

reunion-gedet.aedv.es
gedet.aedv.es

XXIX REUNIÓN GEDET



9, 10 y 11 de Noviembre de 2017

Las Palmas de Gran Canaria

Palacio de Congresos de Canarias

GEDET
GRUPO ESPAÑOL DE
DERMATOLOGÍA
ESTÉTICA
Y TERAPÉUTICA



Coordinador de la Reunión
Jesús Domínguez Silva

Coordinador del Grupo
Agustín Viera Ramírez

**PROGRAMA FINAL
RESUMEN DE PONENCIAS Y
COMUNICACIONES**



Hazte miembro del GEDET.....

Pide la ficha de alta de miembro en la Secretaría y entrégala en la misma antes de la Asamblea, debidamente cumplimentada.

Índice

¡¡Bienvenidos a Las Palmas de Gran Canaria!!	4
Cursos Precongreso, Jueves, 9 de noviembre	06
Programa	
Viernes, 10 de noviembre	07
Sábado, 11 de noviembre	10
Cursos, Sábado, 11 de noviembre	12
Talleres Prácticos, Sábado, 11 de noviembre	13
Simposios	
Jueves, 9 de noviembre	14
Viernes, 10 de noviembre	14
Sábado, 11 de noviembre	15
Ponentes	16
Resúmenes Ponencias	21
Resúmenes Comunicaciones Orales	39
Resúmenes Pósteres	49
Planos de la Sede	88
Área de Exposición - Expositores	90
Información General	92
Patrocinadores	96

¡Bienvenidos a Las Palmas de Gran Canaria!

Estimados compañeros. Estimados amigos:

Nos ha hecho mucha ilusión organizar esta reunión del **Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica**.

Nos ha emocionado por muchos motivos. En primer lugar porque estáis en nuestra casa, **Las Palmas de Gran Canaria**. Para aquellos que llevéis tiempo sin visitarla encontraréis una ciudad abierta, cosmopolita, alegre, una ciudad de sol, de mar, de luz... Paseando por cualquiera de nuestras calles podréis cruzaros con decenas de nacionalidades, una realidad que expresa lo que es un mundo sin fronteras, donde la diversidad enriquece. Ciudad considerada como mejor destino emergente, elegida como mejor ciudad del mundo para nómadas digitales, de turismo familiar, plena de actividades culturales, eventos deportivos, con el aire más puro de España gracias a nuestros alisios y a la calidez de sus gentes... Ciudad, además que demuestra una especial sensibilidad hacia la dermatología, colaborando desde sus instituciones todos los años en actividades dirigidas hacia la prevención y promoción de la salud dermatológica y que la ha hecho ser considerada por nuestra Academia como ciudad dermosaludable y donde, hasta su alcalde, es nieto de dermatólogo.

Nos ha emocionado organizar esta reunión porque lo hemos entendido como una magnífica oportunidad de aportar valor a la dermatología y a este importante grupo de trabajo. Hemos trabajado para incorporar acciones y detalles que sumen, a la vez que transmitan esa pasión con la que entendemos nuestra especialidad. Encontraréis **cursos pre-congreso** sobre áreas avanzadas y **talleres de perfeccionamiento** de técnicas básicas, **sesiones de trabajo de forma práctica y participativa**, poniendo especial énfasis en la aportación de experiencias sobre temas candentes.

Hemos desarrollado una vertiente de comunicación hacia la población de nuestras actividades, uniendo la **Feria de la Salud de la Piel** que cada año celebramos en la ciudad y en donde habrá talleres, charlas y actividades culturales y deportivas dermosaludables en las que estáis invitados a participar...

En definitiva, nos emociona pensar que, en una época donde hay una gran oferta de actividades formativas, cuando finalicemos esta reunión os iréis con una sonrisa de satisfacción por lo mucho aprendido y por lo bueno compartido.

¡Esperamos poder saludaros personalmente durante estos días!



Jesús Domínguez Silva
Coordinador de la Reunión



Agustín Viera Ramírez
Coordinador del GEDET



Coordinadores

Jesús Domínguez Silva

Coordinador de la XXIX Reunión del GEDET

Agustín Viera Ramírez

Coordinador del GEDET

Comité Científico

Miguel Aizpún Ponzán

Agustín Buendía Eisman

Francisco Camacho Martínez

Julián Conejo-Mir Sánchez

Jesús Domínguez Silva

Pedro Jaén Olasolo

José Luis Martínez-Amo Gámez

Elia Roó Rodríguez

Jorge Soto de Delás

Agustín Viera Ramírez

Jueves, 9 de noviembre

CURSOS PRECONGRESO

15:00 Registro y entrega de documentación

15:30 **CURSO 1. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA ESTÉTICA AVANZADA**

19:30 ▶ Sala Gran Canaria

Coordinadores ▶ José Luis Martínez Amo
Manuel Ángel Rodríguez Prieto

15:30 Presentación

15:40 **Lipofilling**

16:25 Maria Jesús Suárez Valladares

16:27 **Blefaroplastia superior e inferior y técnicas encinares ceja**

17:12 Javier Beut Cabrera (videoconferencia)

17:14 **Otoplastias**

17:59 Alfonso Rodríguez Bujaldón

18:01 **Lifting cervicofacial**

18:46 José Nadal Mora

Ruegos y preguntas

16:00 **CURSO 2. DERMACHAT TERAPÉUTICO** ▶ Sala Tenerife

20:00 Coordinadores ▶ Nerea Landa Gundín
Mario Linares Barrios

16:00 **CURSO 3. INTOLERANCIA A LOS COSMÉTICOS**

19:30 **¿QUÉ HACEMOS BIEN? ¿QUÉ HACEMOS MAL?** ▶ Sala La Palma

Coordinadores ▶ Leopoldo Borrego Hernando
Esther Serra Baldrich

19:00 **SIMPOSIO COMERCIAL** ▶ **ALLERGAN** ▶ Sala Lanzarote

20:00 (Ver programa ampliado en pag. 14)

Viernes, 10 de noviembre

- 07:30 Registro y entrega de la documentación
- 08:30 DOCE TEMAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN...** ▶ Sala Sinfónica
10:30
- 08:30 Presentación
- 08:33 Mesa 1. Terapéutica**
09:10 Coordinador ▶ **Salvio Serrano Ortega**
Leishmaniasis cutánea • Alopecia Frontal Fibrosante postmeno-páusica
• Foliculitis capitis abscedens et suffodiens (foliculitis de Hoffman) •
Esclerodermia en placas generalizada
Ponentes ▶ **Vicente García-Patos, Priti Mohan Melwani Melwani y**
Cristina Serrano Falcón
- 09:13 Mesa 2. Dermatología Estética**
09:50 Coordinador ▶ **Vicent Alonso Usero**
Melasma • Envejecimiento periocular • Nódulos secundarios a infiltración
de ácido hialurónico • Envejecimiento submentoniano y cuello
Ponentes ▶ **Lucía Pimentel Villasmil, Elia Roó Rodríguez y**
Guillermo Villalón García
- 09:53 Mesa 3. Tecnología y láser**
10:30 Coordinador ▶ **Leandro Martínez Pilar**
Tratamiento del acné con fuentes de luz • Estrategias en el tratamiento
del envejecimiento facial • Cicatrices de acné. ¿Cuál es mi abordaje? •
Mis indicaciones preferidas en corporal
Ponentes ▶ **Antonio Clemente Ruiz de Almirón, Natalia Jiménez Gómez y**
José Luis López Estebaranz
- 10:30 INAUGURACIÓN OFICIAL** ▶ Sala Sinfónica
10:45 **Augusto Hidalgo Macario, Alcalde de la Palmas de Gran Canaria**
José Manuel Baltar, Consejero Sanidad Gobierno de Canarias
Conrado Domínguez, Director del Servicio Canario de Salud
Pedro Jaén, Presidente de la AEDV
Agustín Viera, Coordinador del GEDET
Jesús Domínguez, Coordinador de la XXIX Reunión del GEDET
- 10:45 Pausa-Café y visita a la Exposición
- 11:15 ALGORITMOS TERAPÉUTICOS EN PATOLOGÍA**
12:15 DE LAS MUCOSAS ▶ Sala Sinfónica
Vicente García-Patos Briones
- 11:15 Presentación
- 11:17 Liquen plano erosivo**
11:25 Agustín Alomar Muntañola
- 11:27 Liquen esclero-atrófico**
11:35 Esther Jiménez Blázquez

Viernes, 10 de noviembre

11:37

Orodinia y vulvodinia

11:45

M^a José Tribó Boixareu

11:47

Aftosis

11:55

Maite Gutiérrez Salmerón

11:57

Infección extensa por VPH

12:05

Cristina Villegas Fernández

Discusión

12:15

SIMPOSIO COMERCIAL ▶ LA ROCHE POSAY ▶ Sala Sinfónica

13:00

(Ver programa ampliado en pag. 14)

13:00

PERFECCIONANDO NUESTRAS TÉCNICAS EN DERMATOLOGÍA

14:00

ESTÉTICA FACIAL ▶ Sala Sinfónica

Coordinador ▶ Agustín Viera Ramírez

Relleno periocular: técnica in vivo-anatomía cadáver • Toxina 1/3 inferior facial: técnica in vivo-ecografía • Evitar ptosis párpado y/o ceja con Toxina: técnica in vivo-anatomía cadáver • Tratamientos en cuello: técnicas in vivo-ecografía • Principales áreas de riesgo vascular facial: ecografía-anatomía cadáver-técnica in vivo

Ponentes ▶ Fernando Alfageme Roldán, José Luis Martínez-Amo y Miguel Sánchez Viera

14:00

Almuerzo (incluido en la cuota de inscripción)

▶ Sala Alegranza y Área Polivalente

14:00

SIMPOSIO COMERCIAL-LUNCH ▶ FERRER ▶ Sala Gran Canaria

16:00

(Ver programa ampliado en pag. 14)

16:00

COMUNICACIONES LIBRES ▶ Sala Sinfónica

17:00

Moderadores ▶ Lola Bou Camps

Valentín García Mellado

16:01

C01. Síndrome de Brooke Spliegler. Tratamiento con láser de CO₂

16:05

Mariana Díaz Hernández

16:06

C02. Valoración clínica e histológica del láser alejandrita (755 nm) de picosegundos en lesiones pigmentadas planas y sobreelevadas.

16:10

Adrián Alegre Sánchez

16:11

C03. Eficacia de la difenciprona para el tratamiento de la alopecia areata en la práctica clínica habitual

16:15

Belinda Roque Quintana

16:16

C04. Tratamiento del carcinoma basocelular superficial con terapia fotodinámica: Estudio prospectivo comparativo en 22 pacientes entre ácido 5-aminolevulínico y metil aminolevulinato

16:20

Sergio Alique García

- 16:21
16:25 **C05. Experiencia del tratamiento con láser combinado neodmium: Ytrium-aluminum-garnet y decolorante pulsado en pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria**
Xavier Cubiró Raventós
- 16:26
16:30 **C06. Alternativa terapéutica para el carcinoma basocelular. Aplicación combinada de láser ablativo fraccionado e ingenol mebutato**
Ramón Pigem Gasos
- 16:31
16:35 **C07. Sutura barbada un recurso muy práctico**
Ramón Pigem Gasos
- 16:36
16:40 **C08. Uso de diltiazem tópico para el tratamiento de úlceras cutáneas de origen isquémico**
Carmen Pérez Ruiz
- 16:41
16:45 **C09. Protección y prevención de riesgo biológico ante inhalación de humo en tratamientos dermatológicos. Estudio con plástico trasparente adherente: Método de control de la formación de humos tras tratamientos láser**
Anne Barrutia Borque
- 16:46
16:50 **C10. *Tops hits* toxina botulínica**
Adolfo Amigo Echenagusia
- Discusión
- 17:00 Pausa-Café y visita a la Exposición
- 17:30** **SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ ISDIN ▶ Sala Gran Canaria**
18:00 (Ver programa ampliado en pag. 14)
- 17:30** **SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ KLERESCA® ▶ Sala Tenerife**
18:00 (Ver programa ampliado en pag. 14)
- 18:15** **DERMATOLOGÍA ESTÉTICA CORPORAL.**
19:15 **¿CÓMO CREO QUE SE DEBERÍA DE TRATAR? ▶ Sala Sinfónica**
Coordinadores ▶ Manuel Asín Llorca y Héctor Morales Moreno
- 18:15 Presentación
- 18:17
18:32 **Abordaje terapéutico de la celulitis y de la flacidez corporal**
Paloma Cornejo Navarro
- 18:34
18:49 **Tratamiento de estrías y opciones en el tratamiento de varículas**
Nayra Patricia Merino de Paz
- 18:51
19:06 **Posibilidades de tratamiento de la grasa localizada, ¿se puede aprovechar? Manuel Asín Llorca**
- 19:06 Discusión
19:15
- 21:30** **CENA DE LA REUNIÓN ▶ Hotel Santa Catalina**

Sábado, 11 de noviembre

- 08:00 Registro y entrega de la documentación
- 08:30 LA PIEL DEL ADOLESCENTE. ¿EL PACIENTE ADOLESCENTE EN**
09:30 DERMATOLOGÍA ES UN PACIENTE ESPECIAL? ▶ Sala Sinfónica
Coordinador ▶ Raúl de Lucas Laguna
- 08:30 Presentación
- 08:32 ¿Los niños y adolescentes se pueden o se deben beneficiar de**
08:47 procedimientos cosméticos?
Raúl de Lucas Laguna
- 08:49 Cosmética de la región genital, una realidad... y ¿una amenaza para**
09:04 la salud?
Rocío Maseda Pedrero
- 09:06 Búsqueda de adherencia al tratamiento en adolescentes**
09:21 Gustavo Medina del Rosario
Discusión
- 09:30 PROBLEMAS ACTUALES A RESOLVER CON FORMULACIÓN**
10:30 MAGISTRAL
Coordinadores ▶ Jesús Domínguez Silva
Rogelio Tenorio Hernández
- 09:30 Presentación
- 09:32 Las 10 fórmulas más prescritas por los dermatólogos hoy**
09:44 Elisa Suñer Ollé
- 09:46 Las 10 fórmulas más novedosas hoy**
09:58 Edgar Abarca Lachen
- 10:00 Las 10 fórmulas que más aportan al dermatólogo hoy**
10:12 Montse Salleras Redonet
Discusión
- 10:45 SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ LEO PHARMA ▶ Sala Gran Canaria**
11:15 (Ver programa ampliado en pag. 15)
- 10:45 SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ GALDERMA ▶ Sala Tenerife**
11:15 (Ver programa ampliado en pag. 15)
- 11:00 Pausa-Café y visita a la Exposición

XXIX REUNIÓN

9, 10 y 11 de Noviembre de 2017

- 11:30** **CONFERENCIA DEL EXPERTO. EXPOSOMA** ▶ Sala Sinfónica
12:00 Moderador ▶ José M^a Mascaró Ballester
 Ponente ▶ Gabrielle Sore
- 12:00** **SIMPOSIO COMERCIAL ▶ EAU THERMALE AVÈNE** ▶ Sala Sinfónica
12:45 (Ver programa ampliado en pag. 15)
- 12:45** **QUE HAY DE NUEVO EN...** ▶ Sala Sinfónica
13:45 Coordinador ▶ Pedro Valerón Martel
- 12:45 Presentación
- 12:47 **Terapéutica**
13:02 Gregorio Carretero Hernández
- 13:04 **Dermatología estética**
13:19 Julián Conejo-Mir Sánchez
- 13:21 **Tecnología y Láser**
13:36 Antonio Campo Voegeli
 Discusión
- 13:45** **ENTREGA PREMIOS** ▶ Sala Sinfónica
14:00 **A LAS MEJORES COMUNICACIONES**
- 14:00** **ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL GEDET** ▶ Sala Sinfónica
15:00 Reservado a miembros del grupo
- 14:30 Comida libre
16:00

Sábado, 11 de noviembre

CURSOS

- 16:00** **C1. ¿NOS GUSTA EL LÁSER!** ▶ Sala Gran Canaria
19:00 Coordinadores ▶ Didac Barco Nebreda
 Rubén del Río Gil
- 16:00 **Introducción: Tecnología lumínica: ¿Hacia dónde va el futuro?**
16:08 Rubén del Río Gil
- 16:10 **Novedades en láser para lesiones vasculares**
16:28 Antonio Campo Voegeli
- 16:30 **Novedades en láser para lesiones pigmentadas**
16:48 José Manuel Miralles López
- 16:50 **Novedades en láser para tatuajes**
17:08 Donis Muñoz Borrás
- 17:10 **Novedades en láser para cicatrices**
17:28 Didac Barco Nebreda
- 17:30 **Clásicos y nuevos usos de la luz pulsada intensa**
17:48 Rubén del Río Gil
- 17:50 **Cómo prevenir errores en láser. La experiencia es un grado**
18:08 Diego del Ojo Cordero
- 18:10 **¿Qué dispositivos me recomiendan los expertos?**
18:10 ▶ Empezando desde cero
18:18 Paloma Cornejo Navarro
- 18:20 ▶ Upgrade
18:28 Didac Barco Nebreda
- 18:30 ▶ Equipos premium
18:38 Rubén del Río Gil
- 18:38 Ruegos y preguntas
- 16:00** **C2. CÓMO CREAR UNA UNIDAD DE TRICOLOGÍA** ▶ Sala Tenerife
19:00 Coordinadores ▶ Cristina Serrano Falcón y Salvio Serrano Ortega

Sábado, 11 de noviembre

TALLERES PRÁCTICOS

Hospital San Roque - Consultas
García Tello, 5
35001 Las Palmas de Gran Canaria



Coordinadores ▶ Andrea Catalán Griffiths
Néstor Santana Molina

T1 HILOS 1

T1A ▶ 16:00 a 17:30 horas

T1B ▶ 18:00 a 19:30 horas

Natalia Seguí Planelles

T2 HILOS 2

T2A ▶ 16:00 a 17:30 horas

T2B ▶ 18:00 a 19:30 horas

Manuel Fernández Lorente y Cristina García Millán

T3 TOXINA BOTULÍNICA 1 ▶ 16:00 a 19:00 horas

Elia Roó Rodríguez

T4 TOXINA BOTULÍNICA 2 ▶ 16:00 a 19:00 horas

Adolfo Amigo Echenagusia

T5 RELLENOS 1. Marisa Tirado Godoy ▶ 16:00 a 19:00 horas

T6 RELLENOS 2. Lucía Pimentel Villasmil ▶ 16:00 a 18:00 horas

T7 REMODELADO DERMO-EPIDÉRMICO AVANZADO ▶ 16:00 a 19:00 horas

Jorge Soto de Delás

T8 ANESTESIA LOCO-REGIONAL.

APLICACIONES PRÁCTICAS ▶ 16:00 a 18:00 horas

Néstor Santana Molina

Jueves, 9 de noviembre

SIMPOSIO

19:00 **SIMPOSIO COMERCIAL ▶ ALLERGAN ▶** Sala Lanzarote

20:00 ***Belkya® In The Real World***

Coordinadora ▶ Elia Roó Rodríguez

Bienvenida e introducción. Antoni Clotet Guasch

Belkya®: Real World Data

- Evaluación del paciente
- Aplicación de plantilla: Manejo del dolor
- Selección de dosis
- Inyección de tratamiento
- Consejos post-tratamiento
- *Follow up*

Ponentes ▶ Vicent Alonso Usero, Sara Carrasco Sánchez,
Elia Roó Rodríguez, Natalia Seguí Planelles y Carlos Suárez García

Belkya® en tu consulta. Ana Blanco González

Viernes, 10 de noviembre

SIMPOSIOS

12:15 **SIMPOSIO COMERCIAL ▶ LA ROCHE POSAY ▶** Sala Sinfónica

13:00 ***Piel sensible, ¿mito o realidad de la consulta?***

Coordinadora ▶ Aurora Guerra Tapia

Concepto de piel sensible

Aurora Guerra Tapia

Etiopatogenia

Esther Serra Baldrich

Diagnóstico

José Luis López Estebanz

Tratamiento

Leonor Prieto Cabezas

Documento de consenso, presentación del proyecto

Aurora Guerra Tapia

14:00 **SIMPOSIO COMERCIAL-LUNCH ▶ FERRER ▶** Sala Gran Canaria

16:00 ***Utilidad clínica de los factores de crecimiento en cicatrización: Estudio CicAdvance***

Moderadora ▶ Gabriela Bacchini

Tendencias terapéuticas en regeneración de la piel

Josep González Castro

XXIX REUNIÓN

9, 10 y 11 de Noviembre de 2017

Resultados del estudio clínico CicAdvance

Lisette María Sardá Pérez

Repavar®: Soluciones innovadoras en cicatrización

Gabriela Bacchini

17:30

SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ ISDIN ▶ Sala Gran Canaria

18:00

Avances en la melatonina: Uso tópico como reparador.

#MelatoninRevolution

Jesús Ángel Fernández-Tresguerres Hernández

Aurora Carmen Garre Contreras

17:30

SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ KLERESCA® ▶ Sala Tenerife

18:00

Terapia biofotónica Kleresca®: Cambiar la práctica dermatológica gracias a las propiedades terapéuticas de la fluorescencia

Moderador ▶ José Luis López-Estebanz

La tecnología biofotónica: Base científica y modo de acción

José Luis López-Estebanz

Experiencia clínica: Indicaciones y resultados

Natalia Jiménez Gómez

Kleresca® en mi consulta: ¿Dónde y cómo lo he incorporado a mi práctica diaria? Sara Carrasco Sánchez

Sábado, 11 de noviembre

SIMPOSIOS

10:45

SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ LEO PHARMA ▶ Sala Gran Canaria

11:15

Picor y psoriasis: El síntoma invisible

Impacto en calidad de vida del picor: Mito o realidad

Marta García Bustinduy

Experiencia clínica: Resolución rápida del picor con Enstilar®

Mar Llamas Velasco

10:45

SIMPOSIO COMERCIAL PARALELO ▶ GALDERMA ▶ Sala Tenerife

11:15

Novedades en acné inflamatorio

Vicente García-Patos Briones

Aurora Guerra Tapia

12:00

SIMPOSIO COMERCIAL ▶ EAU THERMALE AVÈNE ▶ Sala Sinfónica

12:45

Nuevas fronteras en la evaluación de los fotoprotectores:

Protección molecular y del ADN in vivo

Ariadna Ortiz Brugués

Antony R. Young

Ponentes

Abarca Lachén, Edgar

Farmacéutico. Universidad San Jorge, Barbastro, Huesca.

Alfageme Roldán, Fernando

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Hierro, Majadahonda, Madrid.

Alomar Muntañola, Agustín

Servicio Dermatología. Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona.

Alonso Usero, Vicent

Instituto Dermatológico Dr. Alonso, Valencia.

Amigo Echenagusia, Adolfo

Clínica Amigo, Marbella, Málaga.

Asín Llorca, Manuel

Centro Dermatológico Estético, Alicante.

Bacchini, Gabriella

Medical Advisor, Departamento Médico de Ferrer Internacional.

Barco Nebreda, Didac

Servicio Dermatología. Centro Médico Teknon, Barcelona.

Beut Cabrera, Javier

Cirujano Plástico. Institut Dr. Beut. Palma de Mallorca.

Blanco González, Ana

Bussines Consultant de Allergan, Madrid.

Borrego Hernán, Leopoldo

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Bou Camps, Lola

Dermatóloga. Consulta Privada Dra. Lola Bou Camps, Barcelona.

Campo Voegeli, Antonio

Clínica Campo-Optimage, Barcelona.

Carrasco Sánchez, Sara

Dermatóloga. Clínica Dra. Sara Carrasco / Dermatología Integral, Bilbao.

Carretero Hernández, Gregorio

Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Catalán Griffiths, Andrea

Servicio Dermatología, Hospitales San Roque, Las Palmas de Gran Canaria.

Clemente Ruiz de Almirón, Antonio

Clínica Dermatológica Clemente, Murcia.

Clotet Guasch, Antoni

Gerente Nacional Ventas Allergan Facial, Barcelona.

Conejo-Mir Sánchez, Julián

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

Cornejo Navarro, Paloma

Clínica Dra. Paloma Cornejo, Madrid.

De Lucas Laguna, Raúl

Servicio Dermatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Del Ojo Cordero, Diego

Servicio Dermatología. Hospital Clínico Universitario Puerto Real, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Del Río Gil, Rubén

Servicio Dermatología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Domínguez Silva, Jesús

Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Fernández-Tresguerres Hernández, Jesús Ángel

Endocrinólogo. Catedrático, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Fernández Lorente, Manuel

Grupo Pedro Jaen, Madrid.

Figueras Nart, Ignasi

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

García Bustinduy, Marta

Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

García Mellado, Valentín

Clinica CENDERLASER, Granada.

García Millán, Cristina

Grupo de Dermatología Pedro Jaén, Madrid.

García-Patos Briones, Vicente

Servicio Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Garre Contreras, Aurora Carmen

Medical Marketing Manager ISDIN

González Castro, Josep

Servicio Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona.

Ponentes

Guerra Tapia, Aurora

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Gutiérrez Salmerón, Maite

Clínica CENDERLASER, Granada.

Jaén Olasolo, Pedro

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Jiménez Blázquez, Esther

Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Jiménez Gómez, Natalia

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Landa Gundín, Nerea

Clínica Dermitek, Bilbao, Vizcaya.

López Estebanaranz, José Luis

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Linares Barrios, Mario

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Llamas Velasco, Mar

Servicio Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Martínez Pilar, Leandro

Servicio Dermatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Martínez-Amo Gámez, José Luis

Clínica Dermatológica Martínez Amo, Almería.

Mascaró Ballester, José M.

Dermatólogo. Universitat de Barcelona, Barcelona.

Maseda Pedrero, Rocío

Servicio Dermatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Medina Del Rosario, Gustavo

CEO. Singular Factory.

Melwani Melwani, Priti Mohan

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Merino De Paz, Nayra Patricia

Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Miralles López, José Manuel

Miralles Dermatología, Palma de Mallorca.

Morales Moreno, Héctor Juan

Clínica Dermatológica Ivalia Dermis, Las Palmas de Gran Canaria.

Muñoz Borrás, Donis

Consulta Dermatológica Dr. Donis Muñoz, Gandía, Valencia.

Nadal De Mora, José Luis

Clínica de Cirugía Plástica Dr. Nadal De Mora, El Puerto de Santa María, Cádiz.

