nivel del frenillo.
- Se marca una línea en el prepucio que rodee todo el pene, que sea paralela al surco balanoprepucial y que quede por encima del meato uretral con la piel del prepucio extendida.
- Se secciona transversalmente la piel del prepucio con el bisturí y se retrae proximalmente hasta el surco balano prepucial.
- Incisión en la línea media dorsal de la porción cutánea del prepucio. Este corte deja al descubierto la superficie de la mucosa prepucial que igualmente se incide dejando definitivamente libre el glande.
- Se corta toda la mucosa del prepucio siguiendo una línea paralela a 5 mm del surco balanoprepucial. Estos 5 mm de mucosa se dejan para poder practicar con facilidad la sutura a la piel prepucial previamente descendida.
- Hemostasia rigurosa de la zona cruenta particularmente en el frenillo donde se localiza la arteria del mismo nombre.
- Sutura del borde cutáneo con el mucoso. Es aconsejable colocar 3-5 puntos guía que tras su anudado se dejarán con los cabos largos pinzados con mosquitos. El resto de la sutura simple interrumpida se realizará con meticulosidad afrontando los bordes cruentos. De esto dependerá la rapidez de la curación, la funcionalidad del pene y la estética del mismo.
- Los 3-5 pares de cabos largos se emplean para sujetar un apósito cilíndrico de tul grasoso que rodeará la sutura protegiéndola y evitando el sangrado.

V8 UTILIDAD DEL APÓSITO TERMOPLÁSTICO EN EL INJERTO CUTÁNEO DE PIEL TOTAL

VÍDEOS

Onofre Sanmartín Jiménez, Beatriz Llombart Cussac, Celia Requena Caballero, Carlos Serra Guillén, Carlos Guillén Barona.
Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Los apósitos atados, ya sea con esponja o gasas, para la sujeción de injertos cutáneos son la técnica más empleada en este procedimiento. No obstante, su uso origina algunos inconvenientes tales como mayor dificultad en la sutura, largo tiempo quirúrgico, apósitos voluminosos que en determinadas localizaciones son muy molestos, acumulo de secreciones en el apósito con incremento del riesgo de infección, eversión de los bordes del injerto y gran dificultad cuando el injerto se localiza en zonas convexas.

El uso de un apósito termoplástico constituye una considerable ventaja en la sujeción de los injertos libres. Permite una rápida sutura, evita apósitos voluminosos, se acopla perfectamente a zonas convexas como la nariz y permite la eliminación de secreciones durante el periodo de curas.

Este procedimiento ha sido utilizado en nuestro servicio desde hace 20 años y ha permitido sustituir por completo a los apósitos atados tradicionales.



V9 COLGAJO BILOBULADO NASOGENIANO DE TRASPOSICIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE LA PARED NASAL

VÍDEOS

Leire Sánchez Los Arcos, Susana Blanco Barrios, M^a Carmen Fraile Alonso, Adriana Cosano Quero y Juan C. Santos Durán.
Servicio de Dermatología, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca.

Introducción ▶ La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en la pared lateral y el ala nasal puede resultar compleja, fundamentalmente debido a la escasa distensibilidad de la piel de esta zona, su morfología tridimensional y que, en muchas ocasiones, precisa realizar colgajos complejos en varios tiempos quirúrgicos. El colgajo bilobulado puede simplificar la técnica reconstructiva en estos casos.

Caso Clínico ▶ Presentamos un varón de 81 años con un carcinoma epidermoide en ala nasal derecha de 3x2 cm, que infiltraba la pared y gran parte del ala nasal. Se llevó a cabo su extirpación mediante resección en bloque incluido plano mucoso. Para su reconstrucción, se diseñó un colgajo bilobulado nasogeniano de trasposición, plegando el primer lóbulo para reparar todo el espesor del defecto. Se fijó en primer lugar el vértice interno del colgajo y se adaptó mediante sutura submucosa reabsorbible toda la cubierta interna. Tras ello, se cerró el plano cutáneo acoplando los lóbulos al defecto. Finalmente, se colocó un taponamiento nasal para reducir el sangrado en el postoperatorio inmediato.

Conclusión ▶ El colgajo bilobulado representa una excelente opción quirúrgica en defectos de espesor total de la pared nasal, permitiendo su reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico, de forma sencilla, con escasas complicaciones dado su amplio pedículo y con un buen resultado estético y funcional.

