



CÓRDOBA
11/12 marzo 2022

**REUNIÓN
ANUAL DE
LA SECCIÓN
ANDALUZA
DE LA AEDV**

**Libro de Resúmenes de Comunicaciones Orales y Pósteres.
Reunión anual de la Sección Andaluza de la AEDV**

(Córdoba - 11/12 marzo 2022)



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

Publicación oficial de la Academia Española de Dermatología y Venereología (A.E.D.V.)

Libro de Resúmenes de Comunicaciones Orales y Pósteres. Reunión Anual de la Sección Andaluza de la AEDV (Córdoba - 11/12 de marzo 2022)

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA (A.E.D.V.)

EDITOR JEFE

Leandro Martínez Pilar

JUNTA DIRECTIVA

Leandro Martínez Pilar, *Presidente*

Ricardo Ruiz Villaverde, *Secretario*

Lourdes Rodríguez Fernández-Freire, *Tesorera*

Lara Ferrándiz Pulido, *Vicepresidenta Primera*

Javier del Boz González, *Vicepresidente Segundo*

Juan Luis Sanz Cabanillas, *Vocal*

Pilar Gómez Avivar, *Vocal*

Jose Carlos Armario Hita, *Vocal*

Cristina Serrano Falcón, *Vocal*

Sara Alcántara Luna, *Vocal*

Fátima Moreno Suárez, *Vocal*

Mercedes Morillo Andújar, *Vocal*

José Carlos Moreno Giménez, *Representante de Eméritos*

www.aedv.es

ISSN 2697-0015

Depósito Legal: M-1214-2022

Publicación anual

Academia Española de Dermatología y Venereología

C/ Ferraz, 100 1º Izq - 28008 Madrid

Tel: 91 544 62 84 Fax: 91 549 41 45

© Copyright 2008 Academia Española de Dermatología y Venereología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Protección de datos: la Academia Española de Dermatología y Venereología declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Reunión Anual de la Sección Andaluza de la AEDV (Córdoba - 11/12 de marzo 2022)

JUNTA DIRECTIVA DE LA SECCIÓN ANDALUZA DE LA AEDV

Presidente

Leandro Martínez Pilar

Secretario

Ricardo Ruiz Villaverde

Tesorera

Lourdes Rodríguez Fernández-Freire

Vicepresidenta Primera

Lara Ferrándiz Pulido

Vicepresidente Segundo

Javier del Boz González

Vocales

Juan Luis Sanz Cabanillas

Pilar Gómez Avivar

Jose Carlos Armario Hita

Cristina Serrano Falcón

Sara Alcántara Luna

Fátima Moreno Suárez

Mercedes Morillo Andújar

Representante de Eméritos

José Carlos Moreno Giménez

ÍNDICE de la Reunión Anual de la Sección Andaluza de la AEDV (Córdoba - 11/12 de marzo 2022)

Comunicaciones Orales

VIERNES, 11 DE MARZO

5 | Comunicaciones Orales: Estudios de Investigación I

11 | Comunicaciones Orales: Casos Clínicos

SÁBADO, 12 DE MARZO

17 | Comunicaciones Orales: Estudios de Investigación II

23 | Pósteres Seleccionados

Pósteres

Investigación alemana al servicio del paciente

mibe Pharma España es una nueva compañía perteneciente al holding farmacéutico alemán **Dermapharm AG**.

Expertos en el tratamiento de la piel, ofrecemos las mejores soluciones a los profesionales sanitarios y a sus pacientes en el área de la **dermatología**.

Cumpliendo siempre con los más altos estándares de calidad y **producción alemana**, siempre al servicio del profesional sanitario y al de su paciente.

▲ **PSOTRIOL 50 MICROGRAMOS/G + 0,5 MG/G**

POMADA: Tubo de 60 g. CN: 726928.1

Indicación: Tratamiento tópico de la psoriasis vulgaris.

Sustancia activa: Calcipotriol monohidrato y betametasona dipropionato.



▲ **PSOTRIOL 50 MICROGRAMOS/G + 0,5 MG/G**

GEL: Frasco de 60 g. CN: 728954.8

Indicación: Tratamiento tópico de la psoriasis del cuero cabelludo y otras zonas en adultos.

Sustancia activa: Calcipotriol monohidrato y betametasona dipropionato.

FINANCIADO
POR EL
SNS

- ▲ Precio competitivo: PVP+IVA
Gel / Pomada 60 gr: 44,69€⁽¹⁾
- ▲ Cómoda aplicación y fácil absorción⁽²⁾
- ▲ Buena eficacia y tolerabilidad⁽³⁾
- ▲ Reducción del picor⁽⁴⁾

mibe

mibe pharma españa

1. www.botplusweb.portalfarma.com. Último acceso febrero 2022.

2. Ruiz Rivera N, Carrillo Carrascosa J. M. Actualización en psoriasis. El Médico. 2015 Agosto.

3. Pinter A, Green L. J, Selmer J. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis.

4. Koo J, Tying S, et al. Superior efficacy of calcipotriene and betamethasone dipropionate aerosol foam versus ointment in patients with psoriasis vulgaris – A randomized phase II study.

VIERNES 11 de marzo**ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN I****MODERADORES**

Francisco José Gómez García, Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Pilar Gómez Avivar, Hospital Torrecárdenas, Almería.

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL MOLECULAR DE LA DERMATITIS ATÓPICA DE INICIO EN LA EDAD ADULTA: RESULTADOS PRELIMINARES

Pedro Jesús Gómez Arias(1), Paola Facheris(1), Ester del Duca(1), Joel Correa da Rosa(1), Michael Angelov(1), Ana Brandusa Pavel(1) y Emma Guttman-Yassky(1) de (1)Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York.

Antecedentes: La dermatitis atópica (DA) es un cuadro heterogéneo que incluye varios subtipos. La DA de inicio en la edad adulta se caracteriza por no estar acompañada de otras manifestaciones del espectro atópico y por una predilección por afectar a la cara, cuello, pies, manos y áreas de extensión. El perfil inflamatorio de la DA de inicio en la infancia ha sido ampliamente investigado, sin embargo, los mecanismos inflamatorios en el subtipo de inicio en la edad adulta aún son poco conocidos.

Objetivo: Caracterizar el perfil inflamatorio de la DA de inicio en la edad adulta.

Materiales y métodos: Se obtuvieron muestras de piel lesional y no lesional de 15 pacientes adultos con DA de inicio por encima de los 20 años, sin síntomas previos en la infancia y sin comorbilidades atópicas. Se incluyeron muestras lesionales y no lesionales de 15 pacientes con DA de inicio en la infancia, así como 15 controles sanos. Para evaluar el perfil molecular se evaluaron marcadores inflamatorios en inmunohistoquímica, así una evaluación de la expresión de 86 genes relacionados con inflamación empleando TLDA. Los resultados se evaluaron empleando el lenguaje R.

Resultados: La DA de inicio en la edad adulta y la DA de inicio en la infancia comparten vías inflamatorias similares, aunque las formas de inicio en la infancia presentan mayor infiltrado y mayor presencia de células dendríticas. La piel no lesional de pacientes con DA de inicio en la edad adulta presentaba mayor activación que la piel sana de pacientes con DA de inicio en la infancia, especialmente para la vía Th1 y para la inmunidad innata. Por otra parte, los pacientes con DA de inicio en la edad adulta presentaban una mayor integridad de la barrera cutánea frente a los pacientes con dermatitis atópica de inicio precoz. Los pacientes con DA de inicio en la infancia presentaban una mayor polarización Th17 y Th22 con respecto a los pacientes con DA de inicio en la edad adulta.

Conclusiones: La DA de inicio en la edad adulta presenta características diferentes a la forma de inicio en la edad infantil. Estos resultados sugieren un rol diferente de la barrera cutánea en la forma de inicio tardío y la presencia de un componente inmunitario diferente. La caracterización adecuada de este subtipo ayudará a elegir la terapéutica más conveniente, contribuyendo al desarrollo de la Medicina personalizada en este ámbito.

SUPERANDO UN NUEVO RETO: PSORIASIS, NEOPLASIAS RECIENTES Y TERAPIA BIOLÓGICA

Juan Ortiz Álvarez(1), Lourdes Rodríguez Fernández-Freire(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1), Román Barabash Neila(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes: Existen subgrupos de pacientes con psoriasis donde la experiencia clínica sobre el uso de terapia biológica es aún limitada y que pueden suponer un reto para el médico. En aquellos pacientes con cáncer, estos fármacos han estado clásicamente limitados a aquellos que habían demostrado ausencia de actividad del proceso oncológico en los cinco años previos. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la terapia biológica en pacientes con psoriasis y cáncer en práctica clínica real.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestra unidad de psoriasis y se seleccionaron aquellos con neoplasia activa o controlada un espacio de tiempo menor a cinco años y que habían precisado de terapia biológica.

Resultados: De 397 pacientes en terapia biológica atendidos en nuestra unidad de psoriasis, en un total de 20 (60% varones) se había iniciado o continuado dicha terapia en un escenario de neoplasia activa. Con una edad media de 60,7 años, presentaban un PASI medio basal de 20 y un BSA medio basal del 35,15%. Las neoplasias más frecuentes fueron las de próstata (n=5) y vejiga (n=4) el tratamiento más usado el secukinumab (n=8). Solo en 3 casos se detectó progresión de la enfermedad de base sin llegar a suspenderse el tratamiento.

Conclusiones: La terapia biológica se erige como una opción eficaz y segura en pacientes con neoplasia activa en los últimos cinco años. Dado el cada vez mejor control oncológico de estos pacientes, creemos que no deberían dejar de beneficiarse del uso de fármacos biológicos para el tratamiento de su psoriasis.

FACTORES DETERMINANTES DE CONTROL TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE MEDIANTE PAUTA DE OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA

José Navas Orozco(1), Concepción Buzón(1), Begoña Ruz Portero(1), Noemí Eirís Salvado(1), Ana M^a Carrizosa Esquivel(1), Almudena Fernández Orland(1), Lara Ferrándiz Pulido(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La optimización terapéutica, administración de dosis final inferior a la recomendada en ficha técnica, es una estrategia actualmente empleada en la práctica habitual de las unidades de psoriasis.