Ortiz Brugués, Ariadna

Servicio de Dermatología. Hospital Santa Caterina, Girona. Directora Médica de Pierre Fabre Dermocosmética.

Pimentel Villasmil, Lucía

Servicio Dermatología. Hospiten Rambla, Santa Cruz de Tenerife.

Prieto Cabezas, Leonor

Directora Científica. Laboratorios La Roche-Posay, Madrid.

Roó Rodríguez, Elia

Clínica Clider, Madrid.

Rodríguez Bujaldón, Alfonso

Clínica Dermatológica Alfonso Rodríguez, Almería.

Rodríguez Prieto, Manuel Ángel

Servicio Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Salleras Redonet, Montserrat

Servicio Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor-Grupo Quirónsalud, Barcelona.

Santana Molina, Néstor

Servicio Dermatología. Hospital San Roque, Las Palmas de Gran Canaria.

Sánchez Viera, Miguel

Clínica Dermatológica Dr. Sánchez Viera. Madrid.

Sardà Pérez, Lissette María

Instituto Dermatológico Dr. Alonso NISSA 9 de Octubre, Valencia.

Seguí Planelles, Natalia

Clínica DermaVallès, Granollers, Barcelona.

Serra Baldrich, Esther

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

Serrano Falcón, Cristina

Servicio Dermatología. Hospital La Inmaculada, Granada.

Serrano Ortega, Salvio

Clínica Dermatológica Serrano, Granada.

Sore, Gabrielle

Farmacéutica. Directora Científica Internacional DLL (L'Oréal Luxe) y DCA (Active Cosmetics).

Ponentes

Soto De Delás, Jorge

Servicio Dermatología. Policlínica Gipuzkoa, Donostia, Gipuzkoa.

Suárez García, Carlos

Clínica Dermatológica Sánchez del Río, Oviedo.

Suárez Valladares, M^a Jesús

Servicio Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Suñer Ollé, Elisa

SCO. MartiDerm, Barcelona.

Tenorio Hernández, Rogelio

Farmacéutico. Las Palmas de Gran Canaria.

Tirado Godoy, Marisa

Clínica Marisa Tirado, Castellón de La Plana.

Tribó Boixareu, María José

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

Valerón Martel, Pedro

Centro Dermatológico Valerón, Las Palmas de Gran Canaria.

Viera Ramírez, Agustín

Clínica Dermatológica Ivalia Dermis, Las Palmas de Gran Canaria.

Villalón García, Guillermo

Servicio Dermatología. Hospital Nisa Pardo de Aravaca, Madrid.

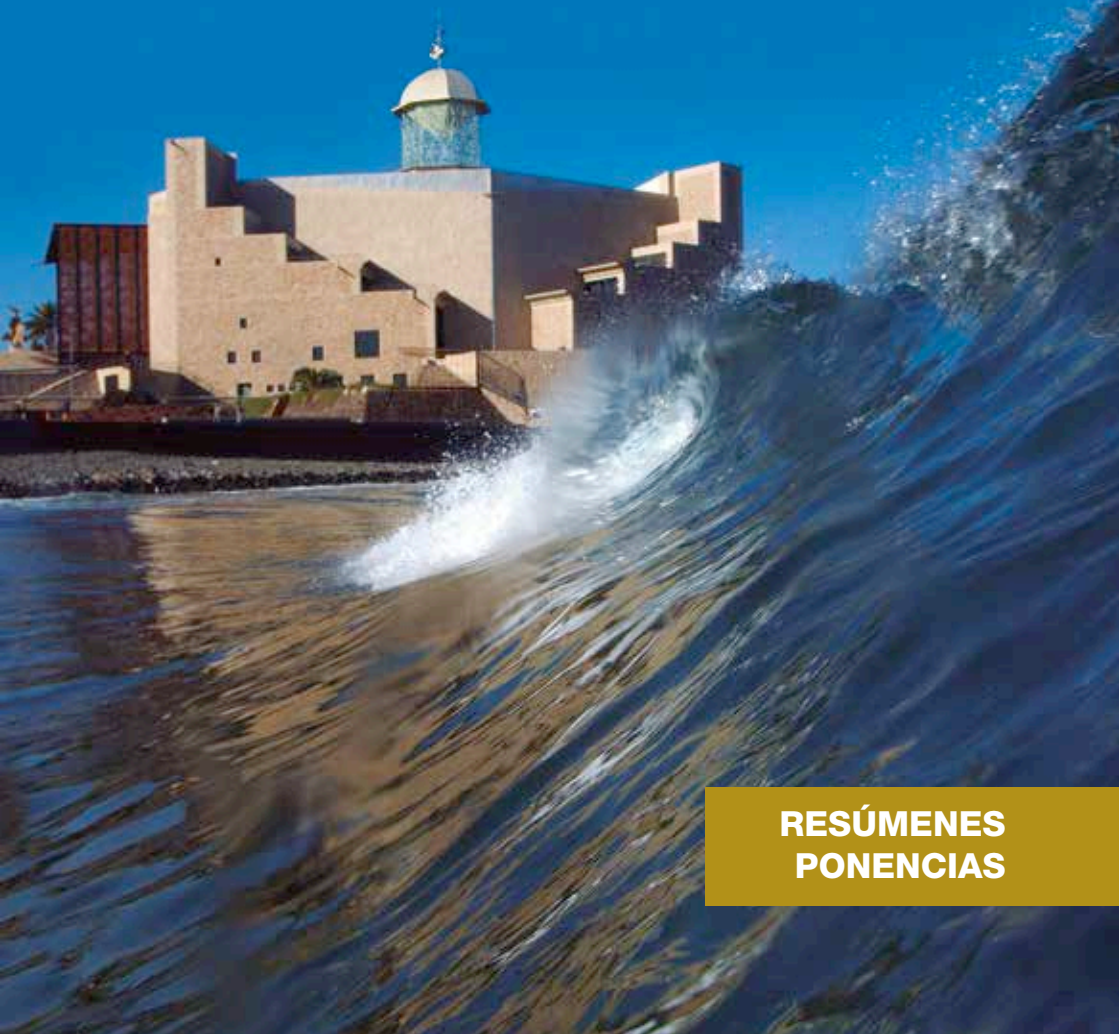
Villegas Fernández, Cristina

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Sanitas La Moraleja, Madrid.

Young, Antony R.

Division of Genetics and Molecular Medicine. St John's Institute of Dermatology.
Faculty of Life Sciences and Medicine. King's College London, United Kingdom.

GEDET



**RESÚMENES
PONENCIAS**

OTOPLASTIAS

Alfonso Rodríguez Bujaldón

Curso práctico sobre la técnica quirúrgica para realizar una otoplastia o corrección quirúrgica de “*orejas de soplillo*”.

Existen diversas técnicas quirúrgicas para realizar una otoplastia. En este caso explicamos la técnica que habitualmente realizamos mediante un vídeo en el que detallamos paso a paso de una manera didáctica, con la intención de que los asistentes puedan iniciarse en la realización de estas técnicas estéticas.

Así mismo se comentarán las consideraciones preoperatorias, el material necesario para realizarlo y el seguimiento postoperatorio y fotografías previas y de la evolución postoperatoria.

También se mencionarán los posibles efectos secundarios y problemática que puede surgir tras la realización de la técnica.

ALGORITMO TERAPÉUTICO EN INFECCIONES DE MUCOSAS EXTENSAS POR HPV

Cristina Villegas Fernández

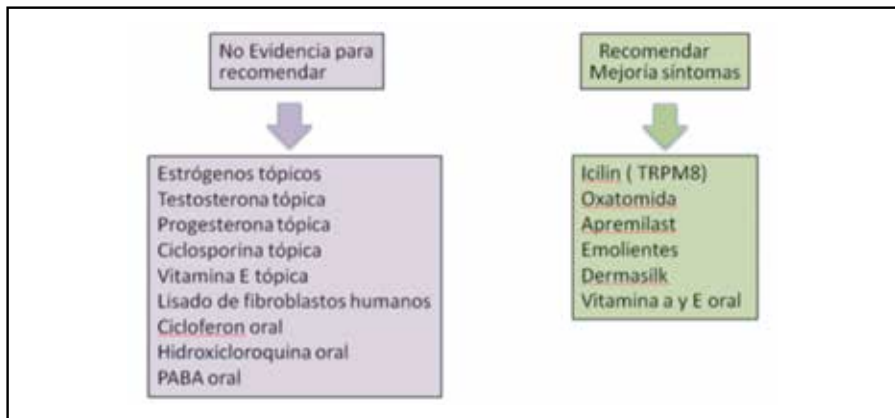
El HPV (Virus del Papiloma Humano) es un DNA virus, perteneciente a los “papovaviridae” del que se conocen más de 100 tipos diferentes. Se replica en las células escamosas del epitelio estratificado de piel y mucosas, siendo el responsable de diferentes lesiones, muchas de las cuales se convierten en un verdadero problema de salud, por su contagiosidad y capacidad de diseminación y porque los HPV conocidos como de “alto potencial” tienen capacidad oncogénica, siendo responsables de la aparición de diferentes tumores genitourinarios y de orofaringe. El más relevante por su incidencia es el cáncer de cuello de útero.

En esta ponencia realizamos un recorrido por el arsenal terapéutico del que disponemos para el tratamiento del HPV, en su afectación de las mucosas, fundamentalmente cuando los pacientes presentan afectación extensa de las mismas, que generalmente se produce cuando existe inmunosupresión (HIV, tratamientos con quimioterapia, pacientes trasplantados, y mujeres embarazadas).

Desarrollamos un algoritmo terapéutico en la infección de mucosas por HPV, deteniéndonos en los anteriores supuestos así como en el tratamiento de las recurrencias de la infección, el fracaso terapéutico y la prevención con las vacunas existentes.

ALGORITMO TERAPEÚTICO EN LIQUEN ESCLEROATRÓFICO

Esther Jiménez Blázquez



AFTOSIS ORALES

Maite Gutiérrez Salmerón

Concepto

La aftosis oral es una patología frecuente, que cursa con la aparición aguda de lesiones ulceradas en mucosa bucal, caracterizadas por ser:

- Dolorosas.
- Duración variable: entre días y semanas.
- Recurrentes la mayoría de las veces.
- Presentación clínica bajo tres formas: Minor, Mayor o Herpetiforme, diferentes tanto en el tamaño y número de las lesiones, duración de las mismas, posibilidad de cicatriz residual y localización.
- Etiología desconocida: aunque la mayoría de los casos son idiopáticas, se conocen algunos factores implicados en su aparición como predisposición genética, déficit nutricionales, infecciones, cambios hormonales e inmunodeficiencias, que siempre deben ser investigados en las formas severas y recurrentes.

Tratamiento

La estrategia terapéutica variará según:

- Severidad de las lesiones.
- Duración de las mismas.
- Frecuencia de las recurrencias.

Aunque no disponemos de ningún tratamiento curativo, sí podemos barajar diversos fármacos dirigidos a:

- Disminuir el dolor.
- Acortar la duración del proceso al ayudar a la cicatrización de las lesiones.
- Disminuir en lo posible la frecuencia de las recurrencias o la severidad de las mismas con los mínimos efectos secundarios posibles.

Para todo ello disponemos de tratamientos tópicos y orales, que vamos a describir de 1ª, 2ª o 3ª línea según su posibilidad de efectos secundarios.

Por supuesto, también en el manejo de los diversos fármacos, nos apoyaremos en su Nivel de Evidencia: A, B, C, D, E.

Objetivos del tratamiento

1. ALIVIAR EL DOLOR ▶ Primera medida a adoptar siempre con tratamientos tópicos.

1.1. 1ª LINEA DE TRATAMIENTO

- FILMS BIOADHESIVOS

SUCRALFATO suspensión (A): Enjuagues bucales, útil sólo como película protectora o combinado a otros tratamientos tópicos para mejorar su adhesión.

CARBOXIMETILCELULOSA (C): Por sus propiedades adhesivas, mejora la eficacia de otros tratamientos tópicos al aumentar su permanencia, con disminución del dolor y acortamiento del tiempo de cicatrización.

- ANTIINFLAMATORIOS

DICLOFENACO 3% + ÁCIDO HIALURÓNICO 2.5%: Eficaz por sus propiedades antiinflamatorias.

1.2. 2ª LINEA DE TRATAMIENTO

- ANESTÉSICOS: Producen analgesia temporal que alivia al paciente pero pueden inducir a traumas locales con la masticación.

Lidocaína 5% en gel o al 10% en spray.

Benzocaina 20% en pasta.

- CORTICOIDES (A): De gran utilidad en formas extensas, tanto para disminuir el dolor como para acortar la duración.

Fluticasona en spray: 3 veces al día.

Dexametasona 0.1%: toques con torunda empapada durante 30 segundos, evitando comidas y bebidas los 30 minutos siguientes, 3 veces al día durante 5 días.

Acetónido de triamcinolona al 0.1% en orabase para mejorar su adhesión. Si se emplean durante mucho tiempo deben asociarse a antimicóticos para disminuir el riesgo de candidiasis.

1.3. 3ª LINEA DE TRATAMIENTO

- CORTICOIDES INTRALESIONALES: En grandes aftosis puede emplearse el Acetónido de Triamcinolona en inyección intralesional a concentración de 3-10 mg/ml (B).

2. ACORTAR LA DURACIÓN DEL PROCESO ▶ Con tratamientos tópicos u orales.

2.1. 1ª LINEA DE TRATAMIENTO ▶ Tratamiento tópico.

- ANTIMICROBIANOS: Para enjuagues bucales.

Clorexidina al 0.2% (A): Eficaz al disminuir el riesgo de sobreinfección bacteriana, posee actividad antiviral y también por prevenir y/o eliminar la formación de biofilms.

Antibióticos (A)

Doxiciclina o Minociclina: Útiles al inhibir las metaloproteinasas.

- ANTIINFLAMATORIOS

AMLEXANOX (A): Al 5% en pasta, posee propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladores. También se postula que su aplicación en discos orales durante el periodo prodromico puede prevenir los brotes recurrentes en aftosis menor.

2.2. 2ª LINEA DE TRATAMIENTO ▶ Tratamiento oral.

- CORTICOIDES ORALES (A)

Prednisona: 1 mg/Kg (40-60 mg) durante 6-8 días.

- ANTIINFLAMATORIOS

MONTELEUKAST (A): 10 mg/día durante 1 mes. Menos efectivo que la prednisona pero una buena alternativa en pacientes en los que está contraindicada.

- ANTIMICROBIANOS

Penicilina G (A): 50 mg QID durante 4 días.

Tetraciclinas a bajas dosis: Útiles por sus propiedades antiinflamatorias.

3. DISMINUIR LA FRECUENCIA DE LAS RECIDIVAS ▶ Tratamiento oral.

3.1. 1ª LINEA DE TRATAMIENTO

- ANTIINFLAMATORIOS

COLCHICINA (A): 0.5 mg/día/7 días, 1 mg/día otros 7 día y 1.5 mg/día como tratamiento de mantenimiento.

PENTOXIFILINA (A): 400 mg/3 veces al día.

- ANTIMICROBIANOS

DAPSONA (A): 25 mg/día durante 3 días, subiendo 25 mg/día cada 3 días hasta alcanzar los 100 mg como dosis de mantenimiento.

CLOFAZIMINA (B): 100 mg/día durante 6 meses.

3.2. 2ª LINEA DE TRATAMIENTO

- INMUNOMODULADORES

SULFATO DE ZINC (A): 150 mg/2 veces al día.

TALIDOMIDA (A): 50-100 mg/día. El más eficaz de los tratamientos para evitar las recurrencias pero con conocidos efectos secundarios.

- LEVAMISOL: 150 mg, 3 veces por semana durante 6 meses.

3.3. 3ª LINEA DE TRATAMIENTO ▶ Tratamientos varios con eficacia variable.

- VIT. B12 (A).

- ÁCIDO ASCÓRBICO (C): 200 mg/día.

- LEVAMISOL: 150 mg.

- APREMILAST (E): 10 mg/2 veces día, con involución de las lesiones a las 6 semanas, manteniendolo durante 12 meses, sin recurrencia 3 veces/día durante 6 meses.

- INTERFERÓN alfa (C): a dosis bajas, 1200 U/D puede ser útil en aftosis recalcitrantes.

- CICLOSPORINA TOPICA (D): 500 mg/5 ml. puede ser de utilidad en pacientes que precisen medicación inmunosupresora con contraindicaciones a ella.

- ETRETINATO.

- ETARNECEP.

- ADALIMUMAB.

- LÁSER CO₂.

Con toda esta medicación que tenemos disponible realizaremos nuestra propuesta de ALGORITMO DE TRATAMIENTO basándonos en su eficacia, efectividad, efectos secundarios y experiencia personal.

Bibliografía

- Belenguer-Guallar I, Jlmenez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent* 2014;6 (2):168-174.
- Bell J. Amlexanox for the treatment of recurrent aphthous ulcers. *J Clin Drug Investig* 2005; 25:555-556.
- Butbul Aviel Y, Tatour S, Gershoni Baruch R. Colchicine as a therapeutic option in periodic fever, aphthousstomatitis, pharyngitis, cervical adenitis (PFAPA) síndrome. *Semin Arthritis Rehum.* 2016; 45(4):471-474.
- Cheng S, Murphy R. Refractory aphthous ulceration treated with thalidomide: A report of 10 years' clinical experience. *Clin Exp Dermatol* 2012;37:132-35.
- De Abrue MA, Hirata CH, Pimentel DR et al. Tratment of recurrent aphthous stomatitis with clofazimine. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod* 2009;108:714-21-
- Elsen D, Ellis CN. Topical cyclosporine for oral mucosal disorders. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:1259-64-
- Gomes CC, Gomez RS, Zina LG, Amaral FR. Recurrent aphthous stomatitis and *Helicobacter pylori*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016 ;21(2):e187-191.
- Graykowski EA, Kingman A. Double-blind trial of tetracycline in recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol* 1978;7:376-82.
- Koopp S, Green J. Aphthous Stomatitis en: *Lebwohl, Heymann, Berth-Jones AND Coulson: Treatment of Skin Disease. Capitulo 16: pp 47-51. Saunders (4ª) 2014.*
- Liu J, Zeng X, Chen Q, et al. An evaluation of the efficacy and safety of amlexanox oral adhesive tablets in the tratment of recurrent minor aphthous ulceration in a chine cohort: A randomized, double-blind, vehicle-controlled, unparallel multicenter clinical trial. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102:475-81.
- Lui C, Zhou Z, Lui G, Wang Q, Chen J, Wang L, et al. Efficacy and safety of dexametha-sone ointment on recurrent aphthous ulceration. *Am J Md* 2012; 125 292-301.
- Lynde CB, Bruce AJ, Rogers RS. Successful treatment of complex aphthosis with colchicine and dapsone. *Arch Dermatol* 2009; 145:273-6.
- Meiller TF, Kutcher MJ, Overholser CD, et al. Mout rinses containing triclosan reduce the incidence of recurrent aphthous ulcers. *J Clin Periodontol* 1996;23:778-81.
- Messadi DV, Youanai F. Aphthous ulcer. *Dermatol Ther* 2010;23:281-90.
- Murphy GM, Griffiths AD. Aphthous ulcers responding to etretinate: A case report. *Clin Exp Dermatol* 1989;14:330-331.
- Pakfetrat A, Mansourian A, Momen-Heravi F, et al. Comparison of colchisine versus prednisolone in recurrent aphthous stomatitis: A double-blind randomized clinical trial. *Clin Invest Med* 2010;33:e189-95.

- Quijano D, Rodriguez M, Topical corticosteroids in recurrent aphthous stomatitis. Systematic review. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008;59:298-307.
- Robinson ND, Guitart J. Recalcitrant, recurrent aphthous stomatitis treated with etanercept. *Arch Dermatol* 2003;139:1259-62.
- Rodu B, Russell CM. Performance of a hydroxypropyl cellulose film former in normal and ulcerated mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;65:699-703.
- Rose N, Saleh D, Miller R. Recurrent aphthous stomatitis: A review. *J clin Aesthet Dermatol*. 2017;10(3):26-36.
- Sanchez-Cano D, Callejas-Rubio JL, Ruiz-Villaverde R, Ortega-Centeno N. Recalcitrant, recurrent aphthous stomatitis successfully treated with adalimumab. *J Eur Acad Dermatol Vnereol* 2009;23:206.
- Sharquie KE, Najim RA, Al Hayani RK et al. The therapeutic and prophylactic role of oral zinc sulfate in management of recurrent aphthous stomatitis in comparison with dapson. *Saudi Med J* 2008;29:734-8.
- Schibler E, Heidemeyer K, Klötgen HW. Apremilast for treatment of recalcitrant aphthous stomatitis. *JAAD Case Report* 2017 Sep 3(5) 410-411.
- Scully C, Porter. Oral mucosal disease: Recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Sug* 2008;46:198-206.
- Thornhill MH, Baccaglioni L, Theaker E et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pentoxifylline for treatment of recurrent aphthous stomatitis. *Arch Dermatol* 2007;143:463-70.
- Torras H, Lecha M, Mascaró JM. La talidomida en el tratamiento de las aftosis y enfermedad de Behçet. Experiencia de 4 años. *Med Cutan Iber Lat Am*, 1982;10:103-112.
- Tugrul S, Kocyigit A, Dogan R, et al. Total antioxidant status and oxidative stress in recurrent aphthous stomatitis. *Int J Dermatol*. 2015;55:130-135.
- Vincent SD, Lilly GE. Clinical, historic, and therapeutic features of aphthous stomatitis: Literature review and open trial employing steroids. *Oral Surg Oral Med Oral Patol* 1992;74:79-86.
- Zhou Y, Chen Q, Meng W et al. Evaluation of penicillin G potassium troches in the treatment of minor recurrent aphthous ulceration in a Chinese cohort: A randomized, double-blind, placebo and no-treatment-controlled, multicenter clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod* 2010;109:561-6.
- Yasui K, Kurata T, Yashiro M. et al. The effect of ascorbate on minor recurrent aphthous stomatitis. *Acta Paediatr* 2010;99:442-5.
- Volkov I, Rudoy I, Freud T. Effectiveness of vitamin B12 in treating recurrent aphthous stomatitis: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2009;22:9-16.

COSMÉTICA DE LA REGIÓN GENITAL, UNA REALIDAD... Y ¿UNA AMENAZA PARA LA SALUD?

Rocío Maseda Pedrero

El término de cosmética genital engloba un conjunto de procedimientos médico-quirúrgicos cuyo fin es mejorar la funcionalidad o la estética de la región genital.

El aumento de la demanda de estos procedimientos desde edades cada vez más tempranas hace que los dermatólogos deban estar al día de las distintas técnicas y de sus posibles complicaciones. Repasaremos algunas de las técnicas invasivas y no invasivas que con mayor frecuencia se realizan en estos pacientes.

EXPOSOMA

Gabrielle Sore

Our skin is directly affected by Exposome which is the cumulative measure of environmental influences and associated biological responses from birth to death; it represents everything that is not genetic.

Genetics has been found to account for only 20% of diseases and the remaining 80% appear to be from environmental causes. Exposome leads to silent ageing with accumulation of biological damages leading to visible skin signs: wrinkles, dullness, dark spots, loss of firmness, rough skin.

Skin Ageing is first driven by long UVAs exposure in the daily life, pollution is a worsening factor and is associated with pigmentary disorders and lifestyle can impact skin and triggers skin aging too (tobacco, diet, stress & lack of sleep).

In everyday life, there is a cumulative effect of all factors coupled with genetic factors involved in the answer to exposome. As all is not genetic, we can slow down the skin aging exposome by adopting the good gestures in our everyday life and by using a specific cosmetic routine.

LASERES FRACCIONADOS NO ABLATIVOS. LONGITUDES DE ONDA. INDICACIONES EN DERMATOLOGIA

Rubén Del Río Gil

El principal cromóforo es el agua y la absorción por los otros cromóforos es baja. El concepto no ablativo implica la no vaporización de la epidermis-dermis, sino la entrega de energía suficiente para producir un efecto fototérmico y coagulativo que produzca una desnaturalización proteica y un efecto de neocolagénesis final con remodelación de la arquitectura cutánea y mejora clínica de la piel.

Se producen microcolumnas o canales de tejido coagulado cuyas características varían en función del tamaño o área y de la profundidad que alcanzan hasta dermis media o reticular. Este efecto térmico estimula la liberación de mediadores tisulares

de la inflamación activando los fibroblastos, la neocolagénesis y el remodelado cutáneo. Las áreas indemnes alrededor de las microcolumnas representan un pool de células intactas que promueven la reepitelización.

A la hora de decidir sobre qué tecnología ofrece las características que se adecuen a nuestra práctica clínica deberemos conocer su forma de trabajo y parámetros disponibles.

Estas características son el modo de entrega (uso de scanner secuencial o no y formas ajustables del mismo), tamaños, densidades, fluencias, tiempo de los pulsos y si dispone o no de sistema de enfriamiento.

Se han utilizado diferentes longitudes de onda en el infrarrojo, 1064, 1320, 1410, 1440, 1450, 1540, 1550, 1565, 1940 y 1927 nm.

Los parámetros y número de pases varían según la indicación siendo muy variables. La penetración depende de la pieza de mano, el tipo de láser (sólido, fibra) utilizado y de la fluencia aplicada. Si aumentamos la densidad o cobertura de área es recomendable usar energías bajas y viceversa, siempre en función de la indicación de cada caso particular.

Se recomiendan energías bajas en casos de rejuvenecimiento periocular, discromías y cicatrices superficiales planas y fluencias altas en remodelamientos cutáneos profundos, cicatrices severas de acné y cicatrices quirúrgicas.

En el caso de las densidades (microcolumnas por cm^2) se aplican bajas en fototipos oscuros (IV-V), procesos profundos y áreas corporales sensibles. Se recomiendan altas en discromías y en cicatrices de acné o quirúrgicas severas.

Es por ello que es conveniente y más seguro que los fabricantes ofrezcan la posibilidad de “*customizar*” los tratamientos a criterio médico aunque siempre incorporan también “*presets*” o parámetros estándar predeterminados para los facultativos noveles o en fase de aprendizaje que son más seguros.

Los no ablativos también son útiles para la técnica de liberación de moléculas a la dermis asistida por láser, un campo muy interesante que se está desarrollando actualmente.