V10 DOBLE MATRICECTOMÍA CON COLGAJO EN DOBLE Z-PLASTIA MODIFICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA UÑA EN PINZA

VÍDEOS

Hirune Cembrero Saralegui, Elena Vargas Laguna, Adrián Imbernón Moya, Marcela Martínez Pérez, Francisco Russo De la Torre.
Hospital Severo Ochoa, Hospital Punta de Europa, Madrid.

Introducción ▶ No existe un tratamiento estándar para la corrección de la uña en pinza. Los métodos conservadores son tratamientos largos y con una alta tasa de recurrencias, frente a los quirúrgicos que son más eficaces aunque con mayor número de complicaciones.

Presentamos un colgajo en doble Z plastia modificado asociado a doble matricectomía para la corrección de uña en pinza en primer dedo del pie.

Material y Método ▶ Tras anestesia troncular con mepivacaína al 2% se hace torniquete con dedo de guante. Se realiza una avulsión proximal de la lámina ungueal previo despegamiento del lecho ungueal adherido a la lámina. Posteriormente se efectúa una doble matricectomía extirpando ambos cuernos laterales de la matriz ungueal. Se eleva el lecho como un colgajo proximal para exponer el osteofito de la falange distal. Con un bone rongeur se extirpa el osteofito y se elimina el tejido cicatricial del hiponiquio. Se diseñan dos colgajos de trasposición en Z en el pulpejo del dedo desde el hiponiquio hasta los pliegues laterales que se disecan llegando a subperiostio y posteriormente se trasponen como en la clásica Z plastia. Se sutura y se coloca una uña artificial.

Discusión ▶ Existen diversos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la uña en pinza, desde técnicas más sencillas como dobles matricectomías químicas o quirúrgicas, hasta diversos colgajos que intentan ensanchar el lecho ungueal distal. En esta última técnica, es importante la eliminación del osteofito de tracción que se forma en la falange distal, para aplanar el lecho ungueal y así permitir un correcto crecimiento de la lámina ungueal.

Conclusión ▶ La doble Z plastia modificada asociado a la extirpación del osteofito de tracción con una doble matricectomía constituye una opción terapéutica más para las uñas en pinza, buscando corregir los mecanismos fisiopatológicos que inducen la uña en pinza.

V11 RECONSTRUCCIÓN DE LABIO INFERIOR MEDIANTE COLGAJO DE KARAPANDZIC

VÍDEOS

Javier Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción ▶ La reconstrucción quirúrgica del labio inferior requiere de un adecuado conocimiento de su anatomía para conservar, en la medida de lo posible, su funcionalidad con un aceptable resultado estético. Presentamos el caso de un paciente en el que para la reconstrucción de un gran defecto de labio inferior se empleó un colgajo de Karapandzic. Se trata de un colgajo musculocutáneo de rotación del labio y la mejilla que puede realizarse unilateral o bilateralmente.

Caso Clínico ▶ Varón de 86 años que presentaba un tumor de rápido crecimiento en labio inferior de 3,5 cm de tamaño. Tras la extirpación se diseñó un colgajo de Karapandzic unilateral. Se talló el colgajo siguiendo el surco mentolabial desde el borde inferior del defecto quirúrgico hacia fuera hasta alcanzar de forma ascendente el surco nasolabial. Se llevó a cabo el cierre por planos del defecto, empleando en el plano mucoso y subcutáneo sutura reabsorbible y usando, en nuestro caso, seda en piel. El estudio histopatológico del tumor confirmó el diagnóstico de carcinoma sebáceo.

Discusión ▶ La reconstrucción de labio mediante la técnica de Karapandzic resulta una opción útil y versátil en el caso de afrontar el tratamiento quirúrgico de tumores que supongan más del 35%, sobre todo en el labio inferior e idealmente cuando el defecto sea central. Entre las ventajas de esta técnica se encuentran que se puede realizar en un solo procedimiento, es rápida y segura, ya que mantiene un pedículo vaso-nervioso y proporciona buenos resultados funcionales y estéticos. Su principal inconveniente es la producción de microstomía, que se produce en etapas tempranas, mejorando gradualmente con el tiempo.