Material y método: Estudio longitudinal sobre pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento biológico durante el año 2021. Las variables de estudio fueron: información demográfica (edad, sexo), grupo terapéutico (dosis de ficha técnica, optimización), PASI al inicio del tratamiento biológico, medicamento biológico, artritis, tipo clínico de psoriasis, tratamiento sistémico previo y antecedentes de uso de biológico (naïve).

Resultados: Durante el período de estudio se analizaron un total de 165 pacientes en tratamiento durante el año de estudio, de los que el 22,4% seguían tratamiento con pauta optimizada y el 77,6% con pauta según ficha técnica. No se observaron diferencias significativas en la edad de inicio de la psoriasis (26,6 vs 25,6 años, $p>0,05$), ni en el PASI absoluto al inicio del tratamiento biológico (11,6 vs 11,3, $p>0,05$) entre ambos grupos de estudio. En el grupo de pacientes con pauta de ficha técnica los biológicos más empleados fueron adalimumab (53,1%), seguido de secukinumab (14,8%) e ixekizumab (9,4%), mientras que en el grupo de pauta optimizada la frecuencia fue de adalimumab (51,4%), seguido de guselkumab (18,9%) y secukinumab (13,5%). En cuanto al PASI al inicio del tratamiento biológico, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de PASI<10, PASI 10-20 y PASI>20 entre ambos grupos de estudio. Aunque se observó una tendencia a una mayor frecuencia de artritis en el grupo de ficha técnica, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (31,3% vs 24,3%, $p>0,05$). El árbol de clasificación identificó la situación de naïve a biológicos y el sexo femenino como factores predictores de control terapéutico en terapia optimizada.

Conclusiones: Los resultados observados muestran que el control final del paciente con psoriasis mediante pauta de optimización tan solo está determinado por el antecedente de fallo anterior a biológico y el sexo.

UTILIDAD DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE FÁRMACO Y ANTICUERPO ANTI-FÁRMACO EN LA OPTIMIZACIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS EN TERAPIA BIOLÓGICA

Celia Ceballos Cauto(1), Inmaculada Concepción Lozano Cuadra(2), José Manuel Dodero Anillo(3), Lidia Ossorio García(1) y José Carlos Armario Hita(1) de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, (2)Estudiante de Medicina, Universidad de Cádiz y (3)Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los niveles de fármaco y antifármaco se han introducido en la práctica clínica diaria como sistema de monitorización de las terapias biológicas, entre ellas la psoriasis. El objetivo principal de este estudio es evaluar la utilidad de estas determinaciones en la optimización de pacientes con psoriasis en tratamiento con infliximab, etanercept y adalimumab.

Material y método: Estudio epidemiológico y fármaco-económico observacional descriptivo retrospectivo en los pacientes con psoriasis tratados con terapia biológica en el periodo de mayo de 2019 a mayo 2020.

Resultados: El estudio de los niveles plasmáticos permitió optimizar la dosis en un 15% en pacientes tratados con infliximab, 39,47% en los tratados con etanercept y un 40% en pacientes en terapia con adalimumab. La introducción del uso de la medición de niveles plasmáticos de fármaco y antifármaco en nuestro medio ha supuesto un ahorro medio del 38,24% por paciente/año, con un ahorro anual del 20,11% para adalimumab, 23,59% para etanercept y 55,97% para infliximab.

Conclusiones: La determinación de los niveles plasmáticos de fármaco y antifármaco en terapia biológica permiten disminuir de forma significativa la dosis necesaria de cada fármaco para obtener respuesta terapéutica y permitiendo una mejor optimización de recursos.

AZATIOPRINA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: SERIE DE 12 CASOS

Irene López Riquelme(1), María Dolores Fernández Ballesteros(1), Alexandra Perea Polak(1), Ana Serrano Ordóñez(2), José Antonio Llamas Carmona(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 1-4% de la población y afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes.

IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System) es una herramienta de puntuación validada que evalúa la gravedad de la HS, considerando tanto abscesos y nódulos inflamatorios como fístulas drenantes. Tiene un papel complementario con HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response), definida como reducción de $\geq 50\%$ de lesiones inflamatorias, sin incremento en el número de abscesos o fístulas respecto a la situación basal.

El tratamiento incluye antibióticos, retinoides, antiandrógenos, inmunosupresores y biológicos como antiTNF-alfa. Por otra parte, es conocida la asociación de la HS con la enfermedad de Crohn. Por ello, y por la fisiopatología autoinflamatoria de la HS, se ha sugerido que azatioprina podría ser útil en el tratamiento de la enfermedad, aunque esto ha sido cuestionado en la literatura.

Objetivo: Evaluar la efectividad de azatioprina en monoterapia en pacientes con HS moderada-severa.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo con 12 pacientes (2 hombres y 10 mujeres) en seguimiento por HS tratados con azatioprina entre 2017 y 2021. Se comparó la puntuación en las escalas iHS4 y DLQI previas al inicio del tratamiento y entre las 12-16 semanas tras haberlo iniciado. Consideramos como mejoría significativa los pacientes que alcanzaron HiSCR.

Resultados: De los 12 pacientes, 1 aún no ha alcanzado 12 semanas de tratamiento, y 2 lo suspendieron por efectos adversos. De los 9 pacientes que realizaron el tratamiento hasta las semanas 12-16, 6 presentaron mejoría significativa, 1 mejoría parcial y 2 ninguna mejoría. La mediana (Q3-Q1) de puntuación iHS4 previa y posterior al tratamiento fue 7 (12-6) y 4 (6-2), respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.006$). La puntuación DLQI previa al tratamiento fue de 17.5 (22.25-11.5), y la posterior, 14 (18-9), sin significación estadística ($p=0.099$).

Conclusiones: Aportamos una serie de pacientes tratados con azatioprina con buena respuesta. Aunque se ha cuestionado su utilidad en la HS, planteamos que podría tener un papel en un determinado perfil de paciente. Sin embargo, son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y prospectivos para confirmar esta hipótesis.

HEMANGIOMA CONGÉNITO NO INVOLUTIVO (NICH): SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Antonio Llamas Carmona(1), Ángel Vera Casaño(1), Irene López Riquelme(1), Daniel Jesús Godoy Díaz(1), Ana Serrano Ordóñez(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga.

Presentamos una serie de 8 pacientes pediátricos con diagnóstico de hemangioma congénito no involutivo (NICH) por parte de nuestro servicio de dermatología pediátrica con el objetivo de definir sus características, así como su evolución.

Todos fueron derivados a consulta por presentar desde el nacimiento neoformaciones vasculares en forma de placas de color rojizo en el centro y azulado en la zona más externa junto con un halo blanquecino en periferia. 4 eran varones y 4 mujeres. Con respecto a la localización, 2 se encontraban en el cuello, 2 en el abdomen, 1 en la pierna, 1 en el antebrazo, 1 en canto externo del ojo izquierdo y 1 en la escápula. La mayoría se diagnosticaron clínicamente, pero en 4 se recurrió a la biopsia, donde se observó una proliferación vascular de espacios capilares irregulares de distribución lobular rodeados por tractos fibrosos con GLUT-1 negativo y WT-1 positivo, que confirmó el diagnóstico de NICH. En 3 casos se solicitaron pruebas de imagen para filiar el cuadro o valorar complicaciones asociadas.

Con respecto a la evolución, en el NICH, lo habitual es que lesión permanezca estable, crece progresivamente con el desarrollo del niño y no involutona con el paso del tiempo. Sin embargo, en 2 de nuestros pacientes dicha evolución fue bastante atípica. En uno se obtuvo una resolución completa de la lesión, sin tratamiento, en un periodo de 12 años, dejando una mínima atrofia local residual. En otro de los casos ocurrió lo contrario, se observó un crecimiento y expansión de la lesión con aparición de telangiectasias en superficie, en los primeros años de vida.

En relación al tratamiento, solo el del canto externo del ojo requirió intervención quirúrgica dada la localización y molestias asociadas. El resto no recibió ningún tratamiento.

Los Hemangiomas Congénitos (HC) son lesiones vasculares poco frecuentes y que a diferencia de los Hemangiomas Infantiles (HI) ya se encuentran totalmente desarrollados al nacimiento porque la fase proliferativa se lleva a cabo íntegramente intraútero.

Se han descrito 3 tipos de HC: el hemangioma congénito rápidamente involutivo (RICH), el NICH y el hemangioma congénito parcialmente involutivo (PICH). Recientemente se han publicado varios artículos que hacen referencia al posible crecimiento postnatal atípico de los NICH, en relación a probables determinantes genéticos, ambientales o epigenéticos, aún por definir.

UTILIDAD DE LA DIFENCIPRONA EN LA ALOPECIA AREATA EN EDAD PEDIÁTRICA: SERIE RETROSPECTIVA DE CASOS

Elena Beatriz Sanz Cabanillas(1), Juan Manuel Segura Palacios(1), Inés Fernández Canedo(1), María Colmenero Sendra(1), Jéssica Martín Vera(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial de base autoinmune. La prevalencia en edad pediátrica es superior que en adultos. Un alto porcentaje remiten espontáneamente en el primer año, si bien otros requieren de tratamiento tópico o sistémico, aunque pocos de estos tratamientos se han sometido a ensayos clínicos aleatorizados.

Objetivo: Evaluar la respuesta a inmunoterapia de contacto con difenciprona (DFCP) en una serie de pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de AA y describir los efectos adversos.

Materiales: Se presentan 5 casos con diagnóstico clínico de AA. Se analizaron características clínicas (sexo, edad, antecedentes personales, porcentaje de afectación), tratamientos previos, tiempo de uso de DFCP, respuesta a tratamiento y efectos adversos.