Hay equipos más sencillos y otros más versátiles con más de 600 combinaciones.

Por norma general se precisa de un mínimo de 3 sesiones para obtener un resultado clínico suficiente. El intervalo entre sesiones se considera un mínimo de 4 semanas para permitir que se produzca la recuperación completa histológica. El tiempo de “*downtime*” con eritema-edema suele ser de horas con parámetros bajos o medios y con parámetros altos de 3 a 4 días siempre en función de cada paciente. La gran ventaja de los no ablativos es que no se reportan efectos adversos a largo plazo ni secuelas. Los parámetros a utilizar dependerán de cada paciente (edad, fototipo, daño solar, área anatómica). En el caso de los no ablativos la principal indicación son los pacientes menores de 50-60 años con poca flaccidez.

Los resultados deben evaluarse siempre a los 6 y 12 meses de seguimiento.

TRATAMIENTO DE LAS ESTRÍAS Y OPCIONES EN EL TRATAMIENTO DE VARÍCULAS

Nayra Patricia Merino De Paz

El tratamiento de estrías y varículas son dos de las consultas más frecuentes en dermatología estética corporal. Las estrías se pueden diferenciar en rojas y blancas. Las opciones de tratamiento para las estrías engloban desde los tratamientos tópicos, fundamentalmente con ácido retinoico y centella asiática, hasta tratamientos con microneedling o láser fraccional. Son lesiones difíciles de tratar, que conllevan varias sesiones de tratamiento y, es fundamental la constancia del paciente, un seguimiento correcto y la realización de varias sesiones, de esta forma, utilizando combinaciones de tratamientos se puede obtener una mejoría notable de las mismas. Compararemos las opciones terapéuticas, sus ventajas e inconvenientes y las posibles combinaciones con acción sinérgica.

Las varículas y telangiectasias en miembros inferiores conlleva un abordaje muchas veces multidisciplinar. En primer lugar, es muy fundamental realizar una ecografía doppler para valorar el sistema venoso profundo, dado que si existe afectación del mismo, lo correcto es derivar el paciente a cirugía vascular. En cambio, si el estudio es normal y el componente es superficial, con interés meramente estético, como dermatólogos podemos abordar al paciente y mejorar su aspecto cutáneo, ayudando a prevenir futuras alteraciones de la pigmentación cutánea y otras complicaciones secundarias al aumento progresivo del número y grosor de dichas varículas. Para ello, la crioesclerosis tiene muchas ventajas frente a la escleroterapia tradicional con polidocanol.

Otra opción terapéutica con buenos resultados es el láser vascular, que tiene como principal factor limitante para el dermatólogo, especialmente para aquel que comienza en el campo de la estética, el coste del mismo. Compararemos pros y contras de las 3 opciones terapéuticas.

NOVEDADES EN LÁSER PARA LESIONES PIGMENTADAS

José Manuel Miralles López

Antes de valorar el tratamiento de una lesión pigmentada con un dispositivo de luz deberemos tener muy claro el diagnóstico biopsiando en primer lugar toda aquella pigmentación que entrañe una duda diagnóstica.

Los equipos que fundamentalmente vamos a utilizar para el abordaje de lesiones pigmentadas van a ser la Luz Pulsada Intensa, los láseres Q-switched con pulso de nanosegundos y la última incorporación han sido los láseres de Picosegundos.

En esta presentación vamos a abordar las posibilidades de cada uno de estos equipos en el manejo de lesiones pigmentadas. Desde nuestra experiencia con cada uno de estos dispositivos vamos a revisar las indicaciones y resultados que vamos a obtener con cada uno de ellos.

NOVEDADES EN LÁSER PARA TATUAJES

Donis Muñoz Borrás

Introducción

Más que hablar de novedades entorno a la eliminación de tatuajes con láser, considero más útil plantear esta ponencia mostrando cual es a mi entender el actual estado de la cuestión acerca de la eliminación de tatuajes con láser. Para ello establezco 3 apartados:

1. Avances tecnológicos
2. Valoración de los distintos protocolos de tratamiento
3. Experiencia personal

1. Avances tecnológicos

a) LÁSER Q-SWITCHED EN Ns:

En lo que respecta a los tatuajes, durante los últimos 10 años la tecnología aplicada en los equipos de láser Q-Switched en Ns, en esencia, ha sufrido pocos cambios. Han ido dirigidos a mejorar el diseño y funcionalidad de los equipos o a crear plataformas de láser Q-S capaces de emitir en varias longitudes de onda con el fin de poder eliminar todos los colores: Nd:YAG 1064/532 + Rubí 694 nm o bien Nd:YAG 1064/532 + Alejandrita 755.

b) LÁSER Q-SWITCHED EN Ps:

Cada vez más, la industria está interesada en potenciar y extender el uso de equipos de láser Q-Switched en Ps, exaltando sus virtudes frente a los clásicos de Ns. Se dice que el láser Q-Switched en Ps permite eliminar tatuajes empleando fluencias menores, de forma más eficiente, más segura y en mucho menor tiempo. Los pulsos en Ps generan un mayor efecto fotoacústico, que se traduce en una mayor fragmentación de las partículas de tinta que los que trabajan en Ns a la vez que proporcionan un menor residuo térmico, al generar una fotoacustilisis selectiva más eficiente. El primer láser en Ps fue de Alejandrita (755 nm), siendo los posteriores de Nd:YAG/KTP (1064/532 nm).

Los hallazgos en la eliminación del tatuaje con láser deberían ser evaluados en estudios independientes siempre que fuera posible, no obstante hasta el 57% de las publicaciones sobre los ensayos clínicos aleatorios en el campo de la dermatología mencionan un patrocinio. Actualmente hay más de 20 artículos que atestiguan la supremacía de los láseres de Ps frente a los Ns, pero pocos de estos estudios comparan los resultados obtenidos con láseres de Ns y Ps empleando parámetros equivalentes, tales como el tamaño del spot, la fluencia y las longitudes de onda. Un reciente estudio publicado por F. Pinto et al. en el British Journal of Dermatology compara la eficacia y los efectos secundarios de un Ps frente a Ns, tras dos únicas sesiones. En el trabajo, unos tatuajes habían sido tratados previamente con láser Q-Switched de Ns mientras que otros aun no habían sido tratados. Fueron estudiados 30 tatuajes negros en 21 pacientes. Los tatuajes se dividieron en 2 mitades iguales

y una mitad se trató con un láser QS 1064 nm, 5 Ns y la otra mitad con láser QS 1064 nm y 450 Ps. Se buscó una fluencia que generara un punto final similar con blanqueamiento epidérmico y rocío hemorrágico y para ello se requirió una fluencias de 2'5-3 J/cm² (Ps) y de 7'5-8 J/cm² (Ns) empleando spots de 3-4 mm. Los autores concluyen que no existe una diferencia clínicamente relevante entre los resultados obtenidos con Ns y con Ps. Así mismo, no hubo diferencia entre los dos láseres en cuanto a efectos adversos. No obstante, el dolor fue significativamente menor con el láser de Ps. A pesar de que este trabajo presenta importantes carencias en su diseño, no dejan de sorprender sus conclusiones. Aunque se van incorporando en varios centros, el alto coste de los equipos merma su rentabilidad y dificulta su expansión.

2. Valoración de los distintos protocolos de tratamiento

En los últimos años, han aparecido nuevos protocolos de tratamiento. El mayor reto de todos ellos consiste en eliminar los tatuajes con el menor número de sesiones, con la máxima seguridad y sin poner en peligro la integridad de la piel. Muchas son las combinaciones y protocolos posibles. En ocasiones, éstos obedecen más a intereses o razones de marketing comercial que a resultados fehacientes. En otras, el número de pacientes tratados en el estudio es a todas luces insuficiente, los casos elegidos corresponden a tatuajes superficiales o se presentan resultados contradictorios entre los distintos estudios, por no hablar de la dificultad que acarrea reproducirlos cuando se utilizan equipos de distintos fabricantes por ser tecnológicamente diferentes entre sí. Vamos a detenernos en los que me parecen más interesantes o que han tenido una mayor repercusión mediática: El protocolo R-20, el R-0, el sistema combinado de láser de Er:YAG fraccionado con Q-Switched de Nd:YAG, o el Láser Q-Switched fraccionado.

- a) El protocolo R-20 publicado por T. Kossida et al. en 2012 pretende borrar tatuajes en 1 a 2 sesiones. Consiste en practicar cuatro pases en cada sesión, dejando un intervalo de 20 minutos entre ellas, para disipar el blanqueamiento que se forma en la superficie del tatuaje, producido por el gas liberado en la combustión del pigmento y que dificulta la penetración del láser. Requiere dedicarle mucho tiempo y los resultados solo se evidencian en tatuajes con poca densidad de tinta. A mi modo de ver, el R-20 viene a demostrar una obviedad: cuatro pases son más eficaces que uno sólo. Tras el revuelo mediático que generó en su día el protocolo R20, en la práctica se encuentra relegado en el olvido o sirve como reclamo publicitario en algunos centros láser dedicados a la eliminación de tatuajes. Su aplicación requiere demasiado tiempo y los resultados en absoluto compensan, si bien puede ser útil en tatuajes con escasa densidad de tinta.
- b) Leonardo Marini, presentó en 2012 un sistema combinado de láser de Erbio:YAG fraccionado y láser Q-Switched de Nd:YAG. El procedimiento consiste en aplicar láser de Erbio fraccionado antes de practicar el R-20 alcanzando la dermis y creando conductos de alivio de presión lo que permite mejorar la eliminación transepidérmica y también emplear fluencias mayores. Afirma que en su experiencia tres pases no son más eficaces que dos.

Igualmente, otros autores sustituyen el Erbio-YAG fraccionado por el CO₂ fraccionado, con resultados similares.

- c) Basándose en el R-20, en 2013 Reddy et al. presentaron el sistema R-0. Proponen la aplicación tópica de Perfluorodecalina (PFD) entre los pases, con el fin de disipar los gases y evitar la espera de 20'. La aplicación de un gel de PDF tras cada pase permite realizar pases múltiples sin interrupción. Con ello se obtienen idénticos resultados que con el sistema R-20 pero en mucho menor tiempo. El empleo de PFD conlleva un coste añadido que quizás no se justifica con los resultados obtenidos.
- d) Láser Q-SWITCHED fraccionado. Algunos fabricantes de equipos de láser en modo Q-Switched incorporan esta opción. En esencia, en cada sesión se realiza un pase previo con el láser Q-Switched fraccionado con el fin de facilitar la eliminación transepidérmica. Existen pocos trabajos que avalen su utilidad en la eliminación de tatuajes.

3. Mi experiencia personal

Como quiera que la tecnología en Ps está al alcance de muy pocos, sería bueno optimizar las posibilidades que ofrece el láser Q-Switched en Ns y especialmente si se dispone además de un Nd:YAG/KTP, de un rubí o alejandrita ya que con estas longitudes de onda podremos hacer frente a cualquier color. El empleo de protocolos de tratamiento más eficaces puede llegar a proporcionar resultados mucho mejores. En este sentido, la capacidad de regeneración de la piel permite en la mayoría de casos emplear fluencias razonablemente más altas de forma segura. Sin duda el tratamiento debe ser siempre personalizado optando según los casos por una opción conservadora o por una opción más “*resolutiva*” cuando que ello fuera posible.

El empleo de fluencias más altas favorece la eliminación transepidérmica y reduce significativamente número de sesiones, si bien su empleo va a depender de la capacidad de regeneración de cada paciente. La opción conservadora se obtiene empleando fluencias bajas y medias, priorizando la seguridad frente a la rapidez en borrar el tatuaje y considera que la presencia de rocío hemorrágico representa la línea roja que jamás se debería sobrepasar alegando que ello puede generar una alta incidencia de efectos adversos. Esta opción, a pesar de su seguridad, no necesariamente va a ser siempre la mejor decisión sobre todo en tatuajes profesionales con cierta densidad de tinta en cuyo caso el tratamiento resulta insostenible por el elevado número de sesiones que puede llegar a precisar. Por otra parte, a opción “*resolutiva*” se obtiene empleando fluencias altas o incluso, excepcionalmente, muy altas y nos permite eliminar el máximo de tinta en el menor tiempo posible tanto por vía linfático como por la vía transepidérmica. Ciertamente su realización requiere de un cierto grado de entrenamiento o experiencia y con el fin de minimizar los potenciales efectos adversos resulta imprescindible realizar un estrecho seguimiento, siendo el primer control 2 semanas después de cada sesión con el fin de predecir, detectar y tratar a tiempo cualquier anomalía de la cicatrización.

Sea cual fuere la opción empleada, ésta debe descansar en 3 parámetros: 1) Seleccionar la longitud de onda más cercana al espectro de absorción del color a tratar. 2) Elegir una fluencia acorde con el punto final que buscamos. 3) Emplear spots grandes de 3 a 4 mm, siempre que ello permita generar a la vez fluencias lo suficiente altas como para interactuar de forma eficaz y útil con el pigmento. De este modo conseguiremos una mayor penetración y una menor dispersión de la luz láser.

Como quiera que el número y gravedad de las complicaciones es directamente proporcional al grado de preparación del operador, sin ningún género de dudas, el dermatólogo con una adecuada formación, por su mejor conocimiento de la piel es el profesional mejor situado para eliminar tatuajes de un modo más eficaz, rápido y seguro.

Bibliografía

- Bunert N, Homey B, Gerber PA. Successful treatment of a professional tattoo with the R20 method. *Hautarzt*. 2014 Oct;65(10):853-5. DOI: 10.1007/s00105-014-3510-z.
- Kossida T, Rigopoulos D, Katsambas A, Anderson RR. Optimal tattoo removal in a single laser session based on the method of repeated exposures. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Feb; 66(2):271-7.
- Marini L et al. Fractional Er: YAG Skin conditioning for enhanced efficacy of Nd:YAG Q-Switched Laser Tattoo Removal. *J LAHA*, Vol. 2012, N1; pp. 35-40.
- Muñoz D. Protocolos de tratamiento con láser Q-Switched de Nd:YAG/KTP. En: Muñoz D. Tratado sobre los tatuajes. Claves para su eliminación con láser. Buenos Aires: Journal; 2016. p. 149-160.
- Muñoz D. Cómo eliminar tatuajes y no fracasar en el intento. En: Muñoz D. Tratado sobre los tatuajes. Claves para su eliminación con láser. Buenos Aires: Journal; 2016. p. 223-240.
- Pinto F, Grobe-Buning S, Karsai S et al. Neodymium-doped yttrium aluminium garnet (Nd:YAG1064-nm picosecond laser vs. Nd:YAG 1064-nm nanosecond laser in tattoo removal: A randomized controlled single-blind clinical trial. *Br J Dermatol*. 2017 Feb;176(2): 457-64.
- Reddy KK, Brauer JA, Anolik R, Bernstein L, Brightman L, Hale E, Karen J, Weiss E, Geronemus RG. Topical perfluorodecalin resolves immediate whitening reactions and allows rapid effective multiple pass treatment of tattoos. *Lasers Surg Med*. 2013 Feb; 45(2): 76-80.
- Ros EV. The picosecond revolution and laser tattoo treatments: Are shorter pulses really better? *Br J Dermatol*. 2017 Feb;176(2): 299-300.
- Sardana K, Garg VK, Bansal S, Goel K. A promising split-lesion technique for rapid tattoo removal using a novel sequential approach of a single sitting of pulsed CO₂ followed by Q-switched Nd: YAG laser (1064 nm). *J Cosmet Dermatol*. 2013 Dec;12(4):296-305.
- Zawar V, Sarda A, De A. Bindi tattoo on forehead: success with modified R-20 technique using low fluence q-switched Nd:YAG laser: a case report. *Cutan Aesthet Surg*. 2014 Jan;7(1):54-5.

NOVEDADES DE LÁSER APLICADAS A LAS CICATRICES 2017

Didac Barco Nebreda

Las cicatrices, sea cual sea su origen, suelen ser una consulta frecuente en Dermatología y pueden suponer un reto terapéutico. Aunque su fisiopatología es en gran parte desconocida, la angiogénesis es capital en las primeras fases de la cicatrización; y el remodelado del colágeno lo es de las fases más avanzadas. Dado que los láseres pueden actuar en la hemoglobina y en el agua, son una herramienta útil para tratar las cicatrices en cualquiera de sus fases de maduración.

En esta charla desglosaremos las novedades más destacadas del tratamiento de las cicatrices a lo largo del año 2017, haciendo especial hincapié en los láseres de KTP, colorante pulsado y ablativos fraccionados, así como en las técnicas de cómo emplearlos y combinarlos con preparados tópicos para potenciar su efecto mediante la liberación de fármacos asistida por láser. Asimismo, comentaré la experiencia personal con estas técnicas con ejemplos gráficos.

EMPEZANDO DESDE CERO

Paloma Cornejo Navarro

Empezar desde cero no es fácil. En esta charla haremos una reflexión basada en la experiencia personal contada de la forma más honesta posible, que, por supuesto, no es un dogma de fe pero puede ser útil para el emprendedor.

Cuando emprendemos nuestra propia consulta la inversión más importante va a ser la tecnología que vamos a incorporar y el presupuesto que dedicaremos a ello. La industria nos bombardea con múltiples láseres, plataformas, sistemas sofisticados... pero no siempre necesitamos de todo y no siempre lo más caro es lo mejor.

Debemos tener en cuenta las siguientes premisas.

¿Qué es lo que vamos a tratar?

¿Qué es lo que más nos gusta hacer?

¿Qué es lo más rentable?

La versatilidad de un aparato es muy importante. A todos nos gustan las plataformas tipo "navaja suiza" que sirven para todo, pero a veces las piezas de mano no son todas de alta calidad y no cumplen nuestras expectativas. Otra cosa que debemos tener en cuenta es la delegabilidad de los tratamientos o si vamos a compartir la compra entre varios profesionales.

Por supuesto, debemos elegir correctamente la compañía a la que le compramos el láser o la radiofrecuencia que ha de darnos soporte antes, durante y, lo que es más importante, después.

Otro aspecto es la existencia o no de consumibles, o el coste de las reparaciones posibles, la formación en la compra y posterior a ella.

Lo más importante que tenemos que tener en cuenta es que nuestra mano es lo más rentable y en lo que debemos confiar. Con el tiempo y de forma sorprendente lo que nos parecía imprescindible no lo es tanto y otras cosas sencillas, diferentes, aumentan nuestra facturación.

UPGRADE DE EQUIPOS

Cuando un profesional del láser lleva un tiempo de experiencia con los equipos, se puede plantear mejorar los aparatos de que dispone, ya sea en términos de eficacia y eficiencia, o bien para ampliar su cartera de servicios con los dispositivos lumínicos.

Haremos una pincelada inicial del punto de partida en la mayoría de consultas que empiezan con un equipo láser o de luz pulsada y posteriormente se intentará responder a la pregunta de cómo realizar el upgrade a equipos tecnológicamente superiores y en qué momento realizar el salto en función de las condiciones de la consulta del profesional.

Esta charla tendrá un tono participativo y se preguntará a los asistentes para que voten a mano alzada opinando sobre los temas de los que se está hablando, así como que expongan su parecer.



GEDET

Palacio de Congresos de Canarias

Notas

GEDET



**RESÚMENES
COMUNICACIONES ORALES**

C01. SÍNDROME DE BROOKE SPLIEGLER. TRATAMIENTO CON LASER DE CO₂

Mariana Díaz Hernández, Sebastián Mir Mir, Antonio Fortes Madrigal, Tai Sik Yoon.
Centre Clínic Mir-Mir, Barcelona.

Introducción

El síndrome de Brooke-Spiegler constituye una genodermatosis infrecuente, de herencia autosómica dominante, penetrancia variable, en el que existe una predisposición a la formación de distintas neoplasias anexiales debido a una alteración en la unidad folículo-sebáceo apócrina.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de múltiples tricoepiteliomas faciales, cilindromas en el cuero cabelludo y en ocasiones, espiadenomas ecinos. Se ha descrito excepcionalmente malignización de tricoepiteliomas múltiples familiares y presencia de carcinomas basocelulares asociados.

Material y Método

Presentamos una paciente sexo femenino de 43 años, que presenta múltiples lesiones indoloras, papulosas, milimétricas, translúcidas, agrupadas localizadas en surcos nasogenianos, nariz, frente, mentón y un nódulo rosado de superficie lisa, consistencia firme con telangiectasias en base entre cuero cabelludo y cuello de 7 años de evolución. Se decide realizar extirpación y histopatología con diagnóstico de carcinoma basocelular nodular con diferenciación adenoide. Se realiza tratamiento de tricoepiteliomas con scanner del láser de CO₂ pixel patrón ajustable con una fluencia de 8 J/cm² en 5 sesiones separadas de 45 días.

Resultado

El resultado ha sido muy satisfactorio, produciéndose una reducción significativa de las lesiones con aumento notable del confort estético de la paciente.

Conclusión

Tanto los tricoepiteliomas como los cilindromas tienden a aumentar en tamaño y en número a lo largo del tiempo, pudiendo causar alteraciones estéticas, psicológicas, sociales y profesionales. La terapia con láser de CO₂ fue una buena opción terapéutica ya que el gran número de lesiones faciales producían en nuestra paciente alto impacto emocional, con lo cual podemos ofrecer una alternativa, que aunque no es curativa, proporciona buenos resultados estéticos con mínimos efectos secundarios.

C02. VALORACIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA DEL LÁSER ALEJANDRITA (755 NM) DE PICOSEGUNDOS EN LESIONES PIGMENTADAS PLANAS Y SOBREELEVADAS

Adrián Alegre Sánchez, Natalia Jiménez Gómez, Bibiana Pérez García, Pablo Boixeda.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Los láseres con pulsos de picosegundos, desarrollados inicialmente para la resolución de tatuajes, también han demostrado eficacia en alteraciones de pigmentación endógenas.

Objetivo

Describir la eficacia y perfil de seguridad del nuevo láser alejandrita (755 nm) de picosegundos en una serie amplia de lesiones pigmentadas planas y sobreelevadas.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo de 12 meses de duración (agosto 2016-2017) en el que se recogieron todas las imágenes clínicas de pacientes tratados con el láser 755-nm de picosegundos. Se excluyeron los pacientes tratados por eliminación de tatuajes. Las imágenes previas y posteriores al tratamiento fueron analizadas por tres observadores independientes, atendiendo a una escala visual analógica del 0 al 5 (0: sin cambios; 5: resolución completa). La satisfacción de los pacientes fue evaluada en una escala subjetiva. En varios pacientes se realizó estudio histológico pre y post-tratamiento.

Resultados

Un total de 35 pacientes fueron incluidos (15 varones, 20 mujeres). Algunas de las entidades incluidas en el estudio fueron: nevus de Ota (3 pacientes), dermatosis purpúrica pigmentada (3), verrugas planas (3) liquen pigmentoso, nevus de Becker o nevus Spilus.

La evaluación de las imágenes clínicas por los 3 observadores demostró una mejoría estimada de 3.44 puntos (61 % de aclaramiento) para lesiones pigmentadas planas y de hasta el 67% (3.60 puntos) para las lesiones sobreelevadas o papulosas. Las biopsias realizadas demostraron resolución del pigmento (hemosiderina) en los pacientes con dermatosis purpúricas pigmentadas.

El efecto adverso más frecuente fue la aparición de vesículas en los 2-5 días post-tratamiento que resolvieron sin cicatrización. La satisfacción por parte de los pacientes fue muy alta.

Conclusiones

El láser alejandrita de picosegundos parece seguro y efectivo no sólo para la resolución de lesiones pigmentadas planas de diferente naturaleza sino también en lesiones pigmentadas sobreelevadas.

C03. EFICACIA DE LA DIFENCIPRONA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Belinda Roque Quintana, Esmeralda del Carmen López Jiménez, Saulo Ponce de la Cruz, Leopoldo Borrego Hernando, Javier Hernández Santana.

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

La alopecia areata es una enfermedad de etiología desconocida que cuando se generaliza ocasiona un deterioro grave de la calidad de vida de los enfermos. En la actualidad no existe ningún tratamiento idóneo para los cuadros graves de este proceso. La difenciprona es un inmunomodulador tópico usado en el tratamiento de la alopecia areata con resultados muy variables, oscilando su grado de eficacia entre el 5 y el 85%.

Material y Método

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con alopecia areata tratados en nuestro servicio con sensibilización a difenciprona desde junio de 2006 hasta junio de 2017. Se incluyó a los enfermos tratados al menos durante 3 meses que tuvieran 3 meses posteriores de seguimiento.

Resultado

De los 62 pacientes a los que se indicó difenciprona, 49 cumplieron los criterios de inclusión. Los motivos de exclusión fueron el haber tenido un tratamiento o seguimiento inferior a 3 meses. Las comorbilidades más frecuentes fueron el hipotiroidismo y las alteraciones psiquiátricas, presentes cada una de ellas en un 12,2% de la muestra. De los enfermos evaluados, 26 (53,1%) obtuvieron un resultado cosméticamente efectivo, mientras que en 20 de ellos (40,8%) no se obtuvo un resultado cosméticamente efectivo. Dos de los pacientes (4,1%) se consideraron fracaso terapéutico y 1 de ellos (2%) tuvo que abandonar el tratamiento por efectos secundarios.

Discusión

Los resultados fueron similares a los de otras series de pacientes con alopecia areata tratados con difenciprona.

Conclusión

Nuestros datos ratifican los estudios de la literatura, confirmando la sensibilización con difenciprona como una alternativa terapéutica que se debe ofrecer a los enfermos con alopecia areata grave.

C04. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL CON TERAPIA FOTODINÁMICA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO EN 22 PACIENTES ENTRE ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO Y METILAMINOLEVULINATO

Sergio Alique García, Jaime Company Rodríguez Quiroga, Almudena Hernández Nuñez, Cristina Martínez Morán, Jesús Borbujo Martínez.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

El carcinoma basocelular superficial (CBCs) es, tras el nodular, el subtipo de CBC más frecuente. Para su tratamiento se pueden emplear diferentes métodos, entre ellos, la terapia fotodinámica (TFD). En dermatología se emplean actualmente dos precursores del fotosensibilizador protoporfirina IX: ácido 5-aminolevulínico (ALA) y metilaminolevulinato (MAL).