V12 CIRUGÍA DE MOHS DIFERIDO EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA NALGA

VÍDEOS

Carlos Serra Guillén, Bernardo Bancalari Simón, Carlos Guillén Barona.
Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción ▶ El Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo poco frecuente, que se caracteriza por presentar un crecimiento lento infiltrativo que presenta una alta tasa de recidivas locales pero con baja capacidad metastásica. La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección para el DFSP. Es preciso tener en cuenta que el modo de crecimiento del DFSP, mediante proyecciones digitiformes, lo convierte en un tumor muy asimétrico, cuya extensión subclínica puede llegar a gran distancia del centro del tumor.

Caso Clínico ▶ Una mujer de 60 años que presenta una placa marrón indurada, asintomática, de 4x4 cm de diámetro, localizado en nalga izquierda. Refería presentar la lesión desde hace aproximadamente 5 años, de lento crecimiento. Una biopsia inicial confirma un DFSP, por lo que se realiza Cirugía de Mohs diferido, con realización de debulking de la masa tumoral, y un primer estadio con 1 cm de margen en 45°, incluyendo todo el tejido celular subcutáneo, llegando hasta la fascia muscular. El primer estadio fue analizado en diferido, resultando finalmente negativo. El cierre se realizó por planos, manteniendo las referencias en su sitio. No se requirieron intervenciones posteriores.

Conclusión ▶ La cirugía de Mohs diferido es la técnica de elección utilizada actualmente para el tratamiento del DFSP, con recidivas del 0,8.3%, porcentajes muy inferiores a los encontrados en cirugía con márgenes amplios. Esta técnica además ahorra considerable cantidad de tejido libre de tumor en comparación a la cirugía convencional, por el crecimiento infiltrativo de la tumoración.

Referencias ▼

1. A. Paradisi, D. Abeni, A. Rusciani, E. Cigna, M. Wolter, N. Scuderi. Dermatofibrosarcoma protuberans: Wide local excision vs. Mohs micrographic surgery. *Cancer Treat Rev*, 34(2008), pp. 728-736.
2. P. Popov, T. Bohling, S. Asko-Seljavaara, E. Tukiainen. Microscopic margins and results of surgery for dermatofibrosarcoma protuberans. *Plast Reconstr Surg*, 119 (2007), pp. 1779-1784.



REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL
**Dermatología Quirúrgica,
 Láser y Oncología Cutánea de la AEDV**

PLANOS DE LA SEDE - EXPOSITORES



Nº EXPOSITOR

- | | |
|-----|-----------------|
| 3. | ALMIRALL |
| 15. | AVÈNE |
| 4. | BIOFRONTERA |
| 7. | COUPLER MEDICAL |
| 5. | CYNOSURE |
| 12. | ELLIPSE |
| 11. | FENEMA MEDICA |
| 14. | GALDERMA |
| 16. | IFC |
| 9. | ISDIN |
| 17. | LEO |
| 18. | LA ROCHE-POSAY |
| 6. | MAVIG-MOLEMAX |
| 10. | REFERENCE |
| 1. | ROCHE |
| 8. | TECHDERMA |
| | MEDA |

Picato[®]
 ingenol mebutato gel
 150 mcg/g, 500 mcg/g

Picato[®] Gel

Eficacia con solo 2-3 días de aplicación del tratamiento

Nuevo tapón

Ahora más fácil de abrir



Financiado por el SISTEMA NACIONAL DE SALUD



150 mcg/g
 1 aplicación/día
3 días



500 mcg/g
 1 aplicación/día
2 días

El 78% de los pacientes repetiría el tratamiento¹

 **Conservar en nevera**
 (Entre 2-8°C)



1. Garcés JR. En: 44 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología. Zaragoza; 1-4 junio de 2016 (Póster 934-368).

*Picato[®] Gel está indicado para el tratamiento cutáneo de la Queratosis Actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica en adultos.