Resultados: El sexo predominante fue femenino. La edad mediana de aparición fue de 11 años. 3 pacientes presentaron antecedentes personales de hipotiroidismo, vitiligo y dermatitis atópica. Todos realizaron tratamiento previo con corticoides tópicos, dos de ellos tratamiento sistémico con metotrexato y tres con dexametasona en pulsos. En un paciente el porcentaje de afectación del cuero cabelludo fue total y en dos de ellos fue superior al 50%. La duración mediana de tratamiento con DFCP fue de 10 meses. Se obtuvo respuesta con repoblación casi total en 3 de 5 casos y total en uno de ellos. En un paciente produjo intensa eccematización como reacción adversa. **Discusión:** La AA es una enfermedad con un impacto psicosocial significativo. Su tratamiento depende de varios factores, fundamentalmente de la extensión de la enfermedad, edad del paciente y de las complicaciones asociadas a corto y largo plazo. Aunque los corticoides tópicos se utilizan como primera línea sobre todo en formas leves, requieren de la combinación con otros tratamientos en formas extensas. En este último caso la inmunoterapia de contacto con DFCP menos utilizada por requerir sensibilización previa sumado a efectos adversos como eccematización y linfadenopatías supone una alternativa al inicio de tratamiento sistémico.

Conclusiones: A tenor de nuestros resultados consideramos que la inmunoterapia de contacto con DFCP debe posicionarse como tratamiento de primera línea en pacientes pediátricos con AA extensa que no hayan respondido a corticoides tópicos de alta potencia previo al paso de tratamiento sistémico.

ICTIOSIS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Miguel Juan Cencerrado(1), Beatriz Baleato Gómez(1), Damián Moreno Mesa(1), Delia Díaz Ceca(1), César Guijarro Sánchez(1), Irene Rivera Ruiz(1), Pedro Jesús Gómez Arias(1), Antonio Vélez García-Nieto(1) y Gloria Mª Garnacho Saucedo(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. UGC Dermatología M-Q, Unidad de Dermatología Pediátrica.



Eritroqueratoderma Variabilis variedad eritema giratum repens. Lesiones geométricas eritematosas y elevadas.

Introducción: Las Ictiosis son un grupo de enfermedades caracterizadas por el desorden en la queratinización secundario a un fallo genético. Pueden tener una presentación clínica muy variada con formas leves y graves que pueden ir asociadas a varios síndromes.

Objetivos: El objetivo es analizar la epidemiología y características clínicas de pacientes con Ictiosis seguidos por nuestro servicio durante los últimos 10 años.

Materiales y métodos: Estudio unicentrico, retrospectivo y observacional donde se han seleccionado casos de Ictiosis en seguimiento durante los últimos 10 años en la consulta de dermatología pediátrica. En él se han recogido datos epidemiológicos y clínicos de pacientes con Ictiosis.

Resultados: Se han identificado un total de 19 pacientes con diagnóstico de Ictiosis siendo el 95% Ictiosis con formas no sindrómicas. Los tipos más frecuentes fueron la Ictiosis Vulgar, Ictiosis Ligada al X e Ictiosis Lamelar. Se identificaron otros tipos menos frecuentes como Eritroqueratoderma variabilis variedad eritema giratum repens, Ictiosis queratinopática en Confetti y Ictiosis queratinopática variante menor (Curth and Macklin). Se comenzó el seguimiento de 5 de los pacientes desde el momento de su nacimiento identificando un total de 2 pacientes nacidos como bebe colodión. Del total de pacientes un 74% eran varones y un 40 % tenía antecedentes familiares de ictiosis.

La mitad de los pacientes se encuentran bajo tratamiento con Acitretino oral teniendo la mayoría de ellos un control total o parcial de la sintomatología salvo 3 pacientes con persistencia de sintomatología grave. Durante su seguimiento un total de 6 pacientes desarrollaron complicaciones como ectropion, hipohidrosis o miocardiopatía izquierda.

Conclusión: Se han identificado varios tipos de Ictiosis con distinto grado de severidad de leve a grave en nuestro centro. Esta enfermedad presenta importante morbimortalidad en algunos casos con un impacto psicológico en el paciente, la familia y la futura descendencia.

Título tabla: Datos Clínicos de Ictiosis

Edad	Sexo	Gestación	Antecedentes familiares	Tipo de Ictiosis	Rasgos Clínicos	Complicaciones	Tratamiento	Evolución	Genética	Histología
11	Mujer	Recién Nacido a término	No	Eritroqueratoderma variabilis variedad eritema giratum repens	Lesiones geométricas eritematosas y elevadas. Hiperpigmentación e hipopigmentación	No	Corticoide Tópico, Retinoide Tópico, Emolientes	Buen control	No	Acantosis con hiperqueratosis ortoqueratosis e hipergranulosis
21	Mujer	Recién Nacido a término	No	Ictiosis queratinopática en Confetti	RN con eritrodermia, hiperqueratosis palmoplantar, ectropión. Aparición progresiva de máculas blanquecinas	Alteraciones odontológicas, Infecciones cutáneas, Mosaicismos revertidos en Confetti, Pie equino y subluxación de rótula	Emolientes, Fototerapia, Acitretino, Isotretinoína	Poca respuesta	No	No
14	Varón	Recién Nacido a término	No	Síndrome eritroqueratodermia y cardiomiopatía	Eritroqueratodermia congénita generalizada, distrofia ungueal, fisurización palmas y plantas, disminución pelo.	Cardiomiopatía dilatada izquierda, retrasos ponderoestructural, alteraciones dentales, opacidades corneales, intenso prurito	Emolientes, Acitretino oral, Fórmula Nacetil cisteína	Mala evolución, mejoría descamación	Gen de la desmoplaquina DSP .H618P	hiperplasia Psoriasisiforme, paraqueratosis, hipogranulosis y neutrófilos intraepidérmicos
6	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis queratinopática variante menor (Curth and Macklin)	RN con xerosis intensa e hiperpigmentación en pliegues. Aparición progresiva de lesiones hiperqueratósicas hiperpigmentadas	No	Emolientes, Acitretino	Buen control	No	Acantosis, hiperpapilomatosis en dientes de sierra, orto y paraqueratosis

Edad	Sexo	Gestación	Antecedentes familiares	Tipo de Ictiosis	Rasgos Clínicos	Complicaciones	Tratamiento	Evolución	Genética	Histología
16	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis ligada al X	Escamas poligonales tipo craquelé, descamación intensa e intenso prurito	No	Emolientes, Acitretino	Control parcial con brotes estacionales	Portador hemigigoto de una delección en gen STS	No
1	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis ARCI	RN como bebe colodión, no ectropión ni eclabión	Conjuntivitis purulenta	Emolientes	Resolución casi completa	Mutación recesiva en gen TGM1	No
1	Mujer	RNPT 32 semana, Polihidramnios	No	Síndrome de Ictiosis Prematuridad	RN con Descamación gruesa caseosa generalizada	Síndrome distress respiratorio agudo	Ambiente humedo incubadora, Profilaxis antibiotica y antifungica, emolientes	Resolución casi completa.Xerosis y Dermatitis Atópica	Dos variantes en heterocigosis en el gen SLC27A4	No
25	Mujer	Recién Nacido a término	No	Ictiosis ligada al X	Descamación y escamas poligonales oscuras,Leuconiquia	No	Emolientes, Retinoide tópico, PUVA, Fototerapia UVB	Pérdida seguimiento	No	No
10	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis ligada al X	Descamación y escamas poligonales oscuras	No	Emolientes, Acitretino	Buen control	Delección completa del gen STS	No
45	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis Vulgar	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes, Corticoides Tópicos	Dermatitis atópica	No	No
22	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis Vulgar	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes	Buen control	No	No
1	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis ARCI	RN bebe colodión, Eritrodermia ictiosiforme total	No	Emoliente, Acitretino, Corticoide tópico	Mala evolución, Dermatitis atópica,Taponos ORL,Intenso Prurito	Homocigosis en gen PLPA1 Autosómica Recesiva	Acantosis, Hipergranulosis con Ortoqueratosis
28	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis ligada al X	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes, Retinoides tópicos	Buen control	No	No
55	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis lamelar	RC con descamación generalizada y membrana coloidal	Hipohidrosis	Emolientes, Retinoides tópicos,Acitretino	Buen control	No	Acantosis, Hiperqueratosis e hipergranulosis
18	Mujer	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis ligada al X	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes y Acitretino oral	Buen control	Delección completa del gen STS	No
30	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis Vulgar	Xerosis y descamación generalizada de color oscuro	No	Emolientes y Acitretino oral	Buen control	No	Acantosis con hiperqueratosis ortoqueratosis e hipergranulosis
50	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis lamelar	Xerosis y descamación generalizada	Ectropión, Hipohidrosis, Intolerancia altas temperaturas	Emolientes y Acitretino oral	Buen control	No	Acantosis, Hipergranulosis con Ortoqueratosis
75	Varón	Recién Nacido a término	No	Ictiosis Vulgar	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes	Buen control, Dermatitis atópica	No	No
84	Varón	Recién Nacido a término	Si	Ictiosis Vulgar	Xerosis y descamación generalizada	No	Emolientes	Buen control, Dermatitis atópica	No	Acantosis e hiperqueratosis

Leyenda tabla: RNPT:Recién nacido pretérmino ; RN: Recién nacido; ORL: Otorrinolaringología; STS: Sulfatasa Esteroidea

FENOTIPO CUTÁNEO SUBCLÍNICO EN PORTADORES HETEROCIGOTOS DE CARDIOMIOPATÍA ARRITMOGÉNICA CON MUTACIÓN DEL GEN DE LA DESMOPLAQUINA

Clara Amanda Ureña Paniego(1), Alberto Soto Moreno(1), Trinidad Montero Vílchez(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Pablo Díaz Calvillo(1), Jesús Tercedor Sánchez(1), Eva Cabrera Borrero(2), Francisco José Bermúdez Jiménez(2), Luis Tercedor Sánchez(2), Rosa Macías Ruiz(2), María Molina Jiménez(2), Francisco Javier Cañizares García(3), Eduardo Fernández Segura(3), Ángel Fernández Flores(4), Juan Jiménez Jáimez(2) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (2)Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (3)Departamento de Histología de la Universidad de Granada, Granada y (4)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital del Bierzo, León.