Material y Método

Diseñamos un estudio prospectivo con 22 pacientes (30 lesiones) con diagnóstico clínico de CBCs, confirmado en todos histológicamente. Trece son varones y 9 mujeres. Edad media 72,14. La localización muestra 18 lesiones en tronco, 8 en cabeza, 2 en EESS y 2 en EEII. Tratamos 11 pacientes (16 lesiones) con ALA (Ameluz®) y 11 pacientes (14 lesiones) con MAL (Metvix®). El esquema consiste en 1 ó 2 ciclos de TFD (2 en casos remanentes a los tres meses). Cada ciclo se

compone de 2 sesiones separadas por 7 días. En cada sesión se aplica el precursor correspondiente, seguido de 3 horas de oclusión y exposición a luz roja (635 nm) hasta una dosis de 37J/cm². Se evalúan las tasas de dolor y efectos adversos.

Objetivo

Determinar la seguridad y eficacia del tratamiento del CBCs con el tratamiento de ALA- y MAL-TFD.

Resultados

11/16 lesiones mostraron tasas de curación completa tras un ciclo de ALA-TFD. El 100% de aclaramiento se alcanzó tras un segundo ciclo sin mostrar recidivas 6 meses después del último tratamiento. En 7 de las lesiones se realizó biopsia con curación confirmada histológicamente. 5/14 lesiones mostraron aclaramiento tras un ciclo de MAL-TFD y 9/14 tras dos ciclos, con recidivas en 2 de los casos. A largo plazo no se presentaron efectos secundarios destacables con ALA o MAL.

Conclusiones

Nuestros resultados indican una clara tendencia a favor de ALA en el tratamiento del CBCs. Sin embargo se necesitaría ampliar el estudio con un número mayor de pacientes para tener una potencia adecuada y datos estadísticamente fuertes.

C05. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON LÁSER COMBINADO NEODYMIUM: YTTRIUM-ALUMINUM-GARNET Y DECOLORANTE PULSADO EN PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

Xavier Cubiró Raventós, Sergi Planas Ciudad, Esther Roé Crespo, Lluís Puig Sanz, Eulàlia Baselga Torres

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

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) se caracteriza por la presencia de múltiples telangiectasias mucocutáneas, asociadas a malformaciones arteriovenosas en distintos órganos, como los pulmones, el sistema gastrointestinal y el sistema nervioso central. Un porcentaje no despreciable de pacientes padecen de sangrado de estas lesiones mucocutáneas, limitando su calidad de vida. En la literatura, algunos autores han descrito el uso de láser decolorante pulsado (PDL), láser neodimium: yttrium-aluminum-garnet (Nd:YAG) o combinación de Nd:YAG luz pulsada para su tratamiento.

Objetivos

Exponer nuestra experiencia y valorar la efectividad del tratamiento láser combinado PDL y Nd:YAG (Multiplex®) en pacientes con THH.

Material y Método

Reclutamos todos los pacientes que se presentaron en nuestro servicio de Dermatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau del mes de diciembre 2010 a setiembre 2017 y cumplían el diagnóstico según los criterios de Curaçao. Se valoró el número de sesiones realizadas, número de sesiones hasta curación, porcentaje

de mejoría mediante control fotográfico, índice de recaída y tiempo hasta la recaída. También se valoró el grado de dolor y de satisfacción de los pacientes mediante una escala numérica.

Resultados

En total se trataron 31 pacientes. Todos los pacientes fueron tratados con la combinación de Nd:YAG y PDL. La mayoría de pacientes presentaron un alto grado de satisfacción.

Discusión

Inicialmente múltiples autores describieron el tratamiento con láser del principal síntoma de estos pacientes, la epistaxis. Posteriormente, algunos autores han descrito el uso de PDL o Nd:YAG en el tratamiento de las lesiones cutáneas. Hasta la fecha no ha habido ninguna publicación con el uso del láser combinado Nd:YAG y PDL.

Conclusiones

Este estudio confirma que el láser combinado Nd:YAG y PDL constituye una opción de tratamiento fácil, segura y efectiva para pacientes con telangiectasias extranasales.

C06. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR. APLICACIÓN COMBINADA DE LÁSER ABLATIVO FRACCIONADO E INGENOL MEBUTATO

Ramón Pigem Gasos, Andrea Combalía, Sebastián Podlipnik, Andrea Pérez-Anker, Susana Puig.
Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona.

El carcinoma basocelular es el tumor de piel más prevalente en la población de nuestro medio. Sin duda, la cirugía es la primera opción terapéutica para la mayoría de casos, sin embargo existen otras opciones terapéuticas no invasivas disponibles en la práctica clínica que presentan ventajas interesantes. Estas nuevas terapias pueden ser aplicadas por el propio paciente de forma tópica en su domicilio. Además es posible realizar un tratamiento previo de la lesión a tratar mediante laser ablativo fraccionado (*laser-assisted drug delivery*) para conseguir una mejor penetración del principio activo en la piel (epidermis).

Objetivos

Comprobar la efectividad del tratamiento combinado laser CO₂ fraccionado e ingenol mebutato en carcinomas basocelulares. Evaluación de los efectos adversos.

Material y Método

Revisión de los casos de carcinoma basocelular tratados con esta combinación en el servicio durante los meses de mayo a julio 2017.

Criterios de Inclusión

Diagnóstico clínico y dermatoscópico por un dermatólogo previo al tratamiento; evaluación clínica, dermatoscópica, y de microscopía confocal de reflectancia al

menos 4 meses después de haber finalizado el tratamiento; presencia de iconografía de la lesión.

Resultados

Se incluyen un total de nueve carcinomas, ocho localizados en el cuerpo y uno en el cuero cabelludo. Como efectos adversos en todos los casos aparición de reacción inflamatoria local y un caso de recurrencia de herpes simple labial.

Discusión

Hemos obtenido una respuesta clínica en todos los carcinomas tratados con este esquema terapéutico.

El hecho de realizar el laser previo a la aplicación del ingenol mebutato no aumenta el número o gravedad de efectos adversos propios del ingenol mebutato en monoterapia.

Conclusiones

La combinación de laser fraccionado (CO₂) en la propia consulta combinado con la aplicación de ingenol mebutato puede ser una forma rápida y eficiente para el tratamiento del carcinoma basocelular en ciertos escenarios y casos seleccionados.

C07. SUTURA BARBADA UN RECURSO MUY PRÁCTICO

Ramón Pigem Gasos, Andrea Combalía, Javiera Pérez-Anker, Antoni Vilalta, Antoni Bennàssar.

Hospital Clínic, Barcelona. Universitat de Barcelona.

Las suturas barbadas (*barbed sutures*) que presentamos son unos 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/presentación oral un caso de aplicación de sutura continua barbada aplicada en un defecto resultante de la exéresis de una lesión pigmentada en la escápula. Hemos elegido esta zona anatómica para evaluar la capacidad que tiene este tipo de sutura para modificar la cicatrización tan típica y antiestética de esta localización.

Discusión

Pensamos que es un tipo de sutura cómodo y fácilmente aplicable en ciertos tipos de cirugía dermatológica. 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.

Se pueden obtener unos resultados cosméticos interesantes siempre recordando ciertas limitaciones.

C08. USO DE DILTIAZEM TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS DE ORIGEN ISQUÉMICO

Carmen Pérez Ruiz, José Bernabeu Wittel, Javier J. Domínguez Cruz, M^a Teresa Monserrat García, Julián Conejo-Mir Sánchez.

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

Las úlceras cutáneas de origen isquémico son lesiones producidas como consecuencia de una disminución de flujo sanguíneo en un área de piel. Habitualmente aparecen en MMII, con una prevalencia global de 0,18-2%, alcanzando el 5% en pacientes mayores de 65 años. Existen múltiples causas: secundarias a daño vascular en el contexto de enfermedades sistémicas (aterosclerosis, diabetes mellitus, esclerosis sistémica, etc..), las que aparecen como efecto adverso a fármacos, o por complicación de tratamientos quirúrgicos.

La evolución suele ser crónica, y su manejo difícil, precisando en la mayoría de los casos tratamientos complejos durante meses, que incluyen medidas locales, farmacológicas y quirúrgicas, las cuales no siempre consiguen mejoría o curación. Por todo ello, consideramos que son necesarios ensayos clínicos para establecer nuevas alternativas terapéuticas efectivas, seguras y con buen perfil de tolerancia para el tratamiento de este tipo de úlceras.

El diltiazem es un fármaco calcioantagonista que actúa relajando la musculatura lisa vascular y la miocárdica. Está indicado por vía oral en el tratamiento de la angina de pecho, la hipertensión arterial y en el fenómeno de Raynaud. De forma tópica está comercializado para el tratamiento de la fisura anal crónica con excelentes resultados.

Basándonos en sus efectos vasodilatadores, en nuestro hospital comenzamos a utilizar diltiazem al 2% en crema para el tratamiento de úlceras isquémicas en el contexto de colagenopatías (por ej. úlceras digitales de esclerodermia), perniois, pie diabético, heridas quirúrgicas dehiscentes, obteniendo muy buenos resultados, con un buen perfil de seguridad y una excelente tolerancia. Es por ello que lo proponemos como una alternativa terapéutica para las lesiones cutáneas de origen isquémico o vasculopático.

C09. PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO ANTE INHALACIÓN DE HUMO EN TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS. ESTUDIO CON PLÁSTICO TRASPARENTE ADHERENTE: MÉTODO DE CONTROL DE LA FORMACIÓN DE HUMOS TRAS TRATAMIENTOS LÁSER

Anne Barrutia Borque^{1,2}; Raquel Pérez Mesonero¹; Pablo García Montero¹; Jesús Espada Regalado³; Pablo Boixeda De Miquel¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; (2) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Vizcaya; (3) Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS).

Varios estudios demuestran que procedimientos dermatológicos habituales, como la electrocoagulación o la vaporización láser, producen partículas ultrafinas (PUF) inferiores a 1 micra, tales como irritantes, toxinas ambientales e incluso compues-

tos carcinogénicos. Mediante inhalación de este humo, asimismo, es posible la transmisión de partículas virales, como el virus del papiloma humano. La exposición ocupacional aguda y crónica a estas PUF ambientales se ha asociado con numerosas afecciones respiratorias y cardiovasculares, desconociéndose su efecto a largo plazo. No existe una regulación de dicha exposición, pero existen guías de práctica clínica con recomendaciones en cuanto a ventilación y sistemas de evacuación de humo. Estudios han demostrado que estos sistemas de evacuación de humo disminuyen de forma significativa la liberación de PUF mediante su uso a una distancia reglamentaria de 5 cm, no habiendo demostrado una reducción significativa al utilizarlos a distancias mayores. Las mascarillas de alta filtración (N95) o la instalación de filtros de aire de alta potencia en la consulta son otros métodos de protección descritos, pero, todos ellos, pueden conllevar un alto incremento del coste del tratamiento.

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo in-vitro e in-vivo mediante la oclusión con plástico transparente adherente en la zona tratada con diversos tipos de láseres (pigmentarios y vasculares). Se realizaron objetivaciones de la cantidad de humo mediante vídeos a cámara lenta y otros métodos de cuantificación de PUF tras la aplicación de láser.

Conclusiones

Resulta de vital importancia que todo dermatólogo conozca el riesgo biológico que conlleva el humo producido en la electrocauterización/vaporización láser para evitar la inhalación de dichas sustancias tóxicas y evitar posibles consecuencias para su salud. La oclusión de la zona de tratamiento mediante un plástico transparente adherente reduce de forma significativa la liberación del humo producido en el tratamiento, suponiendo una protección eficaz y de bajo coste.

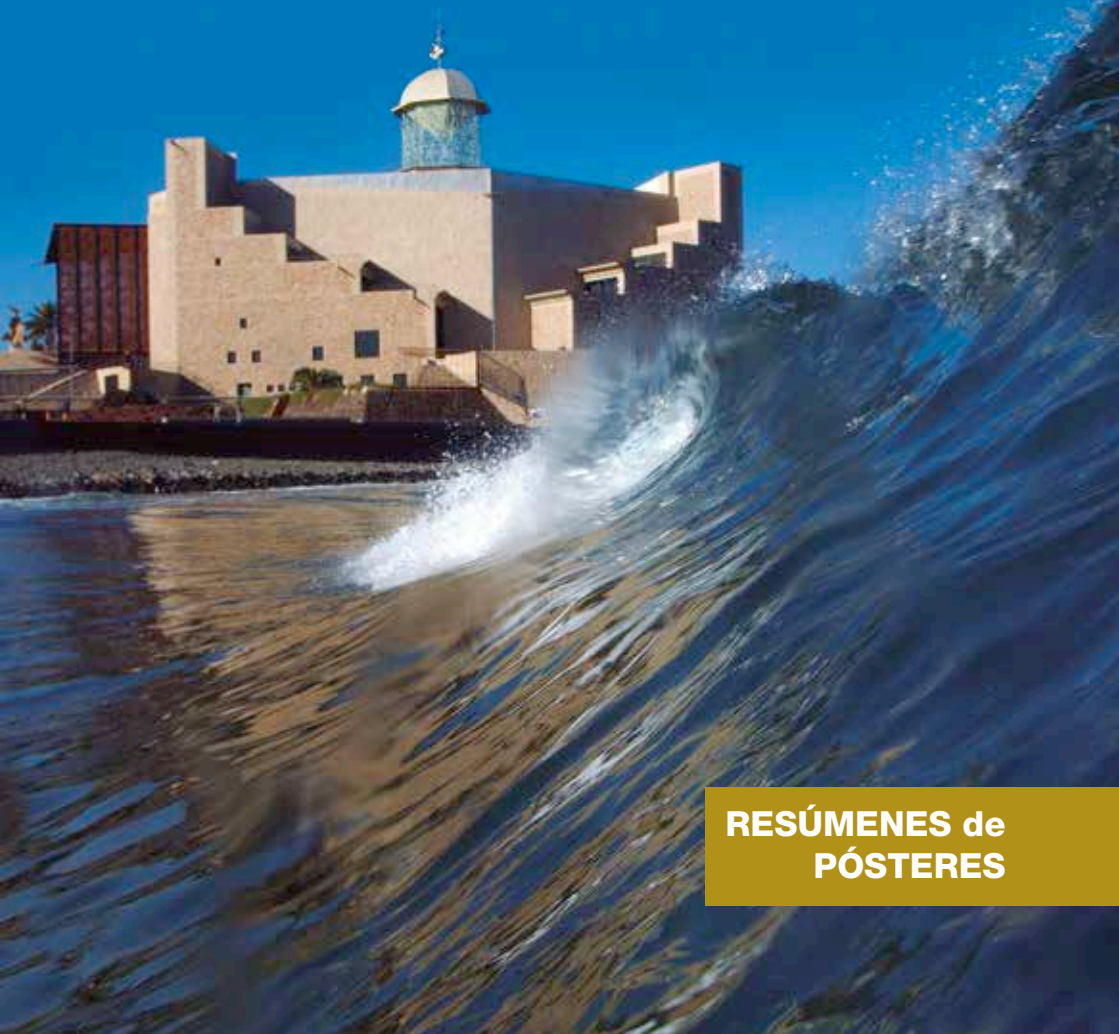
C10. TOPS HITS TOXINA BOTULÍNICA

Adolfo Amigo Echenagusia.

Clínica Dr. Amigo, Marbella, Málaga.

Se trata de explicar una serie de técnicas novedosas sobre toxina botulínica como: levantar las cejas, hiperhidrosis, mejorar comisuras de los labios y engrosar labio superior, disminuir casos de ptosis palpebral, lifting facial y mamario, Tratamiento de la V del escote, láser fraccionado CO₂ y toxina, sonrisa gingival, ptosis del párpado superior y tratamientos médicos de la toxina botulínica.

GEDET



**RESÚMENES de
PÓSTERES**

P01. RESPUESTA FAVORABLE A OMALIZUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTOS SISTÉMICOS CONVENCIONALES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Paula Aguayo Carreras¹, Esther Aguilera Rodríguez², Carlos Cuenca Barrales¹, Jesús Tercedor Sánchez¹, Raquel Rocío Romero García².

(1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada.

La atopia se define como un conjunto de enfermedades crónicas con un fuerte componente hereditario (asma, rinoconjuntivitis y eccema), basadas en una hipersensibilidad cutánea y/o de mucosas frente a determinadas sustancias ambientales, junto a una producción elevada de inmunoglobulina E (IgE) y/o una reactividad inespecífica alterada. Se ha asociado con factores genéticos, como alteración de los genes codificadores de la filagrina, y también con factores ambientales entre los que se encuadra la “hipótesis de la higiene” y la “hipótesis del hapteno”.

Presentamos el caso de dos niños de 11 y 12 años de edad con dermatitis atópica grave, con SCORAD mantenido de entre 40 y 70 y DLQI >10 en los últimos dos años, con antecedentes de asma infantil y positividad a múltiples neuroalérgenos, refractaria a tratamientos inmunosupresores clásicos como ciclosporina, metotrexate, azatioprina, corticoterapia tópica y oral, apremilast e inmunoglobulina intravenosa, que presentaron una respuesta completa a dosis altas de omalizumab (600 mg cada 2 semanas) en inyección subcutánea, con reducción del SCORAD a 11 y 14 respectivamente desde las dos semanas posteriores a la primera dosis de omalizumab.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une al receptor de alta afinidad de la IgE cuyo uso está aceptado para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea y del asma alérgico grave que puede ser útil en el tratamiento de la dermatitis atópica grave, refractaria a otros tratamientos sistémicos, como en los casos que describimos. Este anticuerpo monoclonal abre la puerta a los tratamientos inmunomoduladores sistémicos para el manejo de la dermatitis atópica, lo que supone un gran avance terapéutico.

P02. EXPERIENCIA CON ANAKINRA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Cristina Collantes Rodríguez, David Jiménez-Gallo, Lidia OssorioGarcía, Isabel Villegas Romero, Mario Linares Barrios.

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica e inflamatoria que aún constituye un desafío terapéutico. Actualmente el único fármaco aprobado para su tratamiento es adalimumab que actúa como anti-TNF alfa. Nuevas dianas terapéuticas han de ser estudiadas para aquellos pacientes cuyo tratamiento con adalimumab esté contraindicado, o bien sean refractarios al mismo.

Objetivo

Describir nuestra experiencia en la práctica diaria con el uso de anakinra en la HS.

Método

Presentamos una serie de casos de 7 pacientes con HS de nuestra unidad tratados con anakinra 100 mg/día subcutáneos. Todos los pacientes habían sido refractarios a tratamiento con adalimumab a dosis de 40 mg/semanal por vía subcutánea en monoterapia o combinado con otros fármacos.

Se evaluaron las variables epidemiológicas, comorbilidades infecciosas como infección por virus de hepatitis B (VHB), VHC y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), situación clínica pre-tratamiento (Hurley, DLQI, HS-PGA, reactantes de fase aguda), situación clínica post-tratamiento (Hurley, DLQI, HS-PGA) y HiSCR.

Resultados

El HiSCR se alcanzó en el 71.4% de los pacientes con anakinra en monoterapia o terapia de combinación, con mejoría del DLQI, HS-PGA y reactantes de fase aguda.

El tratamiento fue seguro, incluso en pacientes con infección pasada por VHB. En todos los casos hubo dolor y reacción cutánea en el sitio de inyección, siendo bien tolerada y atenuándose con las dosis sucesivas.

Conclusiones

1. La terapia con anakinra fue segura en pacientes con HS, consiguiéndose una reducción de la carga inflamatoria sistémica y mejoría clínica hasta en el 70% de los casos. La principal limitación del presente estudio fue los pocos pacientes involucrados.
2. Anakinra es una alternativa terapéutica en aquellos pacientes refractarios a tratamiento con anti-TNF o donde éste esté contraindicado (por ejemplo en casos de neoplasias recientes).

P03. PÁPULAS PERLADAS DEL PENE: TRATAMIENTO

Fernando Millán Parrilla^{1,2}, Severiano Marín Bertolín¹, Matilde Lorente Guaita¹, Enrique Gimeno Carpio², Gabriel Serrano Sanmiguel¹.

(1) *Clínica Dermatológica Dr. Serrano*; (2) *Servicio Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia*.

Las pápulas perladas del pene (PPP) son lesiones pequeñas, lisas, en forma de cúpula, distribuidas alrededor de la corona del pene. Aunque son asintomáticas y benignas pueden ser una fuente de alteración psicológica significativa. Presentamos un caso de PPP tratadas satisfactoriamente mediante electrocoagulación.

Caso Clínico

Varón de 28 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a la consulta para eliminar sus PPP por motivos cosméticos. A la exploración se observa una gran densidad de lesiones.

Entre las posibilidades terapéuticas se optó por la electrocoagulación a baja potencia seguida de curetaje. Se aplicó 1 hora antes anestesia tópica y tras 2 sesiones con un intervalo de 4 semanas se alcanzó un resultado estético satisfactorio.

Comentario

Las PPP son pequeñas protuberancias hemisféricas o filiformes localizadas preferentemente en la corona del glande. Es una variante anatómica normal sin ningún potencial maligno. Se presenta en el 14-48% de los hombres, más en no circuncidados y suele aparecer durante o después de la pubertad persistiendo toda la vida. Algunos estudios sugieren un factor hereditario. Histológicamente son angiofibromas. El diagnóstico diferencial incluye principalmente a los condilomas acuminados.

El tratamiento, que es con fines meramente estéticos, incluye esencialmente láser de CO₂, crioterapia, nitrato de plata y electrocoagulación. En nuestro caso hemos manejado la electrocoagulación a baja potencia seguida de curetaje. Aunque en muchas ocasiones una consulta por condiciones fisiológicas nos incita a no ofertar tratamiento, cuando el paciente acude a nosotros habitualmente es por razones que alteran, sobretudo, su bienestar psíquico y social. Es estos casos es importante buscar la solución más adecuada; para ello la experiencia permitirá elegir el método más eficaz y seguro.

P04. TERAPIA FOTODINÁMICA MEDIADA POR AZUL DE METILENO EN EL TRATAMIENTO DE LA ONICOMICOSIS. ESTUDIO PILOTO

Enrique Alberdi Jerónimo¹, Clara Gómez Hernández².

(1) Consulta médica privada, Comandante Zorita 25, 28020 Madrid; (2) Instituto de Química Física Rocasolano, CSIC, 28006 Madrid.

El tratamiento convencional de la oncomicosis con antifúngicos orales es de eficacia limitada, tedioso, debe administrarse durante largos periodos de tiempo y está asociado a importantes efectos adversos hepáticos. La terapia fotodinámica (TFD) es una buena alternativa en el tratamiento de las infecciones cutáneas superficiales y por lo tanto podría ser una buena opción para el tratamiento de la oncomicosis.

Material

Se seleccionaron 20 pacientes (4 hombres y 16 mujeres, edad media: 64,4±17,3), afectados con distintos tipos de oncomicosis diagnosticada mediante cultivo microbiológico y estudios histológicos (tinción con ácido periódico de Schiff -tinción de PAS-). En primer lugar se realizó un pretratamiento de la uña aplicando urea al 40% mediante vendaje oclusivo, 5-7 días antes de cada sesión de TFD. A continuación, se aplicó una disolución de azul de metileno al 2% en agua que fue fotoactivado mediante luz procedente de un láser de diodo (=670 nm, 200 mW). El tratamiento se efectuó en 8 sesiones separadas por un intervalo de 2 semanas.

Resultados

El tratamiento resultó ser efectivo en cuanto a la disminución del SCIO respecto al valor inicial registrado antes del tratamiento y en cuanto a la respuesta clínica: PAS

(+) Cultivo (+):1; PAS (-) Cultivo (+): 2; PAS (+) Cultivo (-): 7; PAS (-) Cultivo (-): 10. Ningún paciente refirió ningún tipo de efecto adverso o complicación.

Discusión

El azul de metileno, gracias a la acción de la urea, penetraría en la uña, se fotoexcitaría y en contacto con el oxígeno del medio, generaría oxígeno singlete, altamente reactivo capaz de destruir la membrana celular del hongo, incrementando su permeabilidad, la salida de elementos citoplasmáticos y conduciendo con ello a su destrucción.

Conclusiones

Ocho sesiones de TFD mediada por azul de metileno genera una amplia mejoría en pacientes con onicomicosis sin la aparición de efectos adversos.

P05. TERAPIA FOTODINÁMICA COMO PROPUESTA TERAPÉUTICA EN POIQUILODERMIA DE CIVATTE

Francisco José Navarro Triviño¹, Lucía González Ruiz², Antonio Martínez López³, Valeriano Garrido Torres Puchol¹, Ricardo Ruiz Villaverde⁴.

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

Poiquilodermia comprende la combinación de telangiectasias, atrofia cutánea y cambios maculares hiper y/o hipopigmentarios. Fue descrito por Civatte en 1923, término que todavía conserva su epónimo, Poiquilodermia de Civatte (PC).

Es una entidad muy frecuente, sobre todo en áreas de elevada exposición solar, aunque su prevalencia real es desconocida. Predomina en mujeres de edad media y en pacientes con fototipo I-II. Existen enfermedades que cursan con cambios poiquilodérmicos, como las genodermatosis (síndrome de Rothmund-Thomson, por ejemplo), conectivopatías (dermatomiositis, lupus eritematoso), micosis fungoide, parapsoriasis o la radiodermatitis, entre otras. Presentamos el caso de una paciente con PC adquirida tratada con terapia fotodinámica (TFD).

Caso Clínico

Mujer de 45 años con lesiones poiquilodérmicas en cuello y escote de 4 años de evolución. Agricultora desde la adolescencia, sin antecedentes personales de interés. No tomaba fármacos fotosensibles ni usaba perfumes de manera habitual. Asociaba prurito y quemazón durante la exposición solar, a pesar del uso adecuado de fotoprotectores.

Planteamos realizar 2 sesiones de TFD luz convencional con ácido 5-aminolevulínico (con 3 horas de incubación y oclusión), con un intervalo de 14 días entre ambas. El tratamiento fue bien tolerado, con puntuación en escala EVA para picor de 4/10 y dolor 0/10. La valoración clínica e iconográfica de la paciente mostró cambios positivos relevantes, tanto en los signos poiquilodérmicos, como posteriormente en los síntomas relacionados previamente tras la exposición solar.