LEO[®]



Ficha técnica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Picato 150 microgramos/gramo gel. Picato 500 microgramos/gramo gel. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Picato 150 microgramos/gramo gel: Cada gramo de gel contiene 150 µg de ingenol mebutato. Cada tubo contiene 70 µg de ingenol mebutato en 0,47 g de gel. Picato 500 microgramos/gramo gel: Cada gramo de gel contiene 500 µg de ingenol mebutato. Cada tubo contiene 235 µg de ingenol mebutato en 0,47 g de gel. **Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes".** **FORMA FARMACÉUTICA.** Gel. Gel transparente incoloro. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Picato está indicado para el tratamiento cutáneo de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica en adultos. **Posología y forma de administración.** **Posología.** Picato 150 microgramos/gramo gel: *Queratosis actínica en la cara y el cuero cabelludo en adultos.* Un tubo de Picato 150 µg/gel (que contiene 70 µg de ingenol mebutato) debe aplicarse una vez al día en el área afectada durante 3 días consecutivos. Picato 500 microgramos/gramo gel: *Queratosis actínica en el tronco y las extremidades en adultos.* Un tubo de Picato 500 µg/gel (que contiene 235 µg de ingenol mebutato) debe aplicarse una vez al día en el área afectada durante 2 días consecutivos. El efecto terapéutico óptimo puede evaluarse aproximadamente 8 semanas después del tratamiento. Se puede repetir el tratamiento con Picato si se observa una respuesta incompleta en la visita de seguimiento a las 8 semanas o si las lesiones que han blanqueado en esta visita recurren en visitas posteriores. **Población pediátrica.** No existe una recomendación de uso específica para Picato en la población pediátrica. **Población de edad avanzada.** No se requiere ajuste de dosis. Pacientes inmunodeprimidos. No se dispone de datos clínicos sobre el tratamiento de pacientes inmunodeprimidos, pero no son de esperar riesgos sistémicos puesto que ingenol mebutato no se absorbe a nivel sistémico. **Forma de administración.** El contenido de un tubo es el suficiente para un área de tratamiento de 25 cm² (p. ej. 5 cm x 5 cm). El tubo es para uso de una sola vez y debe desecharse tras su uso (ver sección "Precauciones especiales de eliminación"). El gel del tubo debe vaciarse sobre la yema de un dedo y extenderse uniformemente sobre toda el área de tratamiento, dejándolo secar durante 15 minutos. El contenido de un tubo debe emplearse para un área de tratamiento de 25 cm². Para un solo uso. **Para el tratamiento del cuello.** Si más de la mitad del área de tratamiento está localizada en la parte superior del cuello, Picato 150 µg/gel debe emplearse a la posología para la cara y el cuero cabelludo. Si más de la mitad del área de tratamiento está localizada en la parte inferior del cuello, Picato 500 µg/gel debe emplearse a la posología para el tronco y las extremidades. Si se trata simultáneamente un área de la cara o el cuero cabelludo y otra área del tronco o las extremidades, entonces los pacientes deben ser informados sobre los riesgos que emplean las dosis adecuadas. Se debe tener cuidado de no aplicar Picato 500 µg/gel en la cara o el cuero cabelludo puesto que esto podría conllevar a una mayor incidencia de respuestas cutáneas locales. Se debe advertir a los pacientes que es necesario que se laven las manos con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación de Picato y entre aplicaciones tópicas si dos áreas distintas requieren dosis diferentes. Si la zona tratada son las manos, únicamente debe lavarse la yema del dedo que se utilice para aplicar el gel. Se debe evitar el lavado y el contacto con el área tratada durante un periodo de 6 horas tras la aplicación de Picato. Tras este periodo, el área tratada puede lavarse utilizando agua y un jabón suave. Picato no debe aplicarse inmediatamente después de ducharse ni en las 2 horas previas a acostarse. El área tratada no debe cubrirse con vendajes oclusivos después de la aplicación de Picato. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Exposición ocular.** El contacto con los ojos debe evitarse. En caso de contacto accidental, los ojos deben lavarse inmediatamente con abundante agua y el paciente debe recibir atención médica tan pronto como sea posible. Pueden aparecer alteraciones oculares tales como dolor en el ojo, edema palpebral y edema periorbitario, tras la exposición ocular accidental a Picato (ver sección "Reacciones adversas"). **Ingestión.** Picato no debe ser ingerido. En caso de ingestión accidental, el paciente debe beber abundante agua y solicitar atención médica. **General.** No se recomienda la administración de Picato hasta que la piel se haya recuperado de cualquier tratamiento previo con medicamentos o quirúrgico, y no debe aplicarse en heridas abiertas o piel lesionada en la que la barrera cutánea está alterada. Picato no debe emplearse cerca de los ojos, en el interior de las fosas nasales, en el interior de los oídos ni en los labios. **Respuestas cutáneas locales.** Puede esperarse que se produzcan respuestas cutáneas locales como eritema, descamación/formación de escamas y costras tras la aplicación cutánea de Picato (ver sección "Reacciones adversas"). Las respuestas cutáneas localizadas son transitorias y habitualmente se producen durante el primer día de tratamiento, alcanzado su máxima intensidad hasta 1 semana después de la finalización del mismo. Las respuestas cutáneas localizadas habitualmente se resuelven durante las 2 semanas siguientes al inicio del tratamiento, cuando se tratan áreas de la cara y cuero cabelludo, y durante las 4 semanas siguientes al inicio del tratamiento, cuando se tratan áreas del tronco y extremidades. Es posible que el efecto del tratamiento no pueda evaluarse adecuadamente hasta la resolución de las respuestas cutáneas locales. **Exposición solar.** Se han llevado a cabo estudios para evaluar los efectos de la irradiación UV de la piel tras la aplicación única o repetida de ingenol mebutato gel, 100 µg/g. Ingenol mebutato gel no mostró ningún potencial para producir efectos fotoalérgicos o fotoirritantes. Sin embargo, debido a la naturaleza de la enfermedad, debe evitarse o minimizarse la exposición excesiva a la luz solar (incluyendo lámparas de sol artificial y cabinas de bronceado). **Queratoacantoma.** En un ensayo clínico post- autorización, se han recibido informes de queratoacantomas desarrollados en el área de tratamiento con un tiempo de aparición que oscila entre semanas y meses tras el empleo de ingenol mebutato gel. Los profesionales sanitarios deben aconsejar a los pacientes que estén atentos a cualquier lesión que aparezca en el área de tratamiento y que soliciten asesoramiento médico de forma inmediata si se produce alguna. **Manejo de la queratosis actínica.** Las lesiones clínicamente atípicas de queratosis actínica o sospechosas de malignización deben biopsiarse para determinar el tratamiento apropiado. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios de interacciones. Las interacciones con medicamentos que se absorben sistémicamente se consideran poco probables puesto que Picato no se absorbe a nivel sistémico. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** No hay datos relativos al uso de ingenol mebutato en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales mostraron escasa toxicidad embriofetal. El riesgo en humanos que reciben tratamiento cutáneo con ingenol mebutato se considera improbable puesto que Picato no se absorbe a nivel sistémico. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Picato durante el embarazo. **Lactancia.** No se prevén efectos en niños/recién nacidos lactantes puesto que Picato no se absorbe a nivel sistémico. Se debe advertir a la madre en periodo de lactancia que debe evitarse el contacto físico entre su niño/recién nacido y el área tratada durante un periodo de 6 horas tras la aplicación de Picato. **Fertilidad.** No se han realizado estudios de fertilidad con ingenol mebutato. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Picato sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas.** **Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia son respuestas cutáneas locales incluyendo eritema, descamación/formación de escamas, costras, hinchazón, vesículas/pústulas y erosión/ulceración en el lugar de aplicación de ingenol mebutato gel, ver tabla 1 para terminología MedDRA. Tras la aplicación de ingenol mebutato, la mayoría de pacientes (>95%) experimentó una o diversas respuestas cutáneas locales. Se ha notificado infección en el lugar de aplicación cuando se trata la cara y el cuero cabelludo. **Tabla de reacciones adversas.** La tabla 1 refleja la exposición a Picato 150µg/g o Picato 500 µg/g de 499 pacientes con queratosis actínica, tratados en cuatro estudios de fase 3 controlados frente a vehículo, en los que se incluyeron un total de 1.002 pacientes, y notificaciones poscomercialización. Los pacientes recibieron tratamiento de campo (área de 25 cm²) con Picato a concentraciones de 150 µg/g o 500 µg/g o vehículo una vez al día durante 3 ó 2 días consecutivos, respectivamente. La tabla que aparece a continuación recoge las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA y su localización anatómica. Las frecuencias se han definido según la siguiente convención: Muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000) y de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad. **Descripción de las reacciones adversas seleccionadas.** Las incidencias de las respuestas cutáneas locales que se produjeron con una incidencia >1% en la 'cara/cuero cabelludo' y en el 'tronco/extremidades', respectivamente, son: eritema en el lugar de aplicación (94% y 92%), exfoliación en el lugar de aplicación (85% y 90%), costra en el lugar de aplicación (80% y 74%), hinchazón en el lugar de aplicación (79% y 64%), vesículas en el lugar de aplicación (13% y 20%), pústulas en el lugar de aplicación (43% y 23%) y erosión en el lugar de aplicación (31% y 25%). Las respuestas cutáneas locales graves se produjeron con una incidencia del 29% en la cara y el cuero cabelludo y con una incidencia del 17% en el tronco y las extremidades. Las incidencias de las respuestas cutáneas locales graves que se produjeron con una incidencia >1% en la 'cara/cuero cabelludo' y en el 'tronco/extremidades', respectivamente, son: eritema en el lugar de aplicación (24% y 15%), exfoliación en el lugar de aplicación (9% y 8%), costra en el lugar de aplicación (6% y 4%), hinchazón en el lugar de aplicación (5% y 3%) y pústulas en el lugar de aplicación (5% y 1%).