Antecedentes y objetivos: Las variantes genéticas que resultan en el truncamiento de la desmoplaquina son una causa conocida de miocardiopatía arritmogénica. Esta proteína también se encuentra en la piel y los portadores homocigóticos de esta variante pueden presentar alteraciones cardiológicas y cutáneas. Sin embargo, la afectación de la piel en los sujetos heterocigotos no está tan bien definida. El objetivo de este estudio es describir los hallazgos dermatológicos en portadores heterocigotos de cardiomiopatía arritmogénica con mutación del gen de la desmoplaquina.

Materiales y métodos: Doce pacientes con mutación del gen de la desmoplaquina fueron seleccionados en la Unidad de Cardiopatías Familiares de nuestro centro y sometidos a un examen cardiológico completo. Se midieron parámetros de función de barrera cutánea, como la pérdida de agua transepidermica, hidratación del estrato córneo, pH, temperatura cutánea e índices de eritema y melanina. El estudio de homeostasis cutánea se complementó con tricograma y biopsia de piel sana con análisis histológico, inmunohistoquímico y con microscopía electrónica de transmisión. Los resultados fueron comparados con los de controles sanos apareados por edad y sexo.

Resultados: Cuatro mujeres y ocho hombres con una edad media de 48 ± 14 años fueron incluidos en el estudio. No se encontraron hallazgos macroscópicos relevantes en la piel y cabello de estos pacientes. El estudio de homeostasis cutánea mostró una temperatura cutánea menor (29.56 vs. 30.97 °C, $p = 0.036$), así como una mayor pérdida de agua transepidermica (37.62 vs. 23.95 $\text{g}\cdot\text{m}^{-2}\cdot\text{h}^{-1}$, $p = 0.028$) en comparación con los controles. El análisis anatomopatológico de las biopsias cutáneas reveló la presencia de citoplasma estriado en los queratinocitos, hallazgo para el que nuestro grupo ha propuesto el término "signo de la huella digital". Asimismo, se observó un aumento del espacio intercelular y alargamiento de los puentes intercelulares. La inmunohistoquímica demostró una reducción marcada en la expresión de desmoplaquina en todas las muestras. En el tricograma se apreciaron nódulos regulares compatibles con pseudomolinetrix.

Conclusiones: Este estudio identifica la expresión de un fenotipo subclínico cutáneo en los pacientes heterocigotos para variantes genéticas del gen de la desmoplaquina.

USO DE DISPOSITIVO DE VIBRACIÓN PARA MEJORAR LA TOLERANCIA AL DOLOR EN INFILTRACIONES DERMATOLÓGICAS

Ángela del Espino Navarro Gilabert(1), Amalia Pérez Gil(1), María Belén Cívico Ruíz(1), Elena M. Rodríguez Rey(1), Carmen Victoria Almeida González(2) y Jerónimo Escudero Ordóñez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Unidad de Estadística. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El adecuado manejo del dolor en los pacientes que se someten a intervenciones dermatológicas es un problema importante presente a diario en la práctica clínica. Se pretende demostrar el efecto del uso de un dispositivo de vibración (DV) en infiltraciones cutáneas para reducir el dolor, basado en la teoría de la compuerta.

Materiales y métodos: Presentamos una cohorte de pacientes sometidos a cirugía dermatológica oncológica, infiltración de corticoides intralesionales por alopecia, entre otros. Se usó un DV en el lugar de tratamiento previo a la inyección, y en otra localización se realizó la infiltración sin activar el DV. Se recogieron características basales, tipo de procedimiento, patología y localización. El dolor, usando DV y sin él, se reportó mediante la Escala Visual Analógica (EVA), donde 0 indica ausencia de dolor y 10 refleja un dolor insoportable.

Resultados: Se recogieron un total de 24 pacientes, 11 mujeres y 13 hombres. Presentaron una edad media de 53.83 años. El 83.33% comunicó que el procedimiento dermatológico era más doloroso sin usar el DV que usándolo. Hubo una reducción media del 2.13 en la puntuación EVA de dolor con el DV encendido. Las escalas de dolor se compararon aplicando la prueba no paramétrica de Wilcoxon, tanto globalmente, como por localización según patología.

Conclusiones: En este estudio demostramos que la aplicación de un DV durante un procedimiento dermatológico puede ayudar a reducir el dolor asociado, con un resultado clínicamente y estadísticamente significativo.

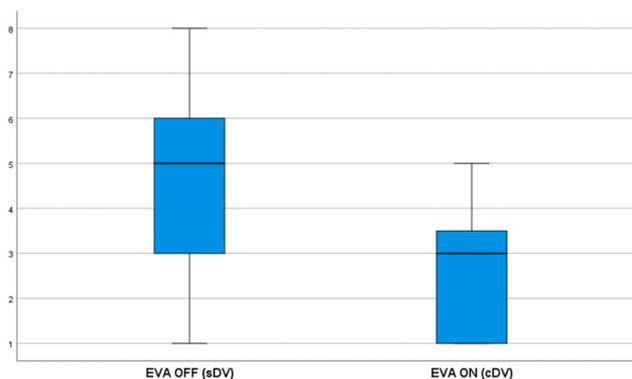


Gráfico comparativo de la puntuación EVA usando DV (EVA ON) y no (EVA OFF)

VIERNES 11 de marzo

CASOS CLÍNICOS

MODERADORES

Cristina Serrano Falcón, Hospital de Guadix, Granada.

Pablo Fernández-Crehuet Serrano, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

LEUCEMIA CUTIS EN UNA EMBARAZADA TRAS FECUNDACIÓN IN VITRO

Juan Manuel Morón Ocaña(1), Ana Isabel Lorente Lavirgen(1), José Manuel Masero Carretero(2), Beatriz Sagristá López(3) y Isabel María Coronel Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Hematología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla.

Mujer de 36 años, con endometriosis, que tras un proceso de estimulación ovárica y fecundación in vitro, que resultó en un embarazo normoevolutivo de 8 semanas en tratamiento con progesterona 600mg/día, consulta por lesiones cutáneas de varios días de evolución. Inicialmente fueron diagnosticadas como picaduras de insecto y posteriormente como reacción alérgica a progesterona. Debido a la progresión en número y tamaño de las lesiones cutáneas, acude a consulta de dermatología donde se observan: pápulas violáceas de consistencia pétreas de entre 5-10 mm en tronco, miembros y cara. Al retirarle la mascarilla se aprecia hipertrofia gingival, que inicialmente también se había relacionado con la toma de progesterona. Además, se objetiva una disnea a mínimos esfuerzos, que la paciente refiere notar desde hace una semana y que se relacionó con astenia del embarazo.

Ante la sospecha de hemopatía subyacente se derivó a urgencias y se solicitó analítica, frotis de sangre periférica y biopsia cutánea para descartar infiltración metastásica. Los resultados revelaron: hemoglobina 6,6g/dL, 19.000 plaquetas/ μ L y 356.090 leucocitos/ μ L con 318.780 monocitos/ μ L y 23.270 linfocitos/ μ L y 96% de células inmaduras en el frotis sanguíneo. A la espera del resultado de la biopsia, la paciente ingresó en servicio de hematología con sospecha de hemopatía. La biopsia cutánea mostró un infiltrado dérmico de hábito monocitoide compatible con leucemia cutis. Finalmente, se confirmó el diagnóstico de leucemia aguda mieloblástica con inversión del 16 y reordenamiento CBF-MYH11 y con mutación positiva en FLT3-ITD ratio bajo 0.03 y en ITK, considerándose una leucemia de riesgo bajo. Se informó del pronóstico de su proceso y de la necesidad de iniciar tratamiento con fármacos teratogénicos, por lo que tras el consentimiento informado se realizó un legrado uterino, y se inició poliquimioterapia intensiva. Aunque la relación de determinados procesos oncológicos tras tratamientos fecundación in vitro es controvertida, no existe evidencia en la literatura actual que demuestre su asociación a hemopatías.

En consecuencia, si bien pensamos que esta correlación ha sido casual, queremos resaltar la importancia del dermatólogo en el diagnóstico de procesos sistémicos graves, puesto que fueron las metástasis cutáneas el signo de alarma que permitió hacer un rápido diagnóstico del proceso leucémico.

LESIÓN ULCERADA Y DOLOROSA EN ESPALDA. EN BUSCA DEL DIAGNÓSTICO

Juan Pablo Velasco Amador(1), Álvaro Prados Carmona(1), David Moyano Bueno(1), Fátima Moreno Suárez(2) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada y (2)Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La radiodermatitis es una posible complicación producida por la radiación ionizante de procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia. Los procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia son numerosos e incluyen procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Se han descrito numerosos casos en la literatura cardiológica, ya que, la mayoría de los casos notificados de radiodermatitis se deben a procedimientos cardíacos, sin embargo, hay pocos casos descritos en la literatura dermatológica.

Casos clínicos:

Caso 1: Paciente varón de 53 años que acude por presentar una lesión maculosa con bordes bien definidos, infiltrada, muy dolorosa, con áreas de hiper e hipopigmentación que se localiza en la zona media de la espalda y de 8 meses de evolución. El paciente negó la colocación y aplicación de ningún tipo de apósito o crema sobre la zona. Si bien fue sometido a una intervención de quimioembolización 10 meses atrás.

Caso 2: Paciente varón de 57 años que acude por presentar una placa esclerodermiforme hiperpigmentada en región lumbar con zona central erosivo-costrosa con exudación y bordes indurados. Fue intervenido de embolización supraselectiva de arterial 15 días antes de la lesión con empeoramiento progresivo.