Discusión

La PC se ha relacionado clásicamente con la exposición solar crónica, aunque el uso de sustancias fotosensibilizantes (sobre todo perfumes y conservantes de cosméticos) también se han relacionado con este cuadro.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en aquellos casos atípicos se recomienda realizar biopsia punch para descartar otras dermatosis menos frecuentes, como la micosis fungoide poiquilodérmica. La fotoprotección y evitar el uso de perfumes son la base del tratamiento. En pacientes con PC muy sintomática y evolucionada, la combinación de láser IPL con retinoides tópicos comprende el tratamiento de primera elección actualmente.

Nosotros presentamos un caso de PC con buena respuesta a TFD, y proponemos este tratamiento como una posible alternativa fácil y accesible para el paciente.

No existe conflicto de interés en este trabajo. No ha sido financiado ni subvencionado.

P06. NÓDULO EN MEJILLA IZQUIERDA EN RELACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO

Guillermo Enrique Solano-López Morel.
Dermatoclinic, Madrid.

El desarrollo de nódulos por el uso de rellenos es una complicación que puede ocurrir excepcionalmente con el ácido hialurónico (AH).

Caso Clínico

Mujer de 49 años, consulta por la aparición de un nódulo de dos meses de evolución localizado en surco nasogeniano izquierdo (SNI). La paciente refería que hacía 3 meses le habían implantado un relleno de AH en dicha zona. Al examen físico presentaba un nódulo fluctuante, mal delimitado en SNI de 4 cm de diámetro. La paciente no refería sintomatología subjetiva alguna ni fiebre.

Se pauto tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 8 horas. Ante la falta de respuesta se inicia terapia con prednisona 30mg/día y ciprofloxacino 500 mg/12h con escaso resultado. Posteriormente se le practicó una aspiración y cultivo de la colección. Se instaura nueva terapéutica con cefalexina 500mg/8h y clindamicina 300mg/8h a la espera de cultivo. Se decidió pautar levofloxacino 500mg/día durante 5 días. A pesar de los antibióticos la lesión persistía. En los cultivos se detectó la presencia de *Streptococcus sanguinis* y *Rothia mucilaginoso*. Se pautó tratamiento con claritromicina 500m c/12 hs. presentando mejoría con resolución.

Discusión

Los nódulos de aparición tardía luego de la inyección con AH pueden deberse a mala técnica de inyección, fenómenos inmunomediados, biofilms o infecciones y granulomas por cuerpo extraño. Si se sospecha una infección, se recomienda el cultivo del exudado e inicio de tratamiento empírico con un antibiótico como la claritromicina hasta que los resultados del cultivo estén disponibles.

P07. MICROINJERTOS AUTÓLOGOS EN SELLO Y SUS MÚLTIPLES APLICACIONES

Raquel Carrascosa de Lome¹, Elena Conde Montero¹, Soledad Guisado Muñoz², Laura Pérez Jerónimo², Pablo de la Cueva Dobao¹.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; (2) Servicio de Dermatología, Centro de Especialidades Vicente Soldevilla, Madrid.

Los microinjertos autólogos en sello (MAS) son un tipo de injerto cutáneo parcial y fino (incluyen epidermis y dermis papilar). Son especialmente beneficiosos en el tratamiento de heridas crónicas, no solo por el prendimiento de los mismos, que es clave, sino también porque favorecen la cicatrización y disminuyen el dolor, gracias a la liberación de factores de crecimiento.

Casos Clínicos

Presentamos una serie de casos en los que se han usado MAS como tratamiento de distintos tipos de heridas: úlcera hipertensiva de Martorell, heridas quirúrgicas (en el momento de la intervención o para acelerar el cierre por segunda intención) y tras el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal. Además, en uno de ellos se añadió la terapia de presión negativa de forma sincrónica. En todos los casos, los MAS se obtuvieron de la cara anterior del muslo (zona dadora) mediante punch de entre 4-6 mm. En el periodo post-injerto se prescribió reposo funcional durante los 5 primeros días, y las curas se limitaron al cambio semanal del apósito y al uso de vendaje compresivo. Se obtuvo un porcentaje de prendimiento entre el 90 y el 100%, con una marcada disminución del dolor (medido mediante la escala visual analógica (EVA) del dolor). La epitelización completa se alcanzó entre la 5 y 11 semana post-injerto.

Discusión

Queremos recalcar las múltiples aplicaciones de los MAS no sólo en heridas crónicas (de especial interés en la úlcera hipertensiva de Martorell), sino también en reconstrucciones quirúrgicas, bien sea en el momento de la intervención, para acelerar el cierre por segunda intención de una herida postquirúrgica o tras el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal. Además, cabe resaltar que su combinación (uso secuencial o sincrónico) con la terapia de presión negativa mejora el porcentaje de prendimiento de los MAS.

P08. TRATAMIENTO COMBINADO DE ESTRÍAS GRAVÍDICAS MEDIANTE ÁCIDO RETINOICO TÓPICO Y LÁSER PIXEL CO₂

Marisol Contreras Steyls, Rocío Martín Palanca, Enrique Herrera Acosta.
Hospital Internacional Vithas Xanit de Benalmádena, Málaga.

Las estrías son lesiones atróficas dérmicas donde hay una fragmentación del colágeno y de las fibras elásticas. Al inicio son rojizas llamadas rubra debido al componente vascular que presentan, y posteriormente se vuelven blancas y deprimidas, llamadas alba. Aparecen en zonas de estiramiento de la piel debido habitualmente a cambios

bruscos de peso (obesidad, anorexia), crecimiento, embarazo, tratamiento con esteroides o diversas patologías donde hay un aumento de los mismos tales como síndrome de cushing. La alta preocupación por motivos cosméticos que provoca en las personas que las padecen ha llevado al desarrollo de diversas técnicas para su tratamiento. Presentamos a una paciente tratada satisfactoriamente con fórmula tópica de ácido retinoico y láser pixel CO₂. El láser CO₂ fraccionado pertenece a las terapias llamadas “*fototermólisis fraccional*” y funciona mediante dióxido de carbono y emisión de calor concentrado en puntos muy pequeños que evaporan las moléculas de agua del interior de la piel. Al vaporizar la humedad, los tejidos dérmicos se contraen eliminando la piel flácida. Mejora todo el conjunto de capas de la epidermis y dermis. Está aprobado para el tratamiento de arrugas, cicatrices, estrías, manchas y envejecimiento cutáneo. Es un procedimiento seguro y efectivo.

Caso Clínico

Presentamos a una mujer de 32 años sin antecedentes de interés, que tras dar a luz en septiembre de 2016 acude por presentar estrías eritematosas muy marcadas en toda la zona abdominal. Iniciamos tratamiento tópico con fórmula magistral (ácido retinoico 0.05, aloe vera 3, urea 7, centella asiática 6 en base lanette). Al mes comenzamos con la primera sesión de láser fraccional CO₂ Optomic Mutisys con programa Strech Mark y spot 16*15mm random, con parámetros 120mJ, pulso 6ms, densidad 15 (210 puntos) y profundidad 3. Se realizan un total de 5 sesiones separadas por 6 semanas y aumentamos la potencia y densidad en cada sesión de la siguiente forma: 2ª sesión 140mJ, 7ms, profundidad 3, 399 puntos; 3º sesión 160mJ, 8ms; 4º sesión 180mJ, 9ms; 5º sesión 200mJ, 10ms.

Discusión

Presentamos un tratamiento combinado con láser pixel CO₂ y retinoide tópico en estrías gravídicas con resultado satisfactorio obteniéndose una disminución importante de las mismas.

P09. QUERATOSIS SEBORRÉICAS ERUPTIVAS SOBRE TATUAJE

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

Las queratosis seborreicas eruptivas pueden asociarse a diversos procesos como neoplasias sistémicas (signo de Leser-Trélat), embarazo, VIH y dermatosis inflamatorias como eccemas, micosis fungoides, eritrodermias, pénfigos y lepra lepromatosa. Sin embargo, las queratosis seborreicas eruptivas localizadas son muy infrecuentes, apareciendo preferentemente sobre tatuajes, injertos, zona sobreinfectadas o eccemas como una proliferación epidérmica en respuesta a infecciones virales, factores de crecimiento y estímulos locales.

Caso Clínico

Varón 41 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés, acude a consulta refiriendo pequeñas lesiones maculopapulosas, pigmentadas,

ovaladas, de 1 a 2 mm de diámetro, con superficie discretamente queratósica, de un año de evolución, sobre pigmento negro de tatuaje realizado hace 10 años en la región superior de espalda. No refería prurito ni ninguna otra sintomatología. No otras lesiones similares en resto de superficie corporal. Destaca la localización de la lesiones siguiendo exclusivamente el dibujo del tatuaje realizado con tinta negra. A la dermatoscopia se observaba un patrón en huella digital, hallazgo que junto con la clínica de las lesiones, eran compatibles con queratosis seborreicas. El paciente rechazó la realización de una biopsia para confirmar el diagnóstico y descartar infección por VPH y tampoco deseó ningún tipo de tratamiento.

Discusión

En la literatura, existen numerosas referencias a complicaciones tras la realización de tatuajes. Estas pueden ser de tipo inflamatorio debido a los pigmentos utilizados (reacciones eccematiformes, granulomatosas, liquenoides, fototóxicas y pseudolinfomatosas) complicaciones infecciosas, tanto las bacterianas superficiales como las víricas (hepatitis, sífilis, VIH y VPH) y en menor medida desarrollo de tumores cutáneos. Presentamos un caso clínico de queratosis seborreicas eruptivas localizadas sobre tatuaje negro, con muy pocos casos descritos en la literatura. Sin embargo, la hipótesis de verrugas virales múltiples eruptivas, tras la inoculación de VPH durante el procedimiento, no puede ser formalmente descartada.

P10. ASIA: UN NUEVO CASO

Paula Fernández Canga, Eduardo Varas Meis, Marta Lamoca Martín, Camino García Prada, Manuel Ángel Rodríguez Prieto.
Complejo Asistencial Universitario de León.

Durante décadas, la silicona líquida ha tenido un papel importante como material de relleno en medicina estética. Su uso se ha limitado tras el conocimiento de diversos efectos adversos: celulitis crónica, reacción a cuerpo extraño, migración de silicona, neumonía aguda o Síndrome ASIA (*Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants*) entre otros.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 40 años, natural de Venezuela, con antecedentes de asma extrínseco y dermatitis atópica, diagnosticada recientemente de celiaquía y portadora de implantes de silicona en mamas y silicona líquida en glúteos desde hacía 10 años. Acudió a nuestra consulta por prurito generalizado, polimialgias y lesiones cutáneas de 1 año de evolución sin respuesta a antihistamínicos. Presentaba pápulas eritematosas excoriadas en tronco y raíces de extremidades, predominando en áreas de extensión y glúteos.

El estudio histopatológico de una de las lesiones objetivó una reacción histiocitaria a cuerpo extraño con vacuolas lipídicas compatibles con granulomas por silicona. Analíticamente, destacaba la elevación de ANCA 1/320 con patrón atípico.

Discusión

El síndrome ASIA, descrito por Shoenfeld en el año 2011, se caracteriza por la aparición de lesiones granulomatosas y la presencia de síntomas inespecíficos

(artralgias, mialgias y fatiga crónica) y clínica dermatológica (rash, eccema, urticaria o prurito) y neurológica hasta 15 años después de la introducción en el organismo de una sustancia ajena que actúa como adyuvante (ej. silicona). Se asocia con enfermedades autoinmunes y producción de autoanticuerpos inespecíficos.

El escaso número de casos publicados y su inespecificidad clínica dificulta el diagnóstico, que es de exclusión, y sigue los criterios de Shoenfeld. El antecedente de tratamientos estéticos con implantes o rellenos será la clave para reconocerlo. La eliminación del estímulo externo si fuera posible y los fármacos inmunomoduladores constituyen las principales opciones terapéuticas.

Describimos un nuevo caso de ASIA en una paciente con rellenos de silicona, asociado por primera vez a enfermedad celíaca.

P11. APREMILAST EN EL TRATAMIENTO DE LA ACRODERMATITIS CONTÍNUA DE HALLOPEAU

Alba Calleja Algarra^{1,2}; Raquel Aragón Miguel^{1,2}; Marta Prieto Barrios^{1,2}; Aurora Guerra Tapia^{1,2}; Raquel Rivera Díaz^{1,2}.

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Instituto I+12, Madrid.

La acrodermatitis continua de Hallopeau, es una enfermedad crónica y recidivante, que se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones pustulosas inflamatorias de inicio a nivel distal en dedos de manos y pies con afectación del lecho ungueal. Estos episodios repetidos de inflamación aguda, tienen como consecuencia una destrucción progresiva de la matriz ungueal, dando lugar a una onicodistrofia severa y a un adelgazamiento de las falanges distales así como a una osteolisis progresiva. Esta peculiar variante de la psoriasis pustulosa, es una entidad infrecuente, generalmente refractaria a múltiples tratamientos y con un gran impacto en la calidad de vida.

Caso Clínico

Varón de 75 años, con múltiples comorbilidades, remitido a nuestra consulta por presentar desde hacía un año, episodios de inflamación periungueal y lesiones pustulosas a nivel de dedos de manos y pies, supurativas y muy dolorosas dando lugar a una progresiva destrucción de la lámina ungueal. Las lesiones fueron resistentes a múltiples tratamientos tópicos. En la Rx de manos se observaron erosiones a nivel de falanges distales de varios dedos, así como un importante aumento de partes blandas a nivel periarticular.

Histológicamente se confirmó el diagnóstico de psoriasis pustulosa y dada la edad y las comorbilidades del paciente se decidió iniciar tratamiento con apremilast a dosis según ficha técnica.

Desde el primer mes de tratamiento comenzó a observarse una mejoría notable, con disminución del número de episodios de inflamación aguda periungueal y ausencia de supuración y dolor. Esta respuesta se mantuvo tras 8 meses de tratamiento, con buena tolerancia al mismo, manteniéndose parcialmente la distrofia ungueal en manos pero con desaparición de los episodios de inflamación y el dolor limitante.

Conclusiones

Presentamos un caso de acrodermatitis continua de Hallopeau exitosamente tratado con apremilast, como alternativa de tratamiento en estos pacientes, con buena respuesta tanto a nivel cutáneo como articular, logrando una disminución de los episodios inflamatorios, con gran mejoría en la calidad de vida y con un perfil de seguridad excelente.

P12. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE UNA NUEVA FÓRMULA COSMÉTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Azahara Pérez Davó¹; R. De Lucas¹, P. Herranz¹; E. Moreno²; B. Hashtroody³, P. Redondo².

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Paz, Madrid; (2) Servicio de Dermatología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona; (3) Industrial Farmacéutica Cantabria.

La dermatitis atópica (DA) es un trastorno inflamatorio cutáneo, caracterizado por alteración de la barrera cutánea, sequedad, prurito, eritema e infecciones recurrentes. Para paliar los síntomas e incrementar el período interbrote, se ha diseñado un nuevo producto cosmético. Su formulación incluye un sistema altamente emoliente, que atenúa el eritema y prurito; Pro-Filaggrin Complex, que refuerza y repara la barrera cutánea; polidocanol y urea, como antipruriginoso; e ingredientes antibacterianos y antibiofilms, que previenen el desequilibrio del microbioma cutáneo.

Objetivo

Demostrar la seguridad y eficacia de la fórmula cosmética. Métodos: Estudio prospectivo, abierto y multicéntrico realizado en 19 pacientes, entre 6 meses y 3 años, diagnosticados con DA leve-moderada en período de remisión. Tras el periodo de lavado de corticosteroides, la formulación cosmética fue aplicada dos veces al día durante 28 días. Se evaluó la pérdida de agua transepidérmica (TEWL), la severidad clínica, la mejoría observada por el paciente e investigador, la tolerancia y seguridad.

Resultados

No se detectaron efectos adversos. Tras catorce días de tratamiento, el TEWL disminuyó significativa un 36,7% ($p=0,035$). Al finalizar el estudio, la reducción de TEWL alcanzó un 29,1%, sin significación estadística debido a la alta variabilidad intraindividual y al bajo número de pacientes. El EASI se redujo un 45% después de 14 días y un 70,4% después de 28 días ($p=0,002$). Las evaluaciones globales del Investigador y del Paciente mejoraron significativamente después del tratamiento, con un empeoramiento global al regresar a su rutina regular. La calidad de vida se incrementó un 36,4% ($p<0,05$), siendo evaluado positivamente el producto por un 90% de los padres.

Conclusiones

La seguridad y eficacia fueron demostrados, observándose una mejora en tan solo 14 días. Su uso regular podría prolongar el período de remisión, aumentando el tiempo entre recaídas. Serán necesarios estudios a largo plazo para confirmar esta hipótesis.

P13. LESIÓN NASAL RECURRENTE EN PORTADOR DE GAFAS

Leire Sánchez Los Arcos¹; Virginia Velasco Tirado¹; Adriana Cosano Quero¹; Ángel Santos-Briz Terrón²; Manuela Yuste Chaves¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

El granuloma fissuratum (GF) representa una condición benigna, resultado de una presión mantenida sobre la piel. Las zonas típicamente afectadas son el pliegue retroauricular y puente nasal, secundario al uso de gafas. Suele ser asintomático, siendo el paciente quien identifica su causa y la evita, lo que convierte al GF en una entidad infradiagnosticada a pesar de su notable prevalencia.

Caso Clínico

Varón de 70 años con lesión hiperqueratósica de 2 años en raíz nasal, asintomática y clínicamente compatible con verruga vulgar. La ausencia de respuesta tras crioterapia motivó una primera biopsia que mostró acantopapilomatosis sin atipia ni granulomas. Se realizó curetaje, alcanzándose remisión completa. A los 6 meses reapareció, exhibiendo un centro fisurado. Advertimos que el paciente utilizaba gafas de montura gruesa y la lesión coincidía con el apoyo inadecuado de éstas. Se recomendó reajustarlas y reducir su uso, aunque continuó llevándolas y la lesión aumentó. Se tomaron cultivos (micobacterias, hongos) con resultado negativo y otras dos biopsias que excluyeron definitivamente origen neoplásico. Finalmente se realizó nueva escisión, infiltrando corticoides en el lecho, pese a lo cual la lesión ha reaparecido.

Discusión

El GF constituye una reacción epidérmica benigna, consecuencia de una presión mantenida de diversa índole según la localización implicada. El uso de gafas está descrito como causa frecuente. No obstante, hay que descartar otras dermatosis granulomatosas como la sarcoidosis y las infecciones por micobacterias, así como tumores cutáneos. Sustituir las lentes por otras de montura más ligera contribuye a su remisión. En casos recalcitrantes como el nuestro, se puede optar por la escisión completa o la infiltración de corticoides intralesionales, pero si persiste el mecanismo traumático, la respuesta es escasa.

Presentamos un caso de GF nasal para contribuir a un mejor conocimiento de esta entidad que facilite su rápida identificación y evite maniobras terapéuticas innecesarias.

P14. RESOLUCIÓN DE HEMATOMAS FACIALES CON TECNOLOGÍA AFT-DYE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica Díaz Fernández.

Centro Dermatológico Verónica Díaz, Santa Cruz de Tenerife.

Presentamos el caso de una paciente que acudió a nuestra consulta con intensos hematomas faciales secundarios a un traumatismo. Se decidió aplicar tratamiento con tecnología AFT-DYE con buena aceptación por parte de la paciente. No se

presentaron púrpura u otros efectos adversos. Las lesiones involucionaron casi completamente a los pocos días de la sesión de luz pulsada.

La resolución de los hematomas suele requerir varias semanas y pasa por la evolución de las lesiones a varios colores. Pueden provocar dolor, con frecuencia son motivo de preocupación de los pacientes y limitan su vida. El tratamiento de los hematomas/ equimosis con esta tecnología ha mejorado la calidad de la vida de nuestra paciente, que pudo incorporarse a su vida habitual a los pocos días.

Existen diferentes publicaciones sobre el tratamiento de las equimosis con láser colorante pulsado y con luz pulsada intensa SWT. Presentamos un caso de resolución de equimosis con tecnología AFT-DYE, ampliando las posibles aplicaciones de este tipo de sistemas de luz en la dermatología clínica.

P15. USO DE ESPUMA AEROSOLIZADA DE CALCIPOTRIOL-BETAMETASONA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE CANDIDATOS A TRATAMIENTO BIOLÓGICO

José María Ortiz Salvador, Daniela Subiabre Ferrer¹, Enrique Gimeno Carpio², José Luis Sánchez Carazo¹.

(1) *Hospital General Universitario de Valencia*; (2) *Hospital Arnau de Vilanova, Valencia*.

El tratamiento tópico con calcipotriol-betametasona es ampliamente empleado en la psoriasis en placas. Esta combinación presenta ventajas con respecto al tratamiento con corticoides o análogos de la vitamina D como son una mejor tolerancia, menor riesgo de atrofia cutánea y mayor eficacia.

Recientemente se ha desarrollado un nuevo vehículo en espuma aerosolizada para la aplicación de calcipotriol-betametasona en lesiones de psoriasis que posee considerables ventajas farmacocinéticas con respecto a las presentaciones previas en pomada o gel.

Casos Clínicos

Se presentan tres pacientes con psoriasis en placas moderada-grave que no había respondido a múltiples tratamientos sistémicos convencionales en los que se indicó tratamiento con terapia biológica.

Durante el estudio previo al inicio del tratamiento se pautó espuma aerosolizada de calcipotriol-betametasona una vez al día, con excelente respuesta de las lesiones que permitió suspender la indicación de tratamiento biológico en dos de los pacientes y retrasar el inicio del tratamiento en el tercero.

Conclusiones

La nueva presentación en espuma aerosolizada de calcipotriol-betametasona posee unas características farmacocinéticas superiores a las de otras formulaciones y permite tratar pacientes con lesiones de psoriasis más extensas o infiltradas. Además se asocia a una mejor respuesta al tratamiento pudiendo incluso ser comparable a la de otros tratamientos sistémicos.

P16. LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA: TRATAMIENTO CON ANFOTERICINA B Y ANTIMONIALES PENTAVALENTES

Marta Bandini¹, Laura Pericet Fernández¹, Lidia Martínez Lendrino¹, Jose Moreno Sanz², Ileana Medina Expósito³.

(1) *Servicio de Dermatología;* (2) *Servicio de Medicina Interna;* y (3) *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.*

La leishmaniosis es una enfermedad endémica en España transmitida por la picadura de mosquito del género *Phlebotomus* y cuyo reservorio principal es el perro. Sus manifestaciones son variadas, en función de la especie infectiva y de la inmunidad del paciente, dando lugar a formas cutáneas, mucocutáneas y viscerales. En nuestro medio la especie habitual es *L. Infantum* y la forma clínica más frecuente es el botón de oriente. En ocasiones la infección puede diseminarse y producir lesiones secundarias en piel (leishmaniasis difusa cutánea), mucosas (leishmaniasis mucocutánea) o en bazo, hígado y médula ósea (leishmaniasis visceral o Kala-azar).

Caso Clínico

Presentamos un varón de 61 años en tratamiento con infliximab y azatioprina por enfermedad de Crohn, que consultó por una úlcera en codo de 1 año de evolución y curso tórpido y aparición reciente de una lesión en dorso de lengua muy dolorosa. En las biopsias de piel y de mucosa se observaron datos histopatológicos correspondientes a una leishmaniasis y en el estudio microbiológico se observaron imágenes compatibles con *Leishmania* en la tinción de Gram y PCR positiva para *L. Infantum*. El estudio complementario descartó afectación visceral. Con diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea en paciente inmunodeprimido se suspendieron los fármacos inmunosupresores y se instauró tratamiento con anfotericina B liposomal intravenosa e infiltraciones locales de glucantime, obteniendo la resolución completa de las lesiones a los 2 meses de tratamiento.

Discusión

Con este caso resaltamos la importancia de considerar la leishmaniasis en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas y cutáneo-mucosas en pacientes en tratamiento con inmunosupresores y revisamos las distintas opciones terapéuticas.

P17. LARVA MIGRANS CUTÁNEA. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CON BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA A IVERMECTINA ORAL

María Pousa Martínez, Laura Sainz Gaspar, Gabriela Pita da Veiga Seijo y Hugo Vázquez Veiga.

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

La larva migrans cutánea (LMC) es una infestación cutánea originada por helmintos.

Casos Clínicos

Aportamos dos casos típicos de LMC diagnosticados recientemente en nuestro Servicio. El primer paciente era un varón de 71 años, criador de caballos, que acu-

dió a nuestra consulta por presentar una lesión eritematosa y pruriginosa en nalga izquierda de 10 días de evolución.

La segunda paciente era una mujer de 41 años, referida a nuestro servicio por prurito localizado en nalga derecha que no cedía a tratamiento con antihistamínicos; la paciente relataba haber estado jugando con su hijo en un arenero las 2 semanas previas a la clínica. La exploración física de ambos sujetos era superponible, presentando una placa eritemato-edematosa que se extendía lateralmente en forma de un trayecto lineal de morfología serpentiginoso localizado en una nalga. Dado el contexto epidemiológico se estableció el diagnóstico de LMC y, tras explicar las posibles interacciones e indicaciones del medicamento, se pautó ivermectina oral (200 µg/kg) una dosis. Los síntomas desaparecieron rápidamente y a los diez días, las lesiones habían regresado.

Discusión

La LMC suele originarse por el parásito *Ancylostoma braziliense*, patógeno en perros, gatos y felinos. Clínicamente se caracteriza por comenzar por una pápula eritematosa que adquiere un trayecto filiforme. El tratamiento de esta entidad está encaminado a destruir al helminto, tanto por vía tópica como sistémica. Los fármacos sistémicos clásicos utilizados con mayor éxito son la ivermectina y el albendazol. Recientemente se incorporado como arsenal terapéutico de LMC la ivermectina tópica, sin embargo, nos gustaría recalcar los buenos resultado de su uso como medicación oral, fármaco seguro y de única dosis en la mayor parte de los pacientes.

Conclusiones

Aportamos 2 casos de LMC con buena respuesta a tratamiento con ivermectina oral, fármaco clásico, no comercializado en España y por tanto infrutilizado, que no debemos olvidar.

P18. SOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA DERMATITIS

Fernando Millán Parrilla^{1,2}, Severiano Marín Bertolín¹, Virginia Pont Sanjuan², Ángeles Arnandis Muñoz², Enrique Gimeno Carpio².

(1) *Clínica Dermatológica Dr. Serrano, Valencia;* (2) *Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.*

Caso Clínico

Mujer de 51 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acudió a la consulta dermatológica en el 2013 porque desde hacía 3 años presentaba un proceso cutáneo a nivel de las axilas. A la exploración presentaba pápulas eritematosas, levemente pruriginosas. La orientación diagnóstica fue de intertrigo vs pénfigo benigno familiar. Se realizó una biopsia cutánea que mostró a nivel infundibular un ligero infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial, un marcado edema en dermis interpapilar, hematiés extravasados. No se observaban signos de vasculitis ni existía afectación epidérmica. La paciente refería un empeoramiento de las lesiones en verano, que mejoraba con el vendaje de los brazos y transitoriamente con el tratamiento tópico.

En el 2014 la paciente fue sometida a una liposucción con láser a nivel de región paraescapular y de los brazos para reducir la cantidad de grasa en dichas áreas. Desde entonces no ha vuelto a tener clínica cutánea.

Comentario

Durante varias consultas la paciente recibió tratamiento tópico con corticoides, antibiótico y fomentos de agua sulfatada con leve mejoría de las lesiones, que se seguía de un agravamiento. La insistencia de la paciente en que el cuadro se resolvía parcialmente cuando ella apretaba el exceso de la grasa con un vendaje hizo plantear una solución quirúrgica más definitiva siendo remitida a una consulta de cirugía plástica, donde se llevó a cabo un procedimiento de lipoláser en las zonas interesadas con un resultado excelente.

P19. GRANULOMA ELASTOLÍTICO ANULAR DE CÉLULAS GIGANTES ASOCIADO A SARCOIDOSIS PULMONAR: RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA

Juan Luis Sanz Cabanillas^{1,3}, Antonio Rizo Barrios², Marcelino González Padilla^{1,3}, Manuel Galán Gutiérrez^{1,3}, Juan Ruano Ruiz^{1,3}.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (3) GE03 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

El granuloma elastolítico anular de células gigantes (GEACG) es una enfermedad granulomatosa poco frecuente que suele aparecer en personas de edad media. Normalmente es asintomático y se caracteriza por la aparición progresiva de placas anulares con borde eritematoso y centro atrófico hipopigmentado en áreas fotoexpuestas.

Caso Clínico

Mujer de 60 años que consulta por aparición desde hace 1 año de placas anulares con borde infiltrado eritematoso. Las lesiones eran asintomáticas y se extendían por área de escote, brazos y parte superior de la espalda. Además la paciente refería tos seca de aproximadamente 9 meses de evolución así como dolor torácico atípico. Se realizó biopsia cutánea observándose células gigantes multinucleadas en dermis superficial y media con fibras elásticas en su interior siendo concluyente con GEACG. Se solicitó radiografía y TAC de tórax encontrándose nódulos pulmonares de pequeño tamaño de predominio en campo medio y superiores y adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas que sugerían una posible sarcoidosis. Se comenzó tratamiento con hidroxiclороquina 200 mg cada 24 horas con respuesta total al tratamiento a los 5 meses del inicio. Un año después de suspender el tratamiento no ha vuelto a presentar nuevas lesiones.

Discusión

El GEACG es una granulomatosis muy poco frecuente cuya etiopatogenia aún no está clara. Se han propuesto varios agentes etiológicos como la radiación ultravioleta, el calor, o mecanismos inmunológicos. Se ha encontrado serología positiva a

borrelia en algunos de estos pacientes así como asociación a linfomas T, diabetes y sarcoidosis. El tratamiento del GAECG es un reto. Se han descrito casos utilizando múltiples terapias como corticoides tópicos, intralesionales o sistémicos, dapsona, ciclosporina A, metotrexate, PUVA, o retinoides, aunque algunos casos han experimentado resolución espontánea. Los antimaláricos como la cloroquina y la hidroxiclороquina han mostrado mejores resultados en el tratamiento, especialmente hidroxiclороquina 400 mg cada 24 horas. En este caso, presentamos una paciente con GEACG asociado a sarcoidosis pulmonar que respondió de forma completa al tratamiento con hidroxiclороquina con una dosis de 200 mg diarios.

P20. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA ANTIENVEJECIMIENTO DE UN COSMÉTICO FORMULADO BAJO CRITERIOS EPIGENÉTICOS

Luis Carlos Sáez Martín y Elisa Suñer.
Laboratorio MartiDerm.

La Epigenética es el conjunto de mecanismos moleculares que modifican la expresión del ADN sin alterar su secuencia, influyendo en el comportamiento de los genes para lograr su óptimo rendimiento. En el día a día, la piel se encuentra sometida a distintas agresiones. La influencia de los factores externos e internos y la respuesta del cuerpo hacia ellos, influye en el proceso de envejecimiento cutáneo.

Objetivos

Evaluar in vitro los efectos de un producto cosmético sobre la expresión génica de elastina y miARN145, tras aplicación tópica en fibroblastos humanos.

Evaluación de la eficacia antiarrugas del tratamiento a estudio durante 4 semanas en voluntarios humanos.

Material y Método

Los fibroblastos fueron incubados 24 horas con la crema. A continuación, se determinó la expresión génica relativa de elastina y miARN145, mediante RT-qPCR. 2- 21 voluntarios entre 35-65 años se aplicaron la crema mañana y noche 28 días y se determinó el área, longitud y profundidad de arrugas glabellares y patas de gallo in vivo mediante tecnología hiperespectral 3D.

Resultados

1. Incremento significativo de la expresión de elastina e inhibición de la de miARN145 in vitro, en comparación con el grupo control sin tratar.
2. Reducción significativa del área total, longitud y profundidad de las arrugas frontales in vivo en un 7.5%, 5.4% y 3.8%, y de las laterales en un 17.9%, 17.3% y 3.9%, respectivamente.

Discusión

El miARN-145 inhibe los factores de transcripción encargados de la regeneración celular, disminuyendo la capacidad de regeneración de las células basales, lo que provoca el envejecimiento cutáneo.

Conclusiones

El producto cosmético a estudio ha sido diseñado bajo criterios epigenéticos para ayudar a mejorar la resiliencia de la piel, recuperando así un aspecto más joven: mayor elasticidad al incrementar la síntesis de elastina y reducción de arrugas.

P21. PENETRACIÓN DE DMAE Y ÁCIDO HIALURÓNICO Y EFICACIA ANTI-ENVEJECIMIENTO MEDIANTE EL EMPLEO DE PARCHES TRANSEPIDÉRMICOS DE IONTOFORESIS

Luis Carlos Sáez Martín y Elisa Suñer Ollé.
Laboratorio MartiDerm.

La iontoforesis es una técnica no invasiva basada en la aplicación de micro-corrientes en una zona localizada de la piel que mejora la permeabilidad y permite una penetración más rápida e intensa de activos.

Objetivo

1. Determinar la capacidad de penetración de un gel con DMAE y ácido hialurónico en un modelo animal.
2. Evaluar la eficacia hidratante, antiarrugas y firmeza in vivo del tratamiento tópico de un gel con DMAE o ácido hialurónico sobre el contorno de los ojos o labio superior, respectivamente, aplicados mediante parches iontoforéticos.

Material y Método

1. El gel con fluoresceína (marcador) se aplicó sobre piel de cerdo 20 minutos con o sin el empleo de los parches. La tinción se observó bajo microscopía confocal y de luz transmitida para detectar la localización en la piel.
2. Veinte voluntarios (30-65 años) realizaron el tratamiento 2/semana 14 días en el contorno del ojo y labio superior. La eficacia se determinó mediante medidas de capacitancia eléctrica, macrofotografías, tolerancia y aceptabilidad.

Resultados

1. El gel más la fluoresceína traspasan el estrato córneo y penetran en capas profundas de la epidermis.
2. Resultados medios (y máximos) estadísticamente significativos: Tras una aplicación: Hidratación ojos: +18% (+106%) y labio: +8%. Firmeza labio: +6%. Arrugas labio: -4%. 2- A los 14 días: Hidratación ojos: +12% (+33.4%) y labio: +20% (+44%). Firmeza labio: +23% (+52%). Arrugas labio: -4% (-19%).

Discusión

Resultados óptimos por combinación de 3 efectos: apertura del poro y migración de activos ionizados hacia el interior de la epidermis favorecidas por la micro-corriente, y oclusión del parche que favorece la absorción del gel.

Conclusiones

El tratamiento ayuda a reducir las arrugas y mejorar la hidratación y firmeza del contorno de los ojos y labio superior, gracias a la mayor penetración de los activos, con un excelente grado de tolerancia.

P22. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA PÁPULO-PUSTULOSA CON IVERMECTINA TÓPICA AL 1%. SERIE DE 68 CASOS

Anna Isabel Lázaro Simó, Mònica Quintana Codina, Montse Salleras Redonnet.
Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

La rosácea tiene un gran impacto en la calidad de vida. La ivermectina 1% tópica, con efecto antiinflamatorio y antiparasitario, ha demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz, rápida y segura.

Objetivo

Evaluar la eficacia, rapidez de acción y seguridad de ivermectina 1% tópica en pacientes con rosácea pápulo-pustulosa (rosáceaPP).

Material y Método

Se han revisado las historias clínicas de 68 pacientes con rosáceaPP tratados con ivermectina 1% una vez/día, con o sin tetraciclinas orales asociadas.

La eficacia se evaluó mediante el Physician Global Assessment (PGA) del 0-4 según el número de lesiones en las semanas 0, 6 y 16. Se registraron los efectos adversos acontecidos.

Resultados

De los 68 pacientes 43 eran mujeres y 25 hombres, con edad media de 55,3 años. El PGA inicial fue de 3-4 en el 44,1% de los casos. A la semana 6 de tratamiento, el 87,7% (57/65) de pacientes alcanzaron PGA 0-1 frente al 94,1% (48/51) que lo alcanzaron a la semana 16. De los pacientes con tratamiento tópico exclusivamente, a la semana 6 el 85,7% (42/49) alcanzaron PGA 0-1 frente al 94,4% (34/36) que lo alcanzaron a la semana 16. El 75% (12/16) de los pacientes con tratamiento combinado alcanzaron PGA 0-1 a la semana 6 y el 85,7% (12/14), a la semana 16.

En total, tres pacientes fueron pérdida de seguimiento y 14 habían interrumpido el tratamiento (13 por curación y uno por prurito intenso).

Discusión

Nuestro estudio demuestra la eficacia, rapidez de acción y buena tolerancia de ivermectina 1% tópica en rosáceaPP. La eficacia y la rapidez de acción son mejores para los casos menos graves.

En todos los casos, los datos obtenidos superan a los de otros tratamientos tópicos empleados para la rosáceaPP.

Conclusión

La ivermectina 1% tópica es una opción terapéutica eficaz, rápida y segura en rosáceaPP. Consideramos que ivermectina debería ser el tratamiento tópico de primera línea.

P23. DISQUERATOSIS ACANTOLÍTICA PAPULAR CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON DOXICICLINA

Raquel Aragón Miguel, Alba Calleja Algarra, Marta Prieto Barrios, Silvia Gallego Álvarez, Lidia Maroñas Jiménez.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Instituto de Investigación i+12, Madrid.

La disqueratosis acantolítica papular (DAP) es un trastorno cutáneo raro que afecta típicamente a varones y mujeres alrededor de la cuarta década de la vida. A nivel histológico la PAD debe distinguirse de otras disqueratosis acantolíticas como la enfermedad de Darier (ED) o la enfermedad de Hailey-Hailey (EHH).

Caso Clínico

Una mujer de 35 años de edad es derivada a nuestra consulta desde Ginecología por condilomas acuminados que no responden a tratamientos convencionales. Durante los últimos tres años, había recibido tratamiento con imiquimod crema al 5%, sinecateninas y terapias ablativas sin mejoría. A la exploración, se observaban pápulas hiperqueratósicas, de coloración piel-marronáceas que se localizaban en región perianal y horquilla vulvar posterior. Refería intenso prurito en la zona que limitaba su calidad de vida. Negaba antecedentes familiares de lesiones similares. Los exámenes ginecológicos de rutina fueron normales. Dado el cuadro clínico atípico y la falta de respuesta a regímenes convencionales, se realizó una biopsia cutánea que reveló la presencia de acantosis, papilomatosis y marcada disqueratosis acantolítica que afecta a todo el espesor de la epidermis, confirmando el diagnóstico de DAP. Tras fracaso a propionato de clobetasol 0,025% en pomada y tretinoína al 0,05% en crema se decide iniciar doxiciclina 100 mg al día durante 1 mes. Con la desaparición parcial de las lesiones el prurito disminuyó.

Discusión

El manejo de la DAP sigue siendo un desafío. La terapia tópica con esteroides, ácido retinoico, vitamina D3 o tacrolimus muestra resultados discretos y las recaídas son frecuentes. La doxiciclina es ampliamente utilizada en dermatología debido a su efecto antiinflamatorio. Se ha administrado en pacientes con ED y EHH con buenos resultados clínicos. Se cree que es eficaz en el espectro de trastornos cutáneos acantolíticos al regular los mecanismos moleculares implicados en la homeostasis del calcio en las células acantolíticas. La respuesta favorable observada en nuestro caso apoya la hipótesis mencionada e introduce una opción de tratamiento plausible para los pacientes con DAP.

P24. REACCIÓN EN EL SITIO DE INYECCIÓN LUPUS-LIKE INDUCIDA POR IXEKIZUMAB

Marta Prieto Barrios, Alba Calleja Algarra, Aurora Guerra Tapia, José Luis Rodríguez Peralto, Raquel Rivera Díaz.

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

El ixekizumab es un nuevo biológico con actividad anti-interleukina 17 A para el tratamiento de la psoriasis que ha demostrado una alta eficacia y un buen perfil de seguridad. Entre sus efectos adversos más frecuentemente reportados están las reacciones en el sitio de inyección (RSI), aunque hasta la fecha, su histopatología no se ha descrito.

Presentamos dos casos de pacientes con psoriasis que presentaron placas eritematoedematosas dolorosas e induradas durante las primeras 48 horas en el lugar de inyección del ixekizumab. Las biopsias en ambos casos mostraron un infiltrado linfocitario profuso perivascular y perifolicular, con abundante depósito de mucina, positiva para hierro coloidal. Estos hallazgos era compatibles con una reacción lupus-like en el sitio de inyección. No hemos encontrado casos similares de reacción a ixekizumab en la literatura, ni tampoco a ningún otro biológico. Hasta ahora, este tipo de erupción solo se había comunicado en relación con la inyección de interferón. Esos autores sugirieron que el interferón podría inducir la producción de mucina por parte de los fibroblastos. No obstante, aunque la IL17 se ha asociado con la estimulación fibroblástica, no hay razón para pensar que un fármaco anti-IL17 pudiera tener este efecto. Ya que el lupus eritematoso se ha asociado al eje Th17/IL-17/IL-23, la aparición de lesiones lúpicas inducidas por ixekizumab podría tratarse de un efecto secundario paradójico. Sin embargo, no existen casos descritos de lupus sistémico ni tampoco de lupus cutáneo provocado por ixekizumab.

En nuestra opinión, estas lesiones no se corresponden con un verdadero lupus sino una forma peculiar de RSI. Teniendo en cuenta que la histopatología de las RSI inducidas por ixekizumab nunca se había descrito, estos dos pueden ser los primeros casos de una larga lista de reacciones cutáneas secundarias a la inyección de ixekizumab que simulan lupus; aunque se necesitan más estudios.

P25. TRATAMIENTO DE LARVA MIGRANS CUTÁNEA CON CREMA DE IVERMECTINA AL 1%

Almudena-Flavia Monteagudo Paz¹, Carolina Pereda Carrasco¹, Germán D. Zayas Pavón².

(1) Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor, San Javier, Murcia; (2) Hospital Marina Salud Dénia, Dénia, Alicante.

Presentamos el caso de un varón de 5 años, originario de Paraguay, que consultaba por prurito y lesiones migratorias en la planta del pie derecho que habían comenzado desde su llegada 2 meses antes. A la exploración mostraba un eritema lineal serpinginoso, migratorio, asociado a prurito intenso. La familia que confirmó antecedentes de baño en ríos y charcas en su país de origen.

Ante la anamnesis y los hallazgos exploratorios se diagnóstico de larva migrans cutánea a nuestro paciente y se realizó tratamiento con ivermectina en crema al 1% (Soolantra®) 2 veces al día durante 2 semanas, con curación de las lesiones y desaparición del prurito, sin evidencia de recidivas hasta la fecha.

La larva migrans cutánea está producida por un helminto del género *Ancylostoma* siendo endémica de países tropicales y subtropicales. El diagnóstico suele realizarse con los hallazgos exploratorios y una anamnesis sugestiva, ya que la histología no

siempre permite aislar el parásito. El tratamiento por vía tópica se considera menos efectivo, si bien tiene menor tasa de efectos adversos y es una opción a considerar en niños.

Se han descrito buenos resultados con el tiabendazol tópico al 6,25%, sin embargo, este fármaco no está en nuestro país. Planteamos el tratamiento con ivermectina 1% en crema, altamente disponible en nuestro medio y con un buen perfil de seguridad, en casos de niños con lesiones localizadas.

P26. PRÚRIGO PIGMENTOSO: TRATAMIENTO CON DOXICICLINA

Laura M. Pericet Fernández¹, Alba Gómez Zubiaur¹, Dolores Vélez Velázquez², Alicia Herrero De Dios³, Lidia Trasobares Marugán¹.

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias; (3) Médico de Familia del CS Miguel de Cervantes. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

El prurigo pigmentoso es una rara dermatosis inflamatoria descrita en Japón en 1971. Se presenta como una erupción pruriginosa de pápulas urticariales, vesículas y costras, que de forma característica se distribuyen simétricamente en espalda, pecho y cuello y se resuelven dejando una pigmentación reticular.

Para su tratamiento se han empleado diversos fármacos, siendo la sulfona y la minociclina los más frecuentemente descritos. Los antihistamínicos orales y los corticoides tópicos no son efectivos.

Caso Clínico

Una mujer de 17 años consultó por una erupción cutánea pruriginosa en tronco de un mes de evolución y sin respuesta a tratamiento con corticoides tópicos y anti-histamínicos orales. A la exploración presentaba una erupción polimorfa constituida por pequeñas pápulas eritematosas, vesículas, algunas ampollas y múltiples costras, agrupadas y confluentes, adoptando un aspecto reticulado, en región dorso-lumbar y axilas. No presentaba afectación de mucosas ni del estado general.

Se realizó un análisis con serologías y estudio de autoinmunidad y una biopsia cutánea, cuyos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de prurigo pigmentoso.

Pautamos tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 horas durante dos meses, logrando una rápida remisión de las lesiones sin recidiva posterior.

Discusión

La mayoría de los casos presentados de prurigo pigmentoso son originarios de Japón y los autores atribuyen este hecho a una probable falta de conocimiento de esta condición en otros países. Las comunicaciones más recientes destacan la eficacia y seguridad de la doxiciclina en el manejo de esta entidad y atribuyen el efecto terapéutico de las tetraciclinas a su capacidad para inhibir la función y migración de los neutrófilos.

P27. METOTREXATO INTRALESIONAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Carlos Cuenca Barrales; D. López Delgado; P. Aguayo Carreras; R. Ruiz Villaverde; S. Saenz Guirado.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

El metotrexato es un análogo del ácido fólico que inhibe de forma irreversible el enzima dihidrofolato reductasa. Además, activa la apoptosis de células tumorales de carcinomas epidermoides a través de la vía de las caspasas. Este hecho ha favorecido su utilización como terapia neoadyuvante para reducir el tamaño tumoral previo a la extirpación quirúrgica en queratoacantomas y, de forma menos comunicada en la literatura, en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide.

Presentamos el caso de una mujer de 90 años con antecedentes de enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo avanzado que consultó por un tumor de 5 cm de diámetro, lobulado, de bordes sobreelevados y centro deprimido, localizado en vértex. El estudio histológico de una biopsia fue compatible con carcinoma epidermoide.

Dado el alto riesgo quirúrgico de la paciente (ASA IV), se decidió conjuntamente con la familia, previo consentimiento informado y comprobación de la normalidad de parámetros analíticos, el tratamiento con metotrexato intralesional. Tras dos infiltraciones separadas dos semanas de 15 mg de metotrexato diluido en 1ml se obtuvo una notable reducción del volumen tumoral. Se realizó una tercera infiltración dos semanas después y se decidió continuar revisiones periódicas. Lamentablemente la paciente falleció a los 45 días de esta última infiltración por una sepsis mixta respiratoria y urinaria, no pudiendo comprobarse los resultados a medio-largo plazo.

La infiltración de metotrexate como tratamiento neoadyuvante en estos tumores es un tratamiento cada vez más implantado. No se recomienda su utilización en monoterapia, ya que, incluso el queratoacantoma, tiene potencial metastásico, siendo siempre de primera elección la extirpación quirúrgica. Para nuestro conocimiento, solo existe un caso publicado de su uso en monoterapia con fines paliativos en una paciente con melanoma metastásico, con buenos resultados. Con nuestro caso, planteamos la posibilidad de su utilización en pacientes de alto riesgo quirúrgico en monoterapia, con estrecha vigilancia.

P28. EL ARTE DE TRATAR UNA VERRUGA PLANTAR

Eduardo Varas Meis, Pedro Sánchez Sambucety, Elia Samaniego González, Paula Fernández Canga, Manuel Ángel Rodríguez Prieto.

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León.

Las verrugas víricas plantares son manifestaciones clínicas de infecciones por VPH, genotipos 1, 2, 4 ó 57 de forma predominante. Suelen presentarse como lesiones queratósicas asintomáticas, con tendencia a la autorresolución y un aclaramiento espontáneo de hasta el 60% en dos años. Sin embargo, su localización en zonas de apoyo pueden comprometer la deambulación y afectar a la calidad de vida del paciente, requiriendo un tratamiento efectivo y seguro.

Caso Clínico

Mujer de 49 años de edad y sin antecedentes de interés, acudió en julio de 2015 por una placa verrucosa de 5x4 cm de diámetro en el talón, clínica e histológicamente compatible con una verruga plantar en mosaico. Se procedió a su tratamiento mediante la aplicación secuencial de urea en crema al 50%, dos ciclos de Imiquimod crema, dos ciclos de terapia fotodinámica convencional, vaselina salicilica en oclusión al 10%, 5-fluorouracilo al 5% y finalmente ungüento Morry. Ningunos de los tratamientos obtuvo una respuesta clínica satisfactoria, persistiendo la lesión y su sintomatología asociada. Finalmente tras 1 año y 10 meses, iniciamos tratamiento con 5-fluorouracilo 5%/ácido salicílico 10% en dimetilsulfóxido (Actikerall®) con dos aplicaciones al día y curetaje semanal de la lesión. La paciente no refirió molestias durante el periodo de tratamiento, objetivándose su regresión completa tras 12 semanas de tratamiento.

Discusión

El tratamiento de las verrugas plantares recalcitrantes supone un reto terapéutico considerable, donde emplearemos métodos destructivos o inmunoterápicos, sin existir hasta el momento protocolos de tratamiento definidos. El 5-fluorouracilo 5%/ácido salicílico 10%, se ha reportado con anterioridad como un tratamiento efectivo y seguro para las verrugas plantares, con respuestas completas de hasta el 63%. Frente a la formulación magistral, su preparado comercial aporta garantías de estabilidad y seguridad, asociando un vehículo que favorece la penetración de los principios activos y crea una película adhesiva pseudo-oclusiva.

Conclusión

Presentamos el uso de 5-fluorouracilo 5% / ácido salicílico 10% (Actikerall), como herramienta terapéutica útil en el manejo de las verrugas plantares recalcitrantes, habiendo objetivado una respuesta completa y sin efectos adversos.

P29. EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON L-HISTIDINA ORAL EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA

Marina Rodríguez Martín¹, Nayra Merino de Paz², Patricia Contreras Ferrer³, Desiré Padilla Govea¹, Miguel Sáez Rodríguez⁴.

(1) *Dermaten Clínicas, Santa Cruz de Tenerife;* (2) *Derma Medicin, Santa Cruz de Tenerife;* (3) *Hospital Reina Sofía, Córdoba;* (4) *Centro Madre, Santa Cruz de Tenerife.*

La dermatitis atópica es una de las enfermedades inflamatorias cutáneas más prevalent a nivel mundial¹. Afecta a más de un 16% de la población pediátrica y un 10% de los adultos². Se considera una enfermedad crónica y puede llegar a causar una gran alteración de la calidad de vida en los pacientes afectados. Dentro de los factores etiológicos de la dermatitis atópica, la función barrera cutánea se ha considerado un importante pilar, por lo que deficiencias en la proteína fundamental de la función barrera, la filagrina se han descrito en numerosos estudios³.

En la piel de los mamíferos, la L-histidina se incorpora rápidamente en la filagrina, constituyendo un componente importante de los factores hidratantes naturales^{4,5}.

Numerosos estudios in vitro e in vivo, han demostrado la importancia de la filagrina para constituir una correcta función barrera cutánea en modelos atópicos y no-atópicos de piel de mamíferos⁵. Se ha demostrado que la L-histidina aumenta tanto la filagrina en epidermis como la función barrera^{1,4}.

Mediante este estudio de serie de casos, estudiamos el efecto de la suplementación oral diaria de L-histidina sobre la severidad de la dermatitis atópica en pacientes adultos (n=18).

Los resultados de nuestro estudio clínico muestran que la suplementación oral con L-histidina una vez al día en los pacientes supuso una reducción de la severidad de la dermatitis atópica de un 38% (medido mediante el dermatólogo mediante el SCORAD) y de un 54% medido por los pacientes mediante un autocuestionario tras 1 mes de tratamiento.

El uso de suplementación de L-histidina oral ha mostrado en nuestro estudio una eficacia similar a la observada mediante el uso de esteroides tópicos de mediana potencia, con un alto perfil de seguridad y que permite su uso a largo plazo en cuadros cutáneos asociados a déficits de filagrina como la Dermatitis atópica.

Bibliografía

1. Rönmark EP, Ekerljung L, Lötval J, et al. Eczema among adults: Prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden. *Br J Dermatol.* 2012;166:1301,1308.
2. Watson W, Kapur S. Atopic dermatitis. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2011;7 (Suppl 1):S4.
3. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2016;387:1109,1122.
4. Katoh N. Future perspectives in the treatment of atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2009;36:367,376.
5. Palmer CNA, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet.* 2006;38:441,446.

P30. PIMECROLIMUS TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ERUPCIÓN PAPULO- PUSTULOSA INDUCIDA POR TRAMETINIB

Carmen María Alcántara Reifs, Gloria Garnacho Saucedo, Rafael Salido Vallejo, Antonio Vélez García-Nieto.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Trametinib es un inhibidor selectivo de MEK en la vía de señalización de la proteína quinasa activada por mitógeno (MAPK), actualmente aprobado como tratamiento del melanoma no resecable o metastásico. Esta vía de señalización parece incluirse también en la génesis del carcinoma colorrectal. Las erupciones foliculares acnei-formes o papulopustulosas son el efecto adverso más frecuente de trametinib.

Presentamos un caso de erupción papulopustulosa secundaria al tratamiento con trametinib en un paciente con carcinoma de colon satisfactoriamente tratada con pimecrolimus tópico.

Caso Clínico

Varón de 57 años con cáncer de colon metastásico en tratamiento con trametinib en monoterapia. Consulta por erupción papulopustulosa en cara y tronco, con prurito moderado asociado que interfería con su calidad de vida. Iniciamos tratamiento con pimecrolimus 1% crema, aplicada dos veces al día, con mejoría progresiva tanto de las lesiones clínicas como de la sintomatología asociada tras 3 semanas de tratamiento.

Discusión

Las erupciones foliculares acneiformes o papulopustulosas son el efecto secundario más frecuente en los pacientes en tratamiento con trametinib. Aunque no se conoce de forma precisa el mecanismo que desencadena este tipo de erupciones, se ha postulado que el bloqueo completo de la vía MAPK conduce a la alteración de la homeostasis epidérmica y apoptosis. Se trata de un efecto adverso dosis dependiente, demostrado como biomarcador de respuesta al tratamiento, si bien ocasionalmente su severidad resulta un factor limitante de dosis.

En cuanto al tratamiento, se ha descrito útil el uso de antibióticos tanto tópicos (eritromicina, clindamicina, metronidazol) como orales (doxiciclina, minociclina) y los retinoides orales (isotretinoína). Dado que la erupción acneiforme no parece ser un evento infeccioso, el efecto antiinflamatorio asociado a estos antibióticos explicaría su efectividad. El pimecrolimus, como inhibidor de la calcineurina, disminuye la expresión local de citocinas, consiguiendo también, por tanto, un efecto antiinflamatorio a este nivel.

P31. IN VIVO REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY MONITORING OF COLLAGEN SYNTHESIS AND REMODELING AFTER COMBINED Q-SWITCHED 1,064-NM LASER AND HYALURONIC ACID INJECTION TREATMENT

Luís Uva, Ana Catarina Pinheiro, André Oliveira, Paulo Filipe.

Clinica Universitária de Dermatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Injection of hyaluronic acid is thought to promote skin rejuvenation by increasing both hydration and fibroblast activation. HA injected into the skin can stimulate fibroblasts to express collagen type I, matrix metalloproteinase - 1 (MMP-1) and tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 (TIMP-1). Juvederm Volite® was recently launched as treatment for skin quality. Some studies suggest that Volite improves skin hydration and elasticity and increases collagen production.

Alma-Q® delivers photo acoustic shockwaves to the target area through high laser intensities in ultra-short nanosecond pulses. This method creates controlled dermal wounds via a mechanical Q-Switched effect.

Although clinical features of photoaging are easily recognized, both clinical and histopathological diagnoses have significant limitations. Reflectance confocal microscopy (RCM) has emerged as a noninvasive, real-time technique to assess and document skin with a quasi-histologic resolution. RCM will enable morphological photoaging assessment. The aim of this clinical study is to characterize the increase of collagen

synthesis and remodeling induced by combined 1064-nm neodymium-yttrium-aluminum garnet (Nd:YAG) laser with Q-switched treatment and low density HA injections, by the means of noninvasive and real time reflectance confocal microscopy.

We aim to follow-up dermal collagen synthesis and remodeling for a 4 week period in order to assess possible changes in collagen density and morphology.

We present a single center, prospective study of 10 healthy female patients, aged between 45 and 65 years.

Prior to treatment we shall use a topical anesthetic (EMLA®) for twenty minutes.

Cosmetic skin-resurfacing will be accomplished using a 1064 nm wavelength (Alma-Q®, Alma Lasers Ltd.). All patients will be further treated with a 2ml HA (Volute®, Allergan) injection.

The whole face was treated with Q-switched 1,064-nm laser at baseline and HA injections after a 1 week interval. Clinical and RCM imaging assessment were performed at baseline and 4 weeks after the combined treatment conclusion.

P32. ABORDAJE DEL MELASMA CON MASCARILLA DESPIGMENTANTE EN LA CONSULTA DERMATOLÓGICA

Vania Lukoviek¹, Nayra Merino De Paz², Cristina Vázquez Rodríguez¹, María Arteaga Henríquez¹, Manuel Díaz Fera³.

(1) *Servicio Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife;*

(2) *Dermamedicin Clínicas;* (3) *Farmacia Fera.*

El melasma es una melanosis epidérmica adquirida que afecta la prominencia malar y las mejillas y que, además, asocia un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. No existe un tratamiento de elección, aunque hay varias modalidades de tratamiento como laser, tretinoína, hidroquinona, peelings químicos, etc.

Objetivo

Determinar la eficacia y tolerancia de una nueva fórmula de mascarilla administrada en la consulta dermatológica.

Material y Método

Quince pacientes con melasma, en los que se evaluó la edad, sexo y fototipo, además del grado de satisfacción después del tratamiento. La mascarilla compuesta por hidroquinona 7%, ácido retinoico 0,6%, acetónido de triamcinolona 0,2%, ácido kójico 3%, ácido ascórbico 1,5% y vitamina E 1,5% en crema Lanette II; se aplicó en la consulta y se mantuvo durante 6-8 horas con aclarado posterior. Después de 7-10 días, los pacientes aplicaron en domicilio una crema despigmentante.

Resultados

Todos los pacientes eran de sexo femenino con edad promedio de 49 años y fototipos de piel de II a IV. La mayoría de las pacientes quedaron muy satisfechas con el tratamiento y 4 de ellas lo repitieron 4-6 meses después. En cuanto a la tolerancia, 4 pacientes presentaron eventos adversos como eritema, xerosis y sensación de

ardor. Finalmente, 4 pacientes necesitaron complementar el tratamiento con microneedling con ácido tranexémico o peelings químicos.

Discusión y Conclusiones

El melasma es una dermatosis muy frecuente en la práctica clínica, muchos pacientes quedan insatisfechos con los tratamientos actuales. Los mejores resultados de la mascarilla despigmentante se observaron en pacientes jóvenes con fototipo II, sin embargo, pacientes con fototipo II y IV mostraron un alto índice de mejoría y satisfacción. La mascarilla se aplica de forma rápida y simple con muy buenos resultados dado a su formulación magistral.

P33. TRATAMIENTO DE LAS ESTRÍAS DE DISTENSIÓN ABDOMINALES CON MICROAGUJAS

María Arteaga Henríquez¹, Nayra Merino de Paz², Vania Lukoviek Araya¹, Cristina Vázquez Rodríguez¹, Estela García Peris².

(1) Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife; (2) Dermamedicina Clínicas, Santa Cruz de Tenerife.

Las estrías son lesiones atróficas lineales, a menudo localizadas en mamas, abdomen, caderas y muslos. Se han descrito diferentes tipos de tratamiento: desde tópicos con fórmulas de ácido retinoico y centella asiática hasta tratamiento con láser. El tratamiento con microagujas (*microneedling*) ha sido utilizado en dermatología para cicatrices de acné, rejuvenecimiento facial, mejoría de poros dilatados, cicatrices quirúrgicas, discromías y melasma.

Material y Método

Presentamos 3 casos de estrías en abdomen. Una de las pacientes presentaba estrías rojas secundarias a un aumento brusco e importante de peso, otra estrías blancas secundarias a un embarazo, y la tercera estrías blancas y una cicatriz secundaria a una abdominoplastia. Se realizaron un total de 3 sesiones de tratamiento con microagujas, utilizando agujas de distribución lineal. Para control del dolor se aplicó lidocaína en crema antes del tratamiento.

Se evaluaron resultados mediante control fotográfico y satisfacción de las pacientes. Además, se analizó mediante escala analógico-visual el dolor experimentado por las pacientes. Se recogen tratamientos previos, reacciones adversas y tiempo de recuperación tras el tratamiento.

Resultados

Se observó mejoría de las lesiones desde la primera sesión, con mejoría de la coloración y de la atrofia cutánea. La duración de cada sesión fue de 20 minutos. El sangrado de la zona y el edema de la misma se utilizó para valorar un correcto tratamiento de la zona.

Discusión y Conclusiones

Las estrías son una patología dermo-estética de difícil abordaje. No existe un tratamiento "gold estándar" para las mismas, pero han aparecido nuevas técnicas que la mejoran mucho. El láser, tiene como principal inconveniente su precio de

adquisición para el dermatólogo y el coste del tratamiento para el paciente. El *microneedling* tiene un coste más asequible para ambas partes, con buenos resultados, siendo mínimamente invasiva, por lo que es un tratamiento a valorar en estos pacientes.

P34. MESOTERAPIA CON DUTASTERIDE Y MINOXIDILO: NUESTRA EXPERIENCIA

Cristina Vázquez Rodríguez¹, Nayra Merino de Paz², María Arteaga Henríquez¹, Vania Lukoviek¹, Estela García Peris².

(1) *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife;* (2) *Dermamedicin Clínicas, Santa Cruz de Tenerife.*

Existen diversos tratamientos para la alopecia androgenética (AGA). Entre ellos está el dutasteride, que inhibe la 5 alfa reductasa tipo I y II, y que se puede utilizar tanto vía oral como en mesoterapia (solo o en combinación).

Objetivo

Analizar los resultados del tratamiento con mesoterapia con dutasteride y minoxidilo en un grupo de pacientes con AGA entre marzo y octubre de 2017.

Material y método

Presentamos una serie de 15 pacientes con AGA que han recibido mesoterapia con 1mL de dutasteride al 0.05% y 1 mL de minoxidilo al 2%. Nueve pacientes reciben una única sesión y seis una segunda sesión a los tres meses de la primera

La evaluación se realizó mediante fotografía macroscópica y dermatoscópica a los tres meses del tratamiento, clasificando el resultado en “*empeoramiento*”, “*sin cambios*”, “*mejoría leve*” y “*mejoría moderada*”. Recogimos también los efectos adversos (dolor, inflamación, edema...).

Resultados

La mayoría de los pacientes presentaron una mejoría leve tras el tratamiento. El efecto adverso más frecuente fue el dolor (leve-moderado) durante la infiltración y en los días posteriores a la misma. Una paciente experimentó edema en frente y párpados superiores de 1 semana de duración. Una paciente presentó una placa de alopecia areata a las dos semanas del tratamiento.

Discusión

Existen varios estudios evaluando el beneficio de las infiltraciones con dutasteride frente a placebo con buenos resultados, realizándolas con una frecuencia semanal las primeras 8 semanas y luego espaciando las sesiones. Un estudio más reciente, de este mismo año, muestra la eficacia con infiltraciones realizadas cada 3 meses, lo que permite un tratamiento más sencillo.

Conclusiones

Presentamos nuestra experiencia con una serie de casos de AGA tratados mediante mesoterapia de dutasteride y minoxidilo, que sirve de apoyo al resto de trabajos publicados. No se ha recibido subvención para la realización de este trabajo.

P35. FORMULACIÓN MAGISTRAL DE ALOE VERA AL 70% EN GLOSODINIA ESENCIAL: EXPERIENCIA DE USO A 18 MESES EN EL HOSPITAL DE GUADALAJARA

Raquel Pérez Mesonero¹, M^a Esther Jiménez Blázquez¹, Adriana Martín¹, Eva Martín Alcalde², Miguel Torralba González de Suso³.

(1) Servicio de Dermatología; (2) Servicio de Farmacia; (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Guadalajara.

Aloe Vera Barbadiensis es conocida por sus propiedades antiinflamatorias y calmantes.

Objetivo

Describir los resultados del uso de un colutorio de aloe vera al 70% entre el 1 de Abril de 2016 y 30 de Septiembre de 2017 en pacientes con glosodinia esencial.

Material y Método

Estudio longitudinal observacional retrospectivo mediante encuestas.

Análisis estadístico con test no paramétricos empleando SPSS.

Resultados

N=23 pacientes. 6 hombres, 17 mujeres. Mediana de edad 76 años (rango 53-93). Pauta indicada: 3 aplicaciones diarias durante 3 meses. El 39,3% realizó menos aplicaciones diarias y la mediana de duración real del tratamiento fue de 60 días (rango 3-515 días). 12/23 pacientes (52,2%) manifestaron mejoría global, con un 91,6% de persistencia en la actualidad, y 3 suspensiones definitivas por resolución completa de los síntomas. Un 27,7% de los no respondedores reconocieron al menos alivio sintomático transitorio.

Se estudió la influencia del sexo, el cumplimiento de la pauta indicada y la duración del tratamiento en el porcentaje de respuesta: los hombres respondieron mejor que las mujeres (66,7% vs 47,1%), así como los que cumplieron las 3 aplicaciones diarias frente a los que no lo hicieron (57,1% vs 44,4%), sin alcanzar la significación estadística. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de duración del tratamiento en ambos grupos (102 días vs 30 días, $p=0,039$). En el análisis multivariante ninguna variable mostró una predicción independiente sobre la mejoría.

Discusión y Conclusiones

En nuestro estudio, la formulación magistral de aloe vera consigue mejoría global y duradera en la mitad de los pacientes, y al menos un alivio sintomático en casi un tercio de los no respondedores. Esta formulación ya ha demostrado eficacia en el tratamiento del liquen plano oral y podría representar una alternativa terapéutica en una patología como la glosodinia, con tan pobre respuesta a los tratamientos convencionales.

P36. ÁCIDO MICOFENÓLICO E HIDROXICLOROQUINA EN EL TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO EROSIVO DE LA MUCOSA ORAL

Catalina Torres Sánchez, Azahara Agudo García, Andrés Palacios Abufón, Marta Serra Torres, Mercedes Hergueta Díaz.

Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses, Eivissa, Illes Balears.

El liquen plano erosivo de la mucosa oral es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología desconocida, que cursa con lesiones erosivas muy dolorosas, de difícil tratamiento, condicionando un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 40 años, diagnosticada de liquen plano erosivo oral, de 3 años de evolución, con lesiones en encías, suelo de la boca y mucosa yugal. Iniciamos tratamiento con corticoides tópicos y orales, con buena respuesta, pero con empeoramiento al descender la dosis. Para evitar el uso prolongado de corticoides, iniciamos diversas pautas de tratamiento, como el uso de tacrolimus tópico, ciclosporina y acitretino, sin conseguir una mejoría clínica evidente. Obtuvimos una buena respuesta con azatioprina, pero una hepatotoxicidad secundaria obligó a suspenderla. Llegados a este punto, iniciamos tratamiento con ácido micofenólico a dosis habituales, con respuesta parcial, por lo que decidimos añadir hidroxicloroquina, consiguiendo una mejoría clínica importante con esta combinación terapéutica.

Discusión

Los corticoides tópicos constituyen el tratamiento más ampliamente aceptado para el liquen plano erosivo oral, reservándose los corticoides sistémicos para el manejo de las exacerbaciones agudas de la enfermedad. Sin embargo, un número significativo de pacientes responden mal y suelen presentar efectos adversos derivados del uso prolongado de corticoides. Por este motivo, se han empleado los inhibidores de la calcineurina tópicos, los retinoides tópicos y la mesalazina tópica como terapia de segunda línea. Otros tratamientos empleados han sido la ciclosporina, la talidomida y la fototerapia con PUVA. Los dermatólogos debemos considerar la terapia combinada en los casos severos y refractarios, siendo una opción útil el ácido micofenólico asociado a la hidroxicloroquina, por su fácil administración, su alta tolerancia y su adecuado perfil de seguridad.

P37. USO DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA CON ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO EN EL ACNÉ: BUENA RESPUESTA CLÍNICA Y RESULTADO COSMÉTICO

Ángeles Arnandis Muñoz; S. Lucas-Truyols; J. SabaterAbad; M. Matellanes Palacios; V. Pont-Sanjuan.

Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

La terapia fotodinámica (TFD) puede ser útil en múltiples indicaciones ya que presenta una serie de ventajas: no es invasiva, es específica para el tejido diana, buena tolerancia, trata muchas lesiones en la misma sesión y ausencia de toxicidad acu-

mulada. Presentamos un caso de acné grado 3 con falta de respuesta a terapias convencionales, que mostró una excelente respuesta clínica y buen resultado cosmético tras tratamiento con TFD con ácido 5-aminolevulínico (5-ALA).

Caso Clínico

Varón de 19 años, sin antecedentes personales de interés que presenta un acné a nivel facial grado 3 (papulopostuloso grave o nodular moderado) de al menos 6 años de evolución y con mala respuesta a los tratamientos realizados previamente como varios ciclos de antibioterapia oral conjuntamente con retinoides tópicos y peróxido de benzoilo e incluso dos ciclos de isotretinoína oral. Cabe destacar que la calidad de vida de nuestro paciente estaba claramente afectada por su patología. Ante esta situación, decidimos realizar 2 sesiones de TFD con 5-ALA en cada región malar y frente separados por aproximadamente un mes. Presentó una excelente respuesta clínica con un buen resultado cosmético y pocos efectos secundarios, salvo una reacción local moderada a los 2-3 días posteriores a cada sesión de TFD.

Discusión

La TFD en el acné se indica principalmente en los casos leves-moderados. El mecanismo de acción al que se debe la mejoría clínica podía deberse a la disminución de la obstrucción folicular al aumentar el recambio de queratinocitos y disminuir la hiperqueratosis junto con la participación de la respuesta inmunológica. Hasta ahora la mayor parte de estudios se han realizado con 5-ALA, con periodos de incubación largos y aplicación posterior de luz roja consiguiéndose una mejoría del acné, pero diversos efectos adversos locales. Posteriormente, se han usado fuentes de luz azul con reducción de los efectos secundarios descritos pero menor capacidad de profundización. No obstante, los protocolos de actuación no están estandarizados.

Queremos destacar la importancia de la TFD en el tratamiento del acné. Aunque no es de primera elección y tiene unos costes importantes, hay un grupo de pacientes que no responden a tratamientos convencionales y cuya patología afecta de forma importante a su calidad de vida que pueden beneficiarse, con obtención de buenos resultados.

P38. OCHO CONSEJOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL LÓBULO RASGADO

Olalla Figueroa Silva, Óscar Suárez-Amor, Sandra Peña, Miguel Cabanillas, Sandra Mateo.

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

La corrección de los lóbulos rasgados es un motivo relativamente frecuente de consulta. Pueden aparecer a consecuencia del peso de los pendientes o tras una situación traumática, así como también tras el uso de piercings, cuya incidencia ha aumentado debido a los estándares estéticos que se han ido instaurando en nuestra sociedad en los últimos años.

Se dividen en completos o incompletos en función de si el defecto se extiende al borde libre del lóbulo o no. Existen diferentes técnicas reconstructivas, que seleccionará

el cirujano dependiendo de las características del lóbulo (grosor), la localización del orificio (tercio superior o tercio inferior del lóbulo) y la simetría con el lóbulo contralateral.

Se expondrán 8 consejos que pueden ser de utilidad en su corrección en relación a: la sujeción del lóbulo, la realización de la incisión, la conversión de orificios incompletos en completos en función de la ubicación del defecto, las suturas a emplear y su orden, los cuidados posteriores y el momento ideal para la recolocación del nuevo orificio.

Conclusión

La reparación del lóbulo rasgado no es un procedimiento difícil de realizar, pero requiere planificación técnica y un buen diseño de cara a obtener resultados estéticos satisfactorios.

P39. PAPILOMAS ORALES MÚLTIPLES SECUNDARIOS A VPH CON RESPUESTA ESPECTACULAR A IMIQUIMOD TÓPICO

Virginia Velasco Tamariz, Alba Sánchez Velázquez, Aurora Guerra Tapia, Pablo Luis Ortiz Romero, Concepción Postigo Llorente.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

El virus del papiloma humano (VPH) puede dar lugar a un amplio espectro de lesiones orales, las cuales se caracterizan por proliferación epitelial y son en su mayoría benignas como los papilomas, condilomas, verrugas víricas y, más raramente, la hiperplasia epitelial focal. Sin embargo, también está relacionado con lesiones premalignas o malignas, como la papilomatosis oral florida o el carcinoma epidermoide.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 89 años, que acudió a nuestras consultas por lesiones de aspecto verrucoso en la mucosa oral, que se iniciaron en la cara interna de comisuras labiales y siguieron progresando afectando la superficie lingual y paladar duro.

Aportó analítica completa y serologías para VIH y hepatotropos negativos. Varias muestras microbiológicas descartaron la presencia de *Candida albicans*. En la exploración otorrinolaringológica no se objetivaron lesiones faríngeas o laríngeas. Había realizado tratamiento con varias fórmulas de triamcinolona y ácido retinoico y tacrolimus y clobetasol, sin mejoría. Se realizó una biopsia de la mucosa oral que mostró hiperplasia epitelial, no pudiéndose demostrar la presencia de VPH mediante PCR por ausencia de DNA. Se realizó un estudio inmunológico que puso de manifiesto una disminución de linfocitos B.

Se instauró tratamiento con resina de podofilino previa prueba de tolerancia, sin observarse respuesta clínica. Por ello, decidimos pautar imiquimod tópico, con el cual objetivamos inflamación de las lesiones y edema de labios tras dos semanas de aplicación, sin clínica sistémica acompañante. Un mes más tarde se comprobó la resolución completa de las lesiones, así como un incremento de linfocitos B, que atribuimos a la liberación de citoquinas por el tratamiento.

Conclusión

El imiquimod es un inmunomodulador que estimula la respuesta inmune liberando citoquinas involucradas en la inmunidad celular, que ha demostrado su efectividad en el tratamiento de verrugas genitales y algunas formas de precáncer y cáncer cutáneo. Presentamos un caso cuya espectacular respuesta pone de manifiesto su utilidad en lesiones dentro de la cavidad oral.

P40. PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN GEL PARA LA ATENUACIÓN DE ARRUGAS Y REPOSICIÓN DEL VOLUMEN FACIAL: ESTUDIO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA EFICACIA MEDIANTE FOTOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL Y ECOGRAFÍA CUTÁNEA

Natalia Jiménez Gómez, Gonzalo Segurado Miravalles, María Teresa Truchuelo Díez, Pedro Jaén Olasolo.

Grupo de Dermatología Pedro Jaén, Madrid.

La técnica conocida como Plasma Rico en Plaquetas (PRP) consiste en un procedimiento de medicina regenerativa, que emplea las propias plaquetas presentes en la sangre del paciente para estimular la regeneración cutánea. Como novedad, contamos con una variante de esta técnica, el PRP en gel. Las modificaciones durante su preparación, dan lugar a la formación de un biomaterial autólogo, que se postula como un producto con capacidad de actuar como relleno.

Objetivos

Evaluar la eficacia en la reducción de las arrugas y reposición del volumen facial, así como la seguridad de este tratamiento.

Material y Método

Se seleccionaron 10 mujeres, entre 50 y 65 años de edad. A todas ellas se les realizó una única sesión de tratamiento con PRP en gel. Durante el seguimiento a 6 meses, se realizaron fotografías de evaluación con el sistema fotográfico Reveal, así como examen ecográfico para la medición del grosor de la dermis. Se registraron además el grado de mejoría percibido por el investigador y por el paciente y la presencia de efectos adversos. Como criterio de exclusión se encontraba el haber sido tratada con materiales de relleno permanentes.

Resultados

La media de edad de las pacientes fue de 60,6 años. El grado de mejoría evaluado por el investigador fue de 2,5 sobre 3 y la satisfacción del paciente de 2,6 sobre 3. No se registró ningún efecto adverso destacable. Se objetivó un engrosamiento dérmico medio de 0,26 mm en la zona periorcular y de 0,29 mm en la peribucal.

Conclusiones

El tratamiento con PRP en gel representa una opción autóloga, segura, que permite atenuar las arrugas y recuperar el volumen facial con resultados naturales. Los datos de nuestro estudio apoyan la recomendación de una aplicación trimestral, aunque son necesarios estudios a largo plazo para asegurar cuál es la pauta óptima.

P41. LEISHMANIASIS CUTÁNEA, CASOS QUE NOS ENSEÑAN

Beatriz García Bracamonte, Silvia Gallego Alvarez, Carlos Zarco Olivo, Aurora Guerra Tapia.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Presentamos 3 casos de leishmaniasis cutánea (LC) que consideramos de interés por sus características clínicas y/o su diferente respuesta al tratamiento.

Caso 1. Varón de 58 años con un cuadro de Leishmaniasis cutánea esporotricóide de 10 cm y de un año de evolución. Fue tratado con Itraconazol 200 mg al día durante seis semanas con buena respuesta de las lesiones subcutáneas y mejoría parcial de la lesión cutánea. Posteriormente se realizó tratamiento con antimonio de meglumina (Glucantime) intralesional a dosis de 1,5 ml por sesión con buena tolerancia y resolución completa del cuadro.

Caso 2. Mujer de 82 años, en tratamiento con prednisona y etanercept por una artritis reumatoide, con una forma atípica de LC en forma de placa sobrelevada eritema-toedematosa e infiltrada de 3'5 cm en la frente. No respondió al tratamiento con itraconazol 200 mg al día durante 6 semanas. Se decidió entonces tratar con Glucantime intralesional 0,5-1 ml/ sesión. En un EKG se detectó una prolongación del QT, descenso no significativo de ST y crecimiento de onda P. Las alteraciones del EKG fueron reversibles y se resolvieron al retirar el tratamiento.

Caso 3. Mujer de 84 años con historia de LC de 1 año de evolución en mejilla izq. No respondió al Glucantime 1 ampolla im/día x 10 días y desarrolló gran toxicidad local al Glucantime intralesional (2 dosis). Se decidió tratar entonces con paramomicina tópica al 15% (Leshcutan ointment, medicamento extranjero) con resolución del cuadro tras 3 ciclos de tratamiento de 10 días.

Conclusión

Deseamos aportar nuestra experiencia en el tratamiento de LC. Destacar la irregular respuesta al itraconazol oral, comunicar la buena respuesta a la paramomicina tópica en un caso refractario y recordar la capacidad del Glucantime de producir alteraciones cardiacas como prolongación del intervalo QT y arritmia grave.

P42. SARCOMA DE KAPOSI TRATADO CON TIMOLOL

Beatriz Espadafor López¹, Andrea Rodríguez Tejero¹, Carlos Cuenca Barrales², Salvador Arias Rodríguez¹.

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

El Sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor multifocal originado en las células endoteliales. Epidemiológicamente se relaciona con infección por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8), considerado factor necesario pero no suficiente para el desarrollo del mismo. La inmunosupresión juega también un papel importante, en conjunción con factores genéticos y hormonales. Se distinguen 4 variantes que presentan afectación clínica y características epidemiológicas distintas pero su histología similar

sugiere una etiología común. Se disponen de múltiples alternativas terapéuticas, pero ninguna completamente satisfactoria, ya que la tasa de recurrencia es alta.

Una mujer de 70 años consultó porque un año después de la introducción de corticoides crónicos y metotrexate para el tratamiento de una arteritis de células gigantes, presentó múltiples pápulas y nódulos eritematovioláceos de aspecto vascular, asintomáticos de entre pocos mm y hasta un cm y medio localizados en varios territorios: cara, periumbilical y miembro inferior izquierdo, sin adenopatías locorregionales. La biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de S. Kaposi con positividad para el VHH-8. El estudio de extensión y la serología a VIH fueron negativos. Se redujo el tratamiento inmunosupresor y se combinó crioterapia e imiquimod 5% tópico durante 10 semanas, con excelente respuesta, aunque sin llegar a conseguir la desaparición de todas las lesiones.

La recurrencia de pápulas violáceas en el tobillo y pie izquierdos, motivó la reducción de prednisona y se inició tratamiento con timolol tópico al 0,5% 2 veces al día durante 16 semanas con buena respuesta y mantenida en los tres meses posteriores de seguimiento.

El timolol es un beta-bloqueante no cardioselectivo muy similar al propranolol. Se desconoce su mecanismo de acción, aunque parece que actúa produciendo una vasoconstricción local que bloquearía las señales proangiogénicas deteniendo el crecimiento e induciendo la regresión del tumor. Se postula como una buena alternativa en el tratamiento.

P43. ENFERMEDAD DE BOWEN SUBUNGUEAL CON RECIDIVA TRAS TERAPIA FOTODINÁMICA

Elena Gil de la Cruz, Beatriz García Bracamonte, Raquel Aragón Miguel, Verónica Monsálvez Honrubia, Pablo Luis Ortiz Romero.
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

La enfermedad de Bowen ungueal constituye una forma específica de esta entidad, diferente de la de otros puntos de la anatomía y se caracteriza por un comportamiento más agresivo, con mayor probabilidad de invasión de los tejidos adyacentes. No obstante, una vez desarrollado el carcinoma espinocelular invasivo del aparato ungueal, la tasa de metástasis a distancia es menor que la de esta misma neoplasia en otras localizaciones.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años con exudado purulento subungueal de años de evolución en el primer dedo de la mano izquierda. La paciente había realizado diversos tratamientos antibióticos sin resultado y las pruebas para detección de hongos habían arrojado repetidamente resultados negativos. A la exploración, se apreciaba estriación lineal marcada y leve pigmentación de color verde marrónáceo en una pequeña área del cuadrante laterodistal de la uña. El resultado histopatológico fue de Enfermedad de Bowen subungueal, que inicialmente fue tratada con terapia fotodinámica.

Al cabo de un año presentó recidiva de la lesión, realizándose entonces tratamiento quirúrgico con buen resultado hasta la fecha.

Aunque el carcinoma epidermoide ungueal es muy poco frecuente, constituye la neoplasia más habitual en dicha localización. Entre los factores de riesgo para su aparición destacan la inmunosupresión, la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), la irritación crónica local y los traumatismos repetidos en la zona. La terapia fotodinámica puede ser un tratamiento eficaz en la erradicación del tumor. Se trata además de una técnica rápida, sencilla y poco costosa.

Algunos estudios han mostrado buenos resultados con una sesión, que llegan al 93% de los pacientes con la repetición del tratamiento una única vez. Sin embargo, la tasa de recurrencia se encuentra entorno al 12% en los primeros meses y el tratamiento quirúrgico sigue siendo el de elección en la actualidad.

P44. EXPERIENCIA INICIAL CON ÁCIDO DESOXICOLICO EN EL TRATAMIENTO DE LA GRASA SUBMENTAL

Sara Carrasco Sánchez¹, Vicent Alonso Usero²; Carlos Suarez García³; Natalia Seguí Planelles⁴; Elia Roó Rodríguez⁵.

(1) *Clínica Dra Sara Carrasco-Dermatología Integral, Bilbao*; (2). *Hospital Vithas 9 Octubre, Valencia*; (3). *Clínica Dermatológica Sánchez Del Río, Oviedo*; (4). *IMS Sitges, Barcelona*; (5) *Clínica Clider, Madrid*.

Recientemente se ha aprobado el uso del ácido desoxicólico (AD) para el tratamiento de la convexidad o la plenitud de moderada a grave asociada con la grasa submentoniana (GSM) en adultos.

Objetivo

Evaluar las primeras experiencias de un grupo de dermatólogos españoles con la inyección de ADC en un entorno real de práctica clínica

Material y Método

Estudio observacional prospectivo multicentrico en el que se detalla la técnica de tratamiento (método EASI) y optimización de la estrategia anestésica, evaluación de la eficacia mediante una escala de intensidad de GSM estimada por el dermatólogo y una escala de autosatisfacción respecto al aspecto de la barbilla estimada por el paciente así como la incidencia y duración de acontecimientos adversos presentados.

Resultados

Se confirma que el proceso de administración de ACD siguiendo el método EASI es seguro y eficaz. En el 100% de los pacientes aparecen acontecimientos adversos en su mayoría leves, siendo la inflamación un marcador de buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones

La inyección de ácido desoxicólico es un procedimiento mínimamente invasivo, eficaz y bien tolerado en la práctica clínica privada.

P45. ERITEMA MULTIFORME DE ETIOLOGÍA FARMACOLÓGICA TRATADO CON ETANERCEPT. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Jaime Company-Quiroga, Sergio Alique-García, Amalia Moreno, Cristina Martínez-Morán, Jesús Borbujo.

Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Las reacciones medicamentosas graves son un grupo heterogéneo de enfermedades entre las cuales se encuentran dos entidades potencialmente fatales, el Síndrome de Steven-Johnson (SJS) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET).

Durante años considerado como parte de un espectro continuo, el Eritema Multiforme (EM), de excepcional etiología medicamentosa, podría verse favorecido en su manejo por las últimas tendencias de tratamiento sistémico empleadas para las dos primeras patologías.

Presentamos los casos de una mujer de 53 años y un varón 44 años que consultaron en Urgencias por sendos cuadros de lesiones cutáneas generalizadas y pruriginosas de rápida evolución, relacionables con la toma de fármacos (antibioterapia por brote de hidradenitis supurativa, y deflazacort por septoplastia reciente, respectivamente). En ambos pacientes destacaba la rápida instauración del cuadro (días), la ausencia de sintomatología sistémica y la nula o mínima afectación mucosa. Los estudios histológicos revelaron una dermatitis de interfase vacuolar con mayor o menor grado de infiltrado perivascular superficial y de queratinocitos apoptóticos, sugestivos de toxicodermia. La suma de criterios clínicos y anatomopatológicos orientó al diagnóstico de EM, y ante la refractariedad a esteroides sistémicos en los primeros días de ingreso se decidió la administración de etanercept 50 mg sc, que produjo una mejoría rápida de las lesiones hasta su completa resolución. Una biopsia previa y posterior (24h) a etanercept en la paciente mujer evidenció cambios llamativos en el componente inflamatorio dérmico.

Las recientes publicaciones sobre el uso de etanercept para tratar NET y otras reacciones graves a fármacos con resultados prometedores abre la puerta a una nueva línea de tratamiento en el manejo de estas entidades. En base a la búsqueda realizada describimos los primeros casos de EM cuya analogía inmunogénica con la NET (al considerar la etiología farmacológica común) motivó el empleo del mencionado tratamiento biológico, con óptima respuesta clínica e histológica.

P46. TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS SEBORREICAS CON LÁSER KTP: UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA

Laura-Catalina Arango Duque y Luis-Felipe Fernández García.

Clínica CDC, Valladolid.

Las queratosis seborreicas representan uno de los tumores cutáneos más frecuentes en la población general. A pesar de tratarse de lesiones benignas, constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes debido a las repercusiones estéticas que conllevan. Dentro del arsenal terapéutico disponible, el dermatólogo debe elegir el que

le permita tratar con mayor eficacia, seguridad y con la menor posibilidad de secuelas permanentes. El láser KTP (fosfato de titanil-potasio) con una longitud de onda de 532 nm, se usa frecuentemente para el tratamiento de lesiones vasculares y pigmentadas, siendo menos extendido su uso para el tratamiento de las queratosis seborréicas.

Material y Método

Diez pacientes con diagnóstico de queratosis seborreicas fueron tratados con un láser Q-switched de Nd:YAG con múltiples longitudes de onda (Revlite, Cynosure). Se utilizó una longitud de onda de 532 nm. Una fluencia entre 2-5 J/cm² y un spot de 3 mm.

Resultados

El procedimiento fue bien tolerado. La mayoría de las lesiones necesitaron solo una sesión, siendo necesaria una segunda solo en una minoría de ellas. Se produjo púrpura eritema inmediato que duraron hasta 10 días. No se observaron efectos adversos graves, aunque en algunos pacientes se objetivó eritema e hiperpigmentación persistente que se resolvió sin necesidad de tratamiento.

Conclusiones

El láser KTP (Revlite de Cynosure) es una alternativa muy eficaz, segura y bien tolerada por los paciente para el tratamiento de las queratosis seborreicas.

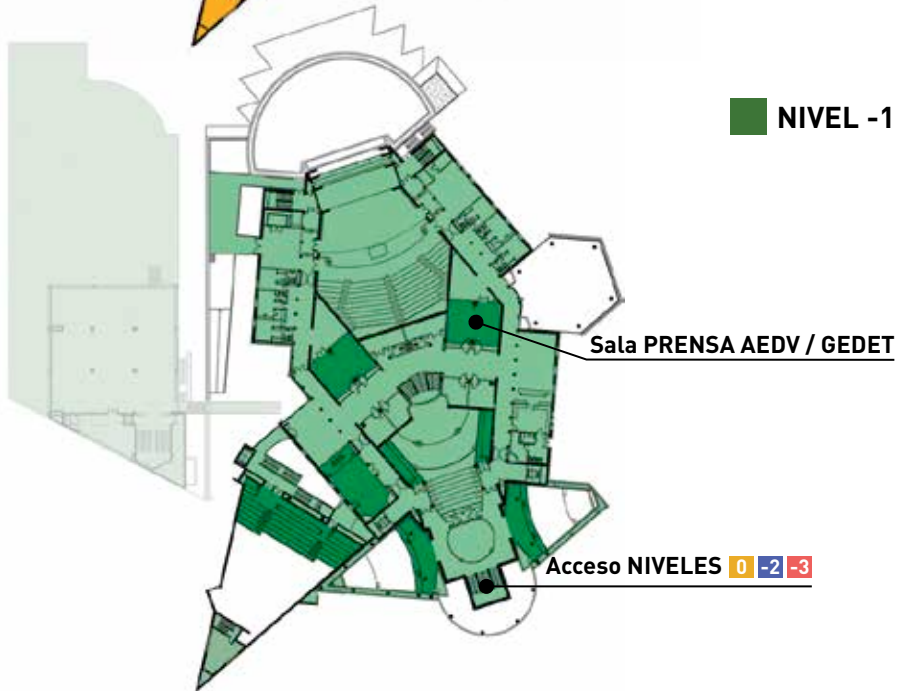
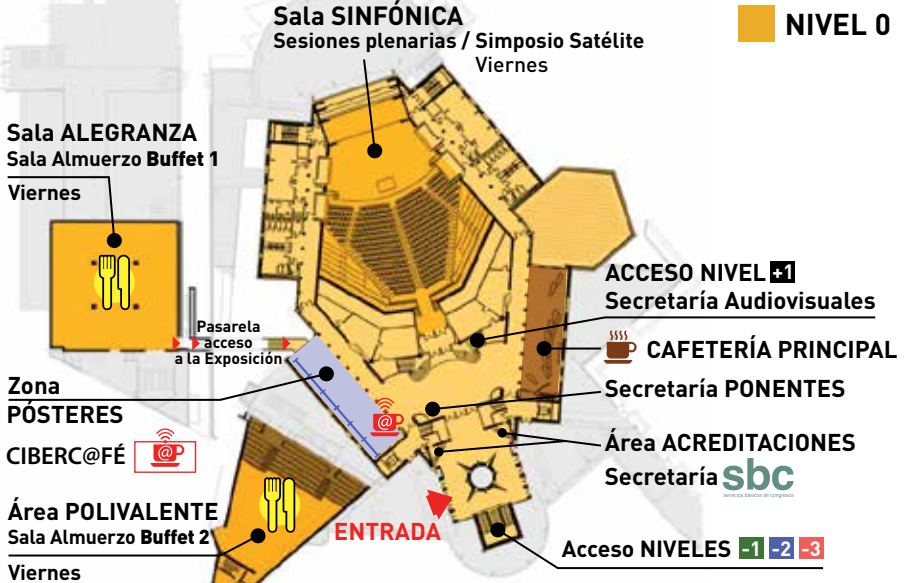
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



GEDET

Palacio de Congresos de Canarias

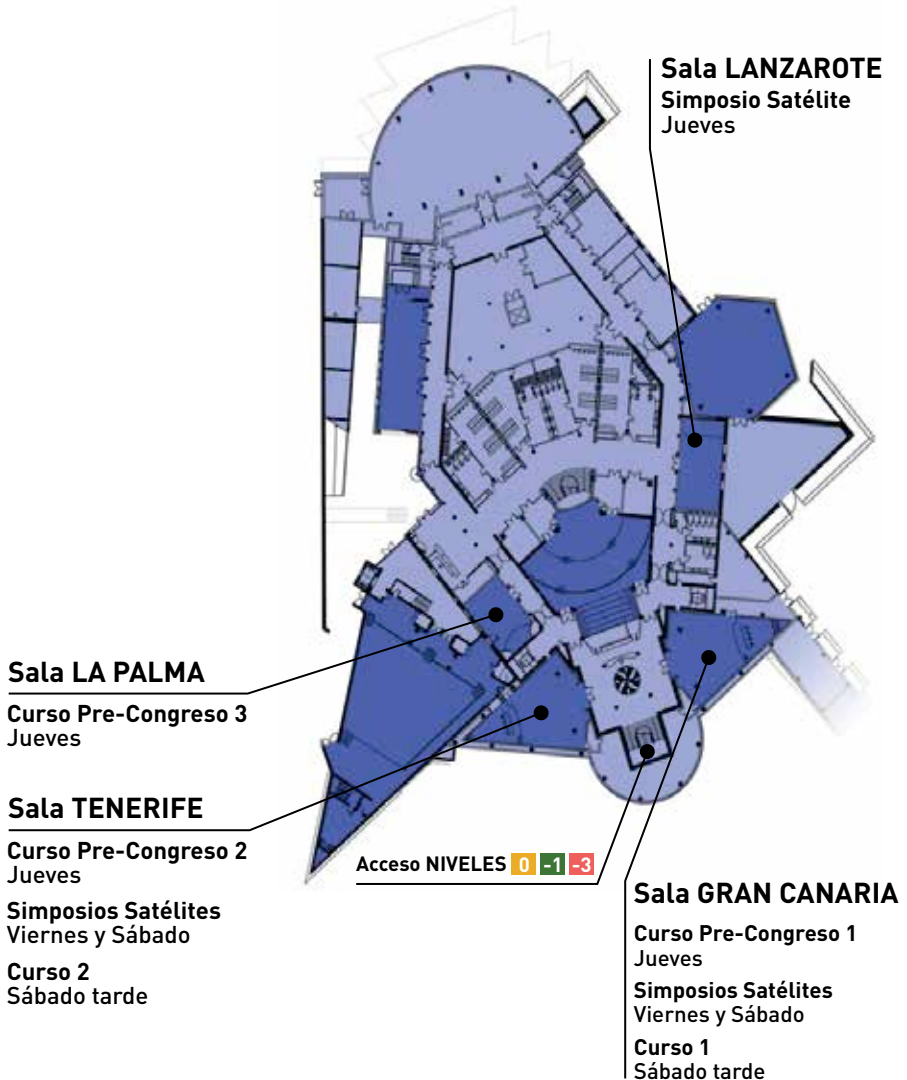
Planos de la Sede



XXIX REUNIÓN

9, 10 y 11 de Noviembre de 2017

NIVEL -2





GEDET

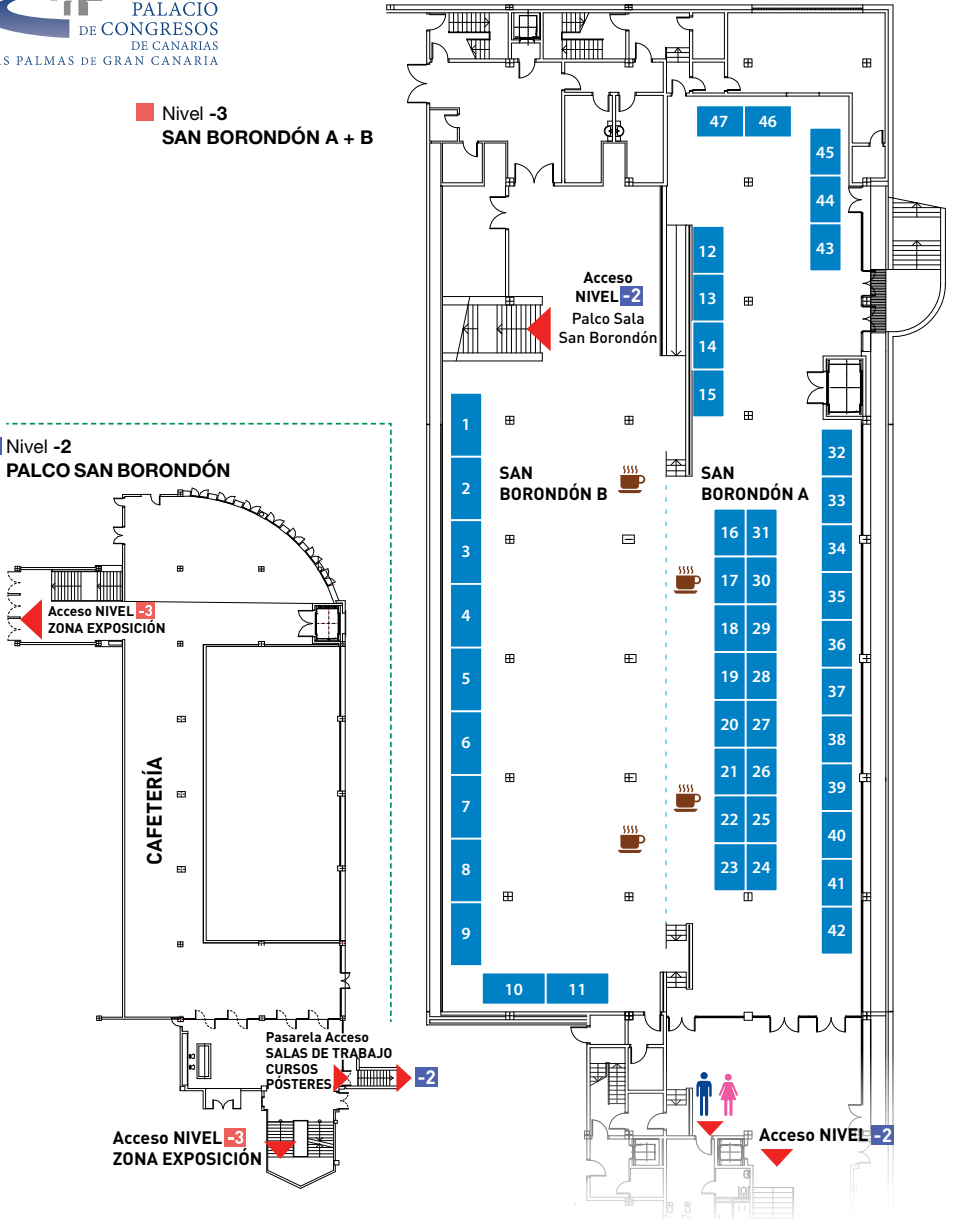
Palacio de Congresos de Canarias

Área de Exposición - Expositores



■ Nivel -3
SAN BORONDÓN A + B

■ Nivel -2
PALCO SAN BORONDÓN



Nº	EXPOSITOR
20 y 21	Alfasigma España
44 y 45	Allergan
38	Bioderma
46	BTI Biotechnology Institute
13	Cocoon Medical
5	Cynosure
27	Deka Laser-Asclepion
39	Dermofarm
2	Ducray
1	Eau Thermale Avène
12	EBBE
15	Ellipse Spain
28	Eucerin
4	Ferrer
22 y 23	Galderma
29	Genové Dermatologics
36 y 37	Industrial Farmacéutica Cantabria
41 y 42	Isdin
10 y 11	Johnson & Johnson
18 y 19	Kleresca
32 y 33	La Roche Posay
8	Laboratorios Cromo Estética
9	Laboratorios Expanscience
40	Laboratorios Leti
14	Laboratorios Promoenvas-IOOX
24 y 25	Laboratorios Viñas
16 y 17	Leo Pharma
3	MartiDerm
47	Quomedica Fotona España
43	Reference Medical
26	Reig Jofre Linea Medea
30 y 31	Sesderma
35	Skin Ceuticals
7	Syneron Candela
6	Uriage
34	Vichy

Información General

Sede

Palacio de Congresos de Canarias
Avda. Príncipe de Asturias, s/n
35010 Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias
www.auditorioteatrolaspalmasgc.es



Fechas y horarios

Jueves, 9 de noviembre ▶ 15:30 a 20:00 horas

Viernes, 10 de noviembre ▶ 08:30 a 19:30 horas

Sábado, 11 de noviembre ▶ 08:30 a 19:00 horas

(por la tarde se celebrarán los talleres prácticos y cursos)

Cuotas de Inscripción (7% de IGIC incluido) Hasta 20/10/2017 A partir 21/10/2017

Miembros AEDV	250 €	275 €
No miembros	600 €	700 €
Médicos Residentes*	90 €	150 €
Taller**	220 €	240 €

(*) Imprescindible presentar documentación acreditativa.

(**) Para inscribirse a los talleres es indispensable estar inscrito a la Reunión.

Las **cuotas de inscripción incluyen** el acceso a las sesiones científicas, asistencia a un curso precongreso del jueves y a otro curso del sábado tarde, acceso a la exposición comercial, documentación, programa, libro de resúmenes, derecho al envío de comunicaciones y a participar en el concurso de premios, cafés entre sesiones, comida del viernes, asistencia a la cena de la reunión y certificado de asistencia.

Los **CURSOS PRECONGRESO** se celebrarán el jueves tarde de 15:30 a 20:00 h. La asistencia **está incluida en la cuota de inscripción**. Plazas limitadas al aforo de la sala que se cubrirán por riguroso orden de llegada.

La asistencia a los **CURSOS** del sábado por la tarde, de 16:00 a 19:00 h, **está incluida en la cuota de inscripción**. Plazas limitadas al aforo de la sala que se cubrirán por riguroso orden de llegada.

Los **TALLERES** se celebrarán el sábado por la tarde de 16:00 a 19:00 h. Plazas limitadas que se cubrirán por riguroso orden de reserva. La asistencia **no está incluida en la cuota de inscripción**, siendo necesaria la inscripción y pago de la cuota específica.

XXIX REUNIÓN

9, 10 y 11 de Noviembre de 2017

Premios patrocinados por Almirall

- ▶ Premio de 1.500 € para la mejor Comunicación Oral
- ▶ Premio de 600 € para el mejor Póster
- ▶ Premio de 600 € para la mejor Perla Terapéutica, oral o póster

Exposición Comercial

Paralelamente a las actividades científicas tendrá lugar una exposición dirigida a empresas relacionadas con el sector, en horario coincidente con las actividades de la Reunión.

Certificado Asistencia

Se enviarán a los titulares, en formato pdf, una vez hayan sido concedidos los créditos de formación continuada.

Certificado de Comunicación

Se enviarán a los titulares, en formato pdf, una vez finalizada la reunión.

Secretaría Técnica



servicios básicos de congresos

Mont-roig 13, ático • 08006 Barcelona

Tel. 933 685 538 • Fax 933 685 829

sbc@sbc-congresos.com • reunion-gedet.aedv.es



En 2018 ... ¡Nos vemos en Donostia!

XXX REUNIÓN
GEDET

Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica



16-17 noviembre 2018

Donostia · San Sebastián · Kursaal



gedet.aedv.es

Coordinador del Grupo **Agustín Viera Ramírez**
Coordinador de la Reunión **Jorge Soto de Delás**

Patrocinadores

ALFASIGMA

ALLERGAN

Almirall

Soluciones pensando en ti

EAU THERMALE
Avène

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

bti.
Biotechnology
Institute
Human Technology

cocoon
MEDICAL

croma

CYNOSURE

DEKA
The Code of Excellence

Dermofarm
Laboratorios

DUCRAY
LABORATORIOS DERMATOLOGICOS

Asclepion
Laser Technologies

EBBE
SEAWATER ESSENTIALS

Ellipse

Eucerin

EXPANSCIENCE
LABORATOIRES

ferrer

GALDERMA

Genové
DERMATOLOGICS

ifc

iiox

ISDIN

Johnson & Johnson

Kleresca

Laboratorios Viñas

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

LEO

LETI

MARTI
DERM
LA FORMULA

quomedica
Fotona España

REFERENCE
MEDICAL

REIG JOFRE
LINEA MEDIA

sesderma
Listening to your skin

SKINCEUTICALS

SYNERON CANDELA
Science. Results. Trust.

URIAGE
EAU THERMALE

VICHY
LABORATOIRES