Tabla 1. Reacciones adversas según Clasificación de Órganos del Sistema MedDRA.

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	
	Cara y cuero cabelludo	Tronco y extremidades
Infecciones e infestaciones		
Pústulas en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Infección en el lugar de aplicación	Frecuentes	
Trastornos del sistema nervioso		
Cefalea	Frecuentes	
Trastornos oculares*		
Edema palpebral	Frecuentes	
Dolor ocular	Poco frecuentes	
Edema periorbitario	Frecuentes	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		
Erosión en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Vesículas en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Hinchazón en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Exfoliación en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Costra en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Eritema en el lugar de aplicación	Muy frecuentes	Muy frecuentes
Dolor en el lugar de aplicación**	Muy frecuentes	Frecuentes
Prurito en el lugar de aplicación	Frecuentes	Frecuentes
Irritación en el lugar de aplicación	Frecuentes	Frecuentes
Secreción en el lugar de aplicación	Poco frecuentes	
Parestesia en el lugar de aplicación	Poco frecuentes	Poco frecuentes
Úlcera en el lugar de aplicación	Poco frecuentes	Poco frecuentes
Calor en el lugar de aplicación		Poco frecuentes
Cicatriz en el lugar de aplicación	Raras	Raras

* La hinchazón en el lugar de aplicación, cuando se aplica en la cara o en el cuero cabelludo, puede alcanzar la zona ocular
 ** Exposición ocular accidental: Se han recibido informes post-comercialización de conjuntivitis química y quemadura corneal relacionadas con la exposición ocular accidental (ver las secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo" para la prevención de la exposición ocular)
 *** Incluyendo sensación de quemazón en el lugar de aplicación.

Seguimiento a largo plazo. A un total de 198 pacientes con aclaramiento completo en el día 57 (184 tratados con Picato y 14 tratados con vehículo) se les realizó un seguimiento adicional durante 12 meses. En otro estudio, 329 pacientes que fueron tratados inicialmente con crioterapia en la cara/cuero cabelludo fueron randomizados a las tres semanas a Picato 150 µg/g (n=158) o vehículo (n=150) durante 3 días en la misma área. Se hizo un seguimiento durante 12 meses de 149 pacientes del grupo tratado con Picato y de 140 del grupo que recibió vehículo. En un estudio posterior 450 pacientes fueron tratados inicialmente con Picato 150 µg/g, de estos, 134 pacientes fueron randomizados a un segundo ciclo de tratamiento con Picato 150 µg/g y se hizo un seguimiento de los pacientes durante 12 meses tras el primer tratamiento. Estos resultados no modificaron el perfil de seguridad de picato. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/ riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Nacional de notificación incluido en el Apéndice V. **Sobredosis.** La sobredosis de Picato puede dar lugar a una mayor incidencia de respuestas cutáneas locales. El manejo de la sobredosis debe consistir en el tratamiento de los síntomas clínicos. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Alcohol isopropílico; Hidroxietilcelulosa; Ácido cítrico monohidrato; Citrato de sodio; Alcohol bencílico; Agua purificada. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 2 años. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). Los tubos deben desecharse tras la primera apertura. **Naturaleza y contenido del envase.** Tubos laminados unidosis con una capa interna de Polietileno de Alta Densidad (HDPE) y aluminio como capa protectora. Tapones de HDPE. Picato 150 µg/gel está disponible en cajas que contienen 3 tubos con 0,47 g de gel en cada uno. Picato 500 µg/gel está disponible en cajas que contienen 2 tubos con 0,47 g de gel en cada uno. **Precauciones especiales de eliminación.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** LEO Laboratories Ltd. 285 Cashel Road, Crumlin, Dublin 12, Irlanda. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA.** Picato 150 microgramos/gramo gel. Caja con 3 tubos unidosis: 105,22 €. Picato 500 microgramos/gramo gel. Caja con 2 tubos unidosis: 109,45 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el S.N.S. Consulte la Ficha Técnica completa antes de prescribir. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 15 de Noviembre de 2012. Fecha de la última renovación: 13 julio 2017. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 13 julio 2017. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos, <http://www.ema.europa.eu>.

INFORMACIÓN GENERAL

Sede de la Reunión KURSAAL - Palacio de Congresos Auditorio
CENTRO KURSAAL ELKARGUNEA
Av. de Zurriola, 1
20002 Donostia - San Sebastián



Cuotas de Inscripción (21% IVA incluido)

XXX Reunión	Hasta 1 de Octubre	A partir de 2 de Octubre
Miembro de AEDV	150 €	250 €
Residentes en Dermatología*	60 €	120 €
Miembro Emérito de AEDV**	Gratuito	Gratuito

* Imprescindible adjuntar documentación acreditativa. ** Sujeto a comprobación por la AEDV.

La **inscripción a la Reunión incluye** asistencia a las sesiones programadas y acceso a la Exposición Comercial paralela, documentación y programa científico-Resúmenes, derecho a la presentación de comunicaciones y a participar en la convocatoria de premios, cafés entre sesiones, Cena de la Reunión del viernes 24, comida del sábado 25 en la zona de stands y certificado de asistencia que se enviará a cada asistente en formato PDF. **No incluye la asistencia al Curso y/o Taller del viernes mañana.**

Cursos - Viernes 24 de 10:00 a 13:00 h.

TALLER DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y OTROS SUSTOS EN DERMA **COMPLETOS** CURSO DE ANESTESIA PARA DERMATÓLOGOS

Exposición Comercial

Paralelamente a las actividades de la Reunión tendrá lugar una exposición dirigida a empresas relacionadas con el sector, en horario coincidente con las actividades científicas.

Distintivos


Es obligatorio llevar visible el distintivo de la Reunión dentro de las instalaciones del Palacio de Congresos. Para acceder a las salas de conferencias deberá portar en lugar visible el de asistente o el de ponente/moderador.

Diploma

Los diplomas acreditativos se enviarán a los titulares en formato PDF una vez se hayan concedido los créditos solicitados.

Premios

Para las comunicaciones presentadas con motivo de la Reunión se establecen:

- ▶ Un premio a la Mejor Comunicación presentada en la **Sesión de Láser**
- ▶ Un premio a la Mejor Comunicación presentada en la **Sesión de Cirugía**
- ▶ Un premio a la Mejor Comunicación presentada en la **Sesión de Oncología** ▶ Patrocinado por 

El ganador de cada categoría será elegido por votación interactiva, entre todos los asistentes a la sesión.

III Concurso Vídeos
en Cirugía Dermatológica



Durante la Reunión, el **sábado 25 de 8:30 a 9:45** horas, tendrá lugar el **visionado de los vídeos** que se han presentado a este concurso y se seleccionara entre todos los participantes a los dos premiados.

XXXI Reunión

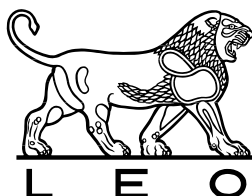
Grupo Español de Dermatología Quirúrgica,
Láser y Oncología Cutánea de la AEDV

30 de Noviembre y 1 de Diciembre, 2018
MÁLAGA · Hotel Barceló

Espónsores de PLATINO



Espónsores de ORO



Espónsores de PLATA



Espónsores de BRONCE



Secretaría Técnica



Mont-roig 13, ático 2ª • 08006 Barcelona
Tel. +34 933 685 538 • Fax +34 933 685 829
gecidoc@sbc-congresos.com
reunion-gecidoc.aedv.es