Discusión: La fluoroscopia es un procedimiento que no suele producir lesiones cutáneas, sin embargo, la complejidad, la frecuencia, la duración y las nuevas indicaciones de los procedimientos intervencionistas aumentan el riesgo para desarrollar radiodermatitis. El intervalo de tiempo desde la exposición a la radiación y el inicio de las lesiones es variable, clasificándose en función de ésta en radiodermatitis aguda, subaguda o crónica. El diagnóstico es complejo debido al desarrollo insidioso de las lesiones cutáneas, a su gran parecido clínico e histopatológico con otras alteraciones cutáneas y al desconocimiento de los especialistas de esta entidad, siendo por lo tanto una patología infradiagnosticada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no existe consenso para su tratamiento. Los tratamientos conservadores mediante curas locales pueden ser eficaces para la radiodermatitis no ulcerada. Sin embargo, en casos de ulceración suele ser necesario la realización de cirugía reconstructiva mediante colgajos o injertos de piel para promover la cicatrización de la herida.

LESIONES VULVARES EN MUJER DE EDAD AVANZADA

Carmen Tienza Fernández(1), Ricardo Juan Bosch García(1), Rosa María Castillo Muñoz(1), Gustavo Guillermo Garriga Martina(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.



Paget extramamario.

Introducción: La enfermedad de Paget extramamaria es una neoplasia intraepitelial de carácter agresivo que aparece en zonas ricas en glándulas sudoríparas apocrinas como la vulva, el periné, escroto, región perianal y axila. Es una enfermedad poco frecuente y de causa desconocida que en numerosas ocasiones está infra-diagnosticada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años sin antecedentes de interés para la patología que tratamos, que consulta por unas lesiones vulvares de 6 años de evolución, eczematosas, eritemato-infiltradas de bordes bien definidos, de aproximadamente unos 4 centímetros de diámetro. No se palpaban adenopatías locorregionales. La paciente solo refería ligero prurito en la zona. Ante esta clínica, se procedió a la toma de biopsia con el resultado de infiltración dérmica por adenocarcinoma con extensa invasión linfática de vasos dérmicos superficiales.

Las técnicas inmunohistoquímicas mostraron positividad para CK7, GATA-3 y EMA. Con ello, llegamos al diagnóstico de enfermedad de Paget. Tras lo cual se solicitó

estudio de extensión con colonoscopia y mamografía con resultado normal y Body-TC que evidenció múltiples adenopatías y metástasis viscerales. La paciente sufrió un rápido deterioro del estado general y acabó falleciendo antes del inicio de tratamiento oncológico.

Conclusiones: La enfermedad de Paget extramamaria es una neoplasia intraepitelial que tiende a la invasión de los ganglios linfáticos regionales. Su síntoma más frecuente es el prurito. El tratamiento inicial es la cirugía. La recurrencia es frecuente en los primeros dos años. El pronóstico es bueno cuando la enfermedad está localizada, pero la esperanza de vida a los cinco años disminuye mucho cuando esta está diseminada, como en nuestro caso. La enfermedad de Paget metastásica es poco frecuente pero implica mal pronóstico incluso cuando la respuesta primaria al tratamiento quimioterápico es buena. Por ello, es importante pensar en la posibilidad de enfermedad de Paget extramamaria desde el punto de vista clínico, pues la supervivencia, aumenta de forma considerable con un diagnóstico precoz.

Para ello, es indispensable el estudio anatomopatológico. Se debe insistir en descartar este tipo de neoplasia intraepitelial ante toda lesión vulvar eritemato-escamosa, pruriginosa o no y sin respuesta a tratamiento corticoideo.

DERMATOMIOSITIS, CUANDO LA PIEL AVISA

Delia Díaz Ceca(1), Damián Moreno Mesa(1), Miguel Juan Cencerrado(1), Irene Rivera Ruiz(1), César Guijarro Sánchez(1), Beatriz Baleato Gómez(1), Pablo Fernández-Crehuet Serrano(1), Manuel Galán Gutiérrez(1), Juan Luis Sanz Cabanillas(1), Alicia Sanz Zorrilla(1), Rafael Salido Vallejo(2) y Antonio José Vélez García-Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y (2)Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Caso clínico: Varón de 62 años, diabético e hipertenso, ingresado por episodio de tromboembolismo pulmonar izquierdo. En las pruebas de imagen realizadas durante su ingreso se detectó un nódulo mediastínico, retroesternal. Se extirpó dicha lesión y el estudio histológico de la misma concluyó que se trataba de un timoma tipo A.

De manera concomitante, comenzó con un cuadro de placas eritemato-descamativas y pápulas de Gottron en miembros superiores, tórax y dorso, además de capilares dilatados en región de cutícula ungueal.

El estudio histológico de una muestra de piel demostró la presencia de acantosis, papilomatosis y dermatitis de interfase. Del mismo modo, se detectaron ANAs a títulos de 1/640, patrón moteado fino, anti-MDA5 y anti-sp100 positivos, CPK y LDH normales. Dicho paciente, no refería sintomatología reumática, y, en el estudio electrofisiológico, no se encontraron alteraciones.

Por tanto, se realizó el diagnóstico de dermatomiositis amiopática paraneoplásica. Se procedió a tratamiento con glucocorticoides sistémicos en pauta descendente. Sin embargo, a los 6 meses del episodio, el paciente continuaba sin mejoría de la clínica cutánea, así como disnea de esfuerzos y febrícula vespertina. Se realizó TC torácico y se objetivó un patrón de neumatía intersticial no específica (NINE) y un patrón restrictivo leve en las pruebas de función respiratoria.

Se añadió al tratamiento Hidroxicloroquina 200 mg/día y bolos mensuales (durante 16 meses) de Ciclofosfamida 750 mg. Se produjo una mejoría cutánea completa y estabilización de la enfermedad pulmonar asociada.

Discusión y conclusiones: En torno a un 9,4% de los pacientes con dermatomiositis tiene un riesgo más elevado de desarrollar tumores. Las neoplasias asociadas más frecuentes son: cérvix, pulmón, ovario y mama. Sin embargo, en nuestro caso, encontramos una asociación poco habitual entre dermatomiositis y timoma.

A propósito del caso descrito anteriormente, se realizó una revisión de historias clínicas y un estudio descriptivo y analítico de las principales dermatomiositis paraneoplásicas diagnosticadas en nuestra Unidad desde el año 2015, encontrando resultados muy similares a lo descrito en la literatura: Edad promedio de diagnóstico de 67,5 años, tiempo hasta diagnóstico de la neoplasia de 8,67 meses, y las neoplasias más frecuentes fueron pulmón (50%) y mama (33,3%).

MUCOSITIS-DERMATITIS LINFOPLASMOCELULAR INDUCIDA POR COCAÍNA

Myriam Viedma Martínez(1), Irene Navarro Navarro(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), Ricardo Román Cheuque(1) y David Jiménez Gallo(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.



Mucositis-dermatitis linfoplasmocelular orificio nasal izquierdo inducida por cocaína

Caso clínico: Un varón de 60 años presentó inflamación en orificios nasales con crecimiento progresivo de una lesión pseudotumoral exudativa desde fosa nasal izquierda. Como antecedentes destacaba el uso intermitente y reciente de cocaína. A la exploración se observó placa de 2-3 cm, de superficie húmeda, de bordes rosados e infiltrados desde fosa nasal izquierda hacia labio superior. La lesión era asintomática y no presentó otra clínica sistémica.

El estudio analítico incluyendo serologías para VHB, VHC, VIH, rickettsia, lúes y leishmania fue negativo. El estudio de autoinmidad (ANA y ANCA) fue negativo. La biopsia cutánea mostró una epidermis con espongiosis y exocitosis de polimorfonucleares y eosinófilos. En dermis superficial y profunda destacaba un intenso infiltrado inflamatorio constituido predominantemente por células plasmáticas maduras con presencia de eosinófilos y células inflamatorias agudas. Las células plasmáticas poseían expresión policlonal de cadenas kappa y lambda y con un índice de expresión IgG4/IgG inferior al 20%. Las técnicas de PAS y bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) no revelaron la presencia de estructuras micóticas ni BAAR. El cultivo y PCR de exudado y de biopsia fue negativo para cualquier microorganismo, incluyendo leishmania. No se realizaron pruebas radiológicas por rechazo del paciente. Con todo ello, realizamos el diagnóstico de mucositis-dermatitis linfoplasmocelular inducida por cocaína. Las lesiones remitieron completamente con el uso de corticoides sistémicos y tópicos, así como con la evitación de la cocaína.

Discusión: La mucositis-dermatitis linfoplasmocelular idiopática es un trastorno proliferativo policlonal benigno de células plasmáticas de etiología desconocida. Las mucosas más frecuentemente afectadas son las de vía aérea superior y genital. Agentes irritativos crónicos se han relacionado como posibles desencadenantes de esta entidad. Clínicamente se presenta desde una mucosa eritematosa hasta formas nodulares de superficie papilomatosa y edematosa. Su diagnóstico diferencial incluye procesos infecciosos (como leishmania) o sistémicos (como la plasmocitosis sistémica, enfermedad de Castleman o enfermedad por IgG4). El uso de inmunosupresores es la base de su manejo, siendo de primera elección el corticoide. Presentamos un caso clínico de mucositis-dermatitis linfoplasmocelular inducida por cocaína.

LESIONES AMPOLLOSAS ACRALES EN PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B

María Dolores Benedicto Maldonado(1), Gustavo Guillermo Garriga Martina(1), Alberto Andamoyo Castañeda(1), Pilar Luque Varela(1), Norberto López Navarro(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.



Lesiones ampollosas y erosiones

Introducción: Schultz describió el primer caso de un varón con fotosensibilidad cutánea y orinas rojas en 1874. Günther realizó la primera clasificación de las porfirias en 1911, y en 1937 se introdujo el término de porfiria cutánea tarda (PCT).

Resumen: Mujer de 66 años con antecedentes de Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B, estadio IV-B, en tratamiento con terapia CARTs en respuesta metabólica completa, politransfundida. Acudió para valoración de lesiones cutáneas ampollosas, erosiones en dorso de manos y pies e hiperpigmentación facial. Ante sospecha de cuadro pelagroide o porfiria se solicitó analítica con vitamina B3, estudio de porfirinas y biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa (IFD).

La analítica mostró una B3 normal, ferritina de 4402 y transaminas elevadas. Las porfirinas en orina arrojaron valores muy superiores al límite de la normalidad. La biopsia mostró hallazgos sugestivos de porfiria; con depósitos de IgG en la IFD a nivel de vasos de la dermis superficial. Ante esto se llegó al diagnóstico de PCT. Se realizó estudio de virus hepatotropos y estudio genético de hemocromatosis con resultados negativos. Se realizó tratamiento con Deferasirox y flebotomías, consiguiendo mejoría de lesiones cutáneas y suspensión del tratamiento al alcanzar una ferritina de 100 ng/mL.

Conclusión: La PCT es el tipo de porfiria más común, existiendo una forma familiar y otra esporádica. Se caracteriza por lesiones ampollosas, erosiones y costras en el dorso de las manos, asociado a fotosensibilidad, hipertricosis e hiperpigmentación. En la forma adquirida, situaciones como sobrecarga férrica, alcohol, tratamiento estrogénico, infecciones por VHB, C o VIH, provocan un aumento del estrés oxidativo hepático y acumulación de porfirinas, responsables de la clínica. El diagnóstico es clínico y analítico con elevación de porfirinas principalmente en orina. La biopsia es inespecífica aunque apoya el diagnóstico (ampollas subepidérmicas con pocas células, depósito de material PAS-positivo en vasos de dermis superior y depósito de IgG y complemento en la IFD).

Es importante en pacientes politransfundidos el control exhaustivo del perfil férrico, para evitar un acúmulo excesivo que pueda derivar en complicaciones como la aparición de PCT. Además sería conveniente observar la posible asociación de PCT en otros pacientes con terapia CART-cell.

OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL Y UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA: LA GRAN SIMULADORA

Miguel Lova Navarro(1), Rocío Hernández Clares(2), José Antonio Ruiz Maciá(3), Belén Ferri Níguez(3), María Eulalia García Solano(3), Francisca Velázquez Marín(4), Adelaida León Hernández(4), Tomás Enrique Rodríguez Locarno(5), Tatiana Moreno Monsalve(5), Marta Segado Sánchez(1), José Juan Parra García(1), Esther García Martínez(1), Ana Mercedes Victoria Martínez(1), Ana López Mateos(1), Teresa Martínez Menchón(1), Raúl Corbalán Vélez(1), José Francisco Frías Iniesta(1) y Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Neurología, (3)Servicio de Anatomía Patológica, (4)Servicio de Radiodiagnóstico y (5)Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Descripción del caso: Varón de 35 años que comienza con cefalea hemisférica derecha progresiva asociada a lagrimeo que requiere ingreso hospitalario, iniciándose tratamiento con verapamilo y oxígeno a alto flujo, ante el diagnóstico de presunción de cefalea trigémino-autonómica. Durante el ingreso aparece un exantema cutáneo tenue en tronco que se atribuye a verapamilo. Posteriormente la cefalea se intensifica con dolor a punta de dedo en región occipital y frontal por el que se realiza TAC y RMN de cráneo encontrando lesiones líticas múltiples en calota, tomando biopsia de lesión lítica occipital y encontrando un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario reactivo. En PET-TAC de cuerpo entero se aprecia incremento metabólico en adenopatías supra e infradiaphragmáticas, en lesiones óseas líticas múltiples y en engrosamiento del recto medio. En la colonoscopia encontramos una mucosa rectal con lesiones granulares, tomando biopsia y observándose un infiltrado linfoplasmocitario transmural. Se realiza interconsulta al servicio de dermatología ante la persistencia del exantema cutáneo.

Exploración: Apreciamos máculas eritematosas dispersas en tronco, siendo más llamativas a nivel de flancos, respetando palmas y plantas.

Juicio Clínico: Ante la sospecha de Roseola sífilítica nos planteamos la posibilidad de que *Treponema pallidum* sea responsable de las lesiones líticas óseas, las poliadenopatías y la afectación rectal, ya que existía infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario reactivo tanto en la biopsia ósea como en la rectal.

Pruebas complementarias: Serología CLIA + y RPR + 1/32 confirmando infección activa por *T. pallidum* y técnica de inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema positiva tanto en la biopsia de la calota como en la rectal.

Diagnóstico: Osteomielitis multifocal en paciente con sífilis secundaria.

Comentario final: La afectación ósea se observa predominantemente en sífilis terciaria y sífilis congénita, siendo infrecuentes los casos descritos durante sífilis secundaria. Su diagnóstico es importante ya que puede ocasionar la destrucción y deformidad de huesos, provocando desde trastornos funcionales hasta la muerte secundaria a sepsis.

Bibliografía:

- Alessandro L, Camporro JP, Arakaki N, Orellana N, Mora CA. Lesión osteolítica de calota por sífilis secundaria. Rev Chilena Infectol 2016; 33(2): 232-6.

FIEBRE Y NÓDULOS DOLOROSOS RECURRENTES: VUELTA A LOS CLÁSICOS

Álvaro Prados Carmona(1), Juan Pablo Velasco Amador(1), David Moyano Bueno(1), Francisco Javier de la Hera Fernández(2) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La lepra está causada por bacterias del complejo *Mycobacterium leprae*. Anualmente se siguen reportando >200.000 casos en el mundo y las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, dependiendo de la capacidad del huésped para desarrollar una respuesta de la inmunidad adquirida frente a la infección. Además de las manifestaciones cutáneas y neurológicas pueden aparecer complicaciones inmunológicas conocidas como leproreacciones.

Caso clínico: Mujer de 33 años, natural de Colombia, cuyos únicos antecedentes de interés eran asma y un episodio de artritis dos años atrás. Consultó por aparición recurrente de masas axilares dolorosas de 5 meses de evolución, junto con fiebre y leucocitosis. Posteriormente se acompañó de alopecia difusa, cefalea, náuseas, artralgias y mareos, así como la aparición de pápulas y nódulos dolorosos en extremidades, torso y espalda. Dado el deterioro del estado general de la paciente se decidió su ingreso hospitalario hasta en dos centros y se solicitó analítica con serologías, pruebas de imagen y biopsia de las lesiones cutáneas. El cuadro mejoró temporalmente con prednisona, hidroxiquina y distintos ciclos de antibioterapia. En la biopsia cutánea se detectó gran cantidad de bacilos de *Mycobacterium leprae* junto con polimorfos nucleares superpuestos a inflamación crónica, compatibles con eritema nodoso leproso. El cuadro fue etiquetado de reacción hiperinmune tipo 2, pautándose tratamiento con corticoides, metotrexato y clofazimina con buena evolución.

Discusión: Las leproreacciones se definen como cambios súbitos en el estado clínico de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Hansen. Clásicamente se han definido 2 tipos de leproreacciones, la de tipo 1 y la tipo 2. En la tipo 2 aparecen nódulos inflamatorios dolorosos (eritema nudoso leproso), áreas necróticas (fenómeno de Lucio) o placas similares al eritema multiforme. Dado la variabilidad de las lesiones, en pacientes no diagnosticados previamente de lepra, los fenómenos de leproreacción pueden ser confundidos con otras entidades, como sarcoidosis o eritema multiforme. El diagnóstico debe sospecharse ante lesiones cutáneas crónicas no respondedoras a tratamiento convencional, especialmente en viajeros internacionales, y se beneficia de un abordaje multidisciplinar, así como de técnicas de secuenciación y estudio histopatológico de biopsias cutáneas.

INFECCIÓN PROFUNDA DE PARTES BLANDAS TRAS "TURISMO MÉDICO". UNA ENTIDAD EMERGENTE

Damián Moreno Mesa(1), Beatriz Baleato Gómez(1), Delia Díaz Ceca(1), Miguel Juan Cencerrado(1), César Guijarro Sánchez(1), Irene Rivera Ruiz(1), Juan Luis Sanz Cabanillas(1), Manuel Galán Gutiérrez(1) y Antonio José Vélez García-Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Las micobacterias atípicas son microorganismos que pertenecen al grupo de las micobacterias y que no corresponden a las especies *Mycobacterium tuberculosis* ni *Mycobacterium leprae*. Constituyen un grupo heterogéneo de patógenos ambientales que pueden producir una gran diversidad de patologías, incluidas afectación de piel y partes blandas.



Abscesos glúteos micobacteria atípica

Presentamos el caso de una mujer de 22 años de edad derivada desde urgencias por lesiones en región glútea de evolución tórpida. No tenía antecedentes de interés. En el interrogatorio dirigido afirmó viaje a Méjico 30 días antes para una intervención de cirugía estética.

A la exploración, se apreciaba extensa lesión profunda en glúteo derecho, eritematosa y dolorosa al tacto, con varias aperturas superficiales que drenaban exudado purulento. En glúteo izquierdo mostraba lesión eritematocostrosa más superficial.

Ante la sospecha de abscesos múltiples/celulitis de región glútea, se decidió toma de cultivo del exudado, se solicitó resonancia magnética pélvica para valorar extensión y se inició tratamiento empírico con metronidazol y antiinflamatorios.

La prueba de imagen mostró la existencia de abscesos profundos en ambos glúteos, alguno de ellos de hasta 3 cm de diámetro mayor. En el cultivo creció un *Mycobacterium abscessus* subsp *abscessus*, con patrón de resistencia múltiple en el antibiograma. En este momento se ingresó a cargo del servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital para tratamiento antibiótico intravenoso con tedizolid, amikacina e imipenem y oral con moxifloxacino. Durante el ingreso requirió desbridamiento quirúrgico de partes blandas y además sufrió complicaciones derivadas del tratamiento en forma de polineuropatía sensitivo-motora de miembros inferiores. El ingreso duró aproximadamente 3 meses y la paciente recibió el alta con antibioterapia domiciliaria.

M. Abscessus es un patógeno emergente en países desarrollados perteneciente al grupo de MBNT, que puede ocasionar enfermedad sistémica y especialmente patología cutánea, siendo las infecciones de piel y partes blandas que no responden a antibioterapia habitual su forma de presentación clínica más frecuente. En los últimos años se han informado cada vez más casos de infecciones por este microorganismo tras desplazamientos para "turismo médico", por lo que creemos necesario conocer las características y peculiaridades de este tipo de infecciones.

ÚLCERAS CRANEOFACIALES UNILATERALES: ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Fátima G. Moreno Suárez(1), Ildefonso Labrot-Moreno Moleón(2), Cristina Garrido Colmenero(1), Pedro Aceituno Madera(1) y Virginia Barranco Millán(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario de Jaén.



Úlceras múltiples en hemicara derecha y región derecha de cuero cabelludo

Mujer de 58 años remitida por múltiples úlceras en el lado derecho de cara y cuero cabelludo de veinte meses de evolución, las lesiones asociaban prurito y disestesias. Hacia 2 años había sufrido un ictus isquémico en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha.

A la exploración presentaba una úlcera extensa en forma de media luna que afectaba a mejilla derecha, canto interno de ojo derecho y área medial frontal derecha, asociando destrucción parcial del ala nasal derecha y erosiones superficiales en labio superior e inferior derechos. Destacaba una notable inflamación del párpado superior derecho sin posibilidad de apertura ocular y una úlcera de 7x5 cm en región frontoparietal derecha de cuero cabelludo con alopecia secundaria .

El examen neurológico reveló hipo-anestesia en la zona del nervio trigémino derecho y en la exploración oftalmológica destacaba ptosis palpebral, enoftalmos y miosis. La biopsia cutánea fue inespecífica y los cultivos negativos. La resonancia magnética facial mostraba cambios reactivos de los tejidos blandos del macizo facial derecho, especialmente en párpado superior derecho. Ante estos hallazgos y habiendo descartado otras entidades, se realizó el diagnóstico de Síndrome Trófico del Trigémino (STT) con síndrome de Claude-Bernard-Horner asociado. La paciente siguió tratamiento con curas oclusivas y carbamazepinal oral con notable mejoría de las lesiones.

El STT es una causa infrecuente pero importante de ulceración crónica unilateral facial y de cuero cabelludo producida por la lesión del nervio trigémino debido a causas iatrogénicas, accidentes cerebrovasculares en el territorio vertebrobasilar, tumores o infecciones, lo que provoca parestesias y manipulación repetida de las áreas afectadas.

El diagnóstico diferencial incluye neoplasias, infecciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades granulomatosas y dermatitis facticia. Es importante el reconocimiento y diagnóstico precoz del SST para evitar la progresión de las lesiones y complicaciones mutilantes. El tratamiento es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar.

SÍNDROME DE DÉFICIT DE ANTICUERPOS ASOCIADOS A FOSFOLIPASA C GAMMA 2 Y DISREGULACIÓN DEL SISTEMA INMUNE CON FENÓMENOS AUTOINFLAMATORIOS

Ana Serrano Ordóñez(1), José Antonio Llamas Carmona(1), María Dolores Fernández Ballesteros(1), Juan María García Hirschfeld García(2), Ángel Vera Casaño(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga.



Granulomas anulares plantares.

Los síndromes autoinflamatorios son un grupo de enfermedades emergentes y heterogéneas en continuo estudio y desarrollo en la actualidad. La edad pediátrica es el periodo habitual de presentación de los primeros síntomas y signos.

Se presenta el caso de un varón, recién nacido pretérmino a las 32 semanas de gestación, en un parto gemelar. Desde el nacimiento, presentaba pápulas y placas eritematosas en escroto, zona perianal, palmas y plantas. Estas lesiones evolucionaron a vesículas, pústulas y costras, con formación de úlceras superficiales.

Se realizó una biopsia cutánea en la que se objetivó un infiltrado granulomatoso intersticial en dermis superficial, con una zona central de degeneración colágena y neutrófilos. Los histiocitos periféricos formaban granulomas en empalizada y se observaron aisladas células gigantes, asociados a micropústulas subepidérmicas. El material de degeneración colágena se eliminaba a través de canales foliculares.

Entre sus pruebas complementarias, destaca en un estudio inmunológico realizado a los 3 meses una disminución en el número y función de las células T. No se realizó estudio de inmunoglobulinas. El resto de pruebas (hemograma, bioquímica, serologías y radiografía de tórax) fueron normales.

Durante el ingreso, el paciente presentó varias infecciones graves con septicemia y meningitis bacteriana, falleciendo a los 5 meses de vida. No se realizaron más estudios postmortem.

El síndrome APLAID (déficit de anticuerpos asociados a PLCG2 y disregulación del sistema inmune con fenómenos autoinflamatorios) es una enfermedad autoinflamatoria monogénica, que se caracteriza por la aparición temprana de lesiones inflamatorias asépticas cutáneas, articulares y oculares, así como infecciones recurrentes por la disminución en la producción de anticuerpos.

Existen pocos casos descritos en la actualidad. Clínicamente, se caracteriza por la aparición de una erupción vesículo-ampollosa en el periodo neonatal y granulomas cutáneos, entre otras afectaciones. Los hallazgos histológicos comunes son el infiltrado neutrofílico y patrón granulomatoso intersticial, con eliminación transepidérmica del material granulomatoso con degeneración del colágeno.

Con este caso, se pone de manifiesto la importancia de la clínica cutánea para la identificación de trastornos sistémicos, como los síndromes autoinflamatorios.

SÁBADO 12 de marzo

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN II

MODERADORES

Patricia Contreras Ferrer, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Javier del Boz González, Hospital Regional Universitario de Málaga

EXPERIENCIA DEL USO DE MOGAMULIZUMAB EN NUESTRA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

Gonzalo Gallo Pineda(1), Irene Navarro Navarro(1), Alicia Jiménez Antón(1), Isabel Villegas Romero(1) y David Jiménez Gallo(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal contra CCR4 indicado para el tratamiento de pacientes adultos con micosis fungoide (MF) o síndrome de Sézary (SS) que han recibido un tratamiento sistémico previo. En este trabajo presentamos una serie de pacientes tratados con mogamulizumab en nuestra unidad de Dermatología (Tabla 1).

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes de nuestra unidad en tratamiento con mogamulizumab. De estos pacientes se recogieron: sexo, edad, enfermedad y estadio, tratamientos previos, respuesta clínica, infusiones, tiempo hasta respuesta, supervivencia libre de progresión (SLP) y reacciones adversas al medicamento (RAM).

Resultados: Nuestra serie la compusieron 4 pacientes: 2 hombres y 2 mujeres con una media de edad de $58,8 \pm 20,1$ años. Las indicaciones de tratamiento con mogamulizumab fueron 2 SS, 1 MF clásica y 1 MF foliculotropa. Todos los pacientes presentaban una alta carga tumoral en sangre (B2) en ausencia de afectación visceral (M0). Respecto a la afectación ganglionar, 2 pacientes no presentaban (N0 - estadio IVA1) y 2 presentaban afectación grave (N3b - estadio IVA2). Los tratamientos sistémicos previos más empleados fueron metotrexato, bexaroteno y brentuximab.

Las pacientes 1 y 2 obtuvieron una respuesta completa cutánea y sanguínea, con una SLP de 19 y 6 meses respectivamente.

El paciente 3 presentó estabilización clínica con una SLP de 2 meses hasta progresión cutánea y sanguínea.

El paciente 4 mostró una respuesta parcial cutánea y ganglionar con una SLP de 6 meses hasta progresión sanguínea. Como RAM, se detectaron tres linfopenias grado I y una neutropenia afebril grado IV. Las primeras se resolvieron pausando el tratamiento. La segunda requirió además tratamiento con filgrastim. Todas se recuperaron sin secuelas.

Discusión y conclusiones: En esta serie empleamos mogamulizumab para tratar pacientes con MF/SS refractarios con alta carga tumoral en sangre (B2). En nuestra experiencia, las respuestas clínicas más satisfactorias y mantenidas se han obtenido en mujeres de edad avanzada, en ausencia de enfermedad ganglionar, y de forma independiente al grado de afectación cutánea. Es necesario monitorizar al paciente de forma estrecha por la posibilidad de RAM potencialmente graves, principalmente de carácter hematológico.

Tabla 1. Serie de 4 pacientes con MF/SS tratados con mogamulizumab.

Sexo, edad	Enfermedad, estadio	Tratamientos sistémicos previos	Respuesta				THR (s)	SLP (m)	RAM	Discontinuación
			T	N	M	B				
M, 78	SS, IVA1 (T4N0M0B2)	MTX, BXT	RC	NI	NI	RC	6	19	Linfopenia grado I, Neutropenia grado IV	Sí (RC)
M, 74	MF clásica, IVA1 (T2bN0M0B2)	MTX, BXT, BRT	RC	NI	NI	RC	6	6	-	No
V, 44	SS, IVA2 (T4N3bM0B2)	MTX, BXT, BRT	P	EE	NI	P	-	2	Linfopenia grado I	Sí (P)
V, 39	MF foliculotropa, IVA2 (T2N3bM0B2)	MTX, BXT, BRT	RP	RP	NI	P	8	6	Linfopenia grado I	Sí (P)

THR: tiempo hasta respuesta; SLP: supervivencia libre de progresión; RAM: reacciones adversas al medicamento; SS: síndrome de Sézary; MF: micosis fungoide; MTX: metotrexato; BXT: bexaroteno; BRT: brentuximab; RC: respuesta completa; RP: respuesta parcial; EE: enfermedad estable; P: progresión; NI: no involucrado.

CRITERIOS DE INDICACIÓN PARA CIRUGÍA MICROSCÓPICAMENTE CONTROLADA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Francisca Silva Clavería(1), Álvaro Sánchez Leiro(1), Andrés Ruiz de Casas(1), Almudena Fernández Orland(1), Noemí Eiris Salvado(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La cirugía controlada al microscopio (CCM) representa una opción terapéutica óptima para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), tanto como para garantizar una resección completa, así como también lograr el máximo ahorro de tejido sano. El acceso a la CCM está habitualmente limitado debido a recursos técnicos y humanos. Por ello, es fundamental una selección apropiada de los pacientes.

Objetivo: Identificar criterios de selección para la recomendación de CCM como tratamiento de pacientes con CCNM en un servicio de dermatología de un hospital regional público.

Material-método: Estudio de cohorte transversal sobre una muestra de pacientes con CCNM intervenidos quirúrgicamente durante el período 2015-2019 mediante cirugía controlada al microscopio. Los pacientes incluidos presentaban CCNM valorado en sesión de toma de decisiones por algún criterio de riesgo quirúrgico, clínico o anatómico. Las variables de estudio registradas fueron demográficas (edad, sexo), clínicas (localización, tipo de tumor, recidiva o persistencia, definición de bordes, tamaño tumoral, tipo de cirugía, procedimiento de reconstrucción, estado funcional del paciente y procedimiento anestésico). Como variables de resultado se identificaron aquellos factores predictores independientes de indicación de CCM mediante árbol de clasificación siguiendo la metodología de CHAID exhaustivo.

Resultados: Durante el período de estudio un total de 250 pacientes con carcinoma de células basales o de células escamosas fueron presentados a comité de valoración de CCM. Del total de pacientes valorados se decidió y realizó cirugía controlada al microscopio en el 46,0% (n=115). El árbol de clasificación CHAID exhaustivo identificó la presencia de bordes clínicamente mal definidos ($p > 0,0001$, Chi 91,47) como la principal determinante en la toma de decisiones seguido por la recurrencia o persistencia ($p > 0,0001$, Chi 52,3).

Conclusiones: Los resultados observados en este estudio respaldan la aplicación de criterios para la indicación de CCM que incorporan aspectos quirúrgicos y de riesgo oncológico, diferentes a los criterios de uso adecuado de cirugía de Mohs disponibles en la literatura.

5 TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTES CON MELANOMA: NUESTRA EXPERIENCIA

Irene Navarro Navarro(1), Isabel Villegas Romero(1), María Teresa Fernández Morano(1), David Jiménez Gallo(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes y objetivos: En los últimos años se ha aprobado el uso de varios agentes terapéuticos para melanoma avanzado. El objetivo fue describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con melanoma tratados con inmunoterapia y terapia diana en nuestra unidad.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con melanoma que recibieron tratamiento sistémico en nuestra unidad, desde mayo de 2019 a febrero de 2022.

Resultados: Se reclutaron un total de 25 pacientes. La proporción mujer: hombre fue del 56% vs. 44%. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 62 años. Los subtipos histológicos fueron nodular (52%), melanoma de extensión superficial (24%) y otros (24%). 24 pacientes recibieron tratamiento con inmunoterapia con indicación de adyuvancia en estadio III o IV resecaado. El 71% recibieron tratamiento con Pembrolizumab 200mg cada 3 semanas y el 29% con Nivolumab 240mg cada 2 semanas o 480mg mensuales. Únicamente 2 pacientes requirieron suspensión de la inmunoterapia por toxicidad grave, recibiendo posteriormente tratamiento con otro inhibidor de PD-1 (si BRAF no mutado) o terapia diana (si BRAF mutado). 2 pacientes presentaron progresión del melanoma durante la adyuvancia, por lo que se cambió el tratamiento a terapia diana.

Cinco pacientes recibieron tratamiento con Dabrafenib y Trametinib, de los cuales 3 lo hicieron como primera línea sistémica en melanoma IIIc o IIId irresecaable. Los otros 2 pacientes lo recibieron como segunda línea tras progresión y por efecto inmunomediado grave respectivamente. En 4 de los 5 pacientes se consiguió un rescate quirúrgico con márgenes libres de enfermedad tras obtenerse una respuesta radiológica recist 1.1. parcial. La respuesta patológica tras analizar la pieza quirúrgica fue completa en 3 pacientes y parcial en 1 paciente.

Del total de pacientes, uno falleció por progresión y otro falleció por otra causa. El resto se mantienen libres de enfermedad en el momento actual.

Conclusiones: Presentamos una serie de 25 pacientes con melanoma tratados con inmunoterapia y/o terapia diana a lo largo de casi tres años de experiencia en nuestra unidad. Destacamos la eficacia de estos fármacos para el melanoma avanzado y la importancia de su manejo por parte del dermatólogo.

LA IMAGEN TERMOGRÁFICA DE NUESTRA PIEL ES ALTERABLE CON LA APLICACIÓN DE DIFERENTES FÓRMULAS GALÉNICAS DE USO TÓPICO

José Aguilera Arjona(1), Ali El Houssaini(1), Enrique Navarrete de Gálvez(1), Francisco Soto Lara(1), Enrique Herrera Ceballos(1) y M^a Victoria de Gálvez Aranda(1) de (1)Universidad de Málaga, Málaga.

Antecedentes: Durante la pandemia del COVID se han utilizado diferentes estrategias de control de movilidad de población para evitar la diseminación del SARS-Cov-2. La termografía facial se ha extendido como herramienta de rápida detección para el cribaje masivo de población en zonas de tránsito (p.e. zonas aeroportuarias) por cambios en la temperatura corporal de los potenciales pacientes. No se sabe si la aplicación de sustancias tópicos (fotoprotectores y otros cosméticos) podría afectar los resultados de dicha lectura termográfica.

Objetivos: Analizar los cambios térmicos cutáneos tras el uso de cosméticos, con especial atención en la respuesta térmica de la piel a corto plazo.

Material y métodos: Se diseñó un protocolo experimental para realizar la caracterización térmica de la piel de la región dorsal de la espalda y la de la cara de 20 pacientes y se registró el cambio de temperatura tras la aplicación de 6 tipos diferentes de geles, fotoprotectores y maquillajes en laboratorio con temperatura y humedad controladas. Las lecturas termográficas se realizaron con cámara térmica FLIR T540 de alta resolución que disponía de software de análisis de imagen para el cálculo de temperatura en piel tratada y comparada con piel libre de productos tópicos.

Resultados: La aplicación del Gel Hidroalcohólico en la espalda dio lugar a una bajada de $-2.184\text{ }^{\circ}\text{C}$ justo 1 minuto tras su aplicación seguida por descenso de entre 1.1 y $1.7\text{ }^{\circ}\text{C}$, por fotoprotectores. Se observó una recuperación térmica de manera progresiva y sostenida hasta el minuto 9. La fórmula tópica tipo maquillaje con color, rico en óxido de hierro (que podía ser un reflector de energía infrarroja) no tuvo efecto ninguno en el patrón térmico cutáneo.

Conclusiones: Es posible alterar la lectura térmica de la piel de forma casi inmediata mediante uso de geles hidroalcohólico y otros cosméticos tipo fotoprotectores. Dichas disminuciones de temperatura pueden significar hasta un descenso de 2 grados centígrados por lo que personas en tránsito que podrían cursar la enfermedad podrían dar lugar a falsos negativos en lectura térmica nada más que por el uso de cosméticos en cortos períodos de tiempo.

HUMANIZACIÓN EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA: ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS?

María Belén Cívico Ruiz(1), Ángela Navarro Gilabert(1), Juan Manuel Morón Ocaña(1), Carmen Victoria Almeida González(1), Rocío Romero Serrano(2) y Isabel María Coronel Pérez(1) de (1)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla y (2)Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Bormujos, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: La humanización en salud es un concepto complejo en el que se ha profundizado en los últimos años en distintos ámbitos de la medicina. Sin embargo, existe poco descrito en dermatología. El objetivo del presente estudio es conocer el estado de la humanización en oncología cutánea en consultas externas y en cirugía ambulatoria en el Área Sanitaria Sur de Sevilla.

Materiales y métodos: Estudio observacional a través de encuestas usando el Índice de satisfacción con la Humanización (ISH), en una población de estudio de pacientes oncológicos cutáneos intervenidos en los últimos 5 años, que acuden a revisión entre diciembre 2021 y febrero 2022. Se lleva a cabo un análisis descriptivo, examinando también diferencias según sexo, edad, tipo de tumor y localización.

Resultados: Se obtuvo un ISH del 89,18% en consulta y del 92,3% en cirugía, porcentajes ligeramente superiores a los recogidos en un estudio realizado por el servicio de salud pública de Madrid. Los pacientes con melanoma presentaron mayores índices de satisfacción que los pacientes con carcinoma basocelular (CBC), especialmente en la información recibida sobre opciones de tratamiento (0% no satisfechos en melanoma vs 20% en CBC, $p=0,033$). Los pacientes con tumor de localización corporal presentaron mayor satisfacción que los faciales en ítems como la dedicación y tiempo de médico y enfermero en quirófano (0% no satisfechos en corporal vs 16,7% en facial, $p=0,033$)

Conclusiones: Los pacientes oncológicos cutáneos están satisfechos respecto a la humanización de la asistencia sanitaria recibida en dermatología, si bien existen algunas dimensiones susceptibles de mejora en la práctica diaria.

EFFECTIVIDAD DEL ACCESO A LA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA MEDIANTE TELECONSULTA FRENTE AL ACCESO PRESENCIAL EN DERMATOLOGÍA GENERAL

Luis Acacio Ortega Berbel(1), Begoña Ruz Portero(1), José Pablo Tirado Pérez(1), Irene García Morales(1), Teresa Ojeda Vila(1), Amalia Serrano Gotarredona(1), M^a Dolores Conejo-Mir Vázquez(1), Ana Isabel Sánchez del Campo(1), Noemí Eirís Salvado(1), José Manuel de la Torre García(1), Almudena Fernández Orland(1), Andrés Ruiz de Casas(1), Ana M^a Carrizosa Esquivel(1), Lara Ferrándiz Pulido(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La tele dermatología diferida ha demostrado efectividad en el acceso del paciente con lesiones pigmentadas y sospechosas de cáncer de piel. Durante los últimos años, las unidades de dermatología han incorporado la tele dermatología para la primera atención de pacientes con cualquier tipo de problema dermatológico.

Objetivo: Analizar los resultados en cuanto a efectividad de la teleconsulta como herramienta de selección de pacientes candidatos a consulta presencial en un servicio de dermatología.

Material-método: Estudio longitudinal retrospectivo comparativo sobre pacientes remitidos para primera visita mediante teleconsulta o consulta presencial en la Unidad de Dermatología durante el mes de Octubre de 2021. Como variables de estudio se registró información demográfica (edad, sexo, centro de salud), motivo de consulta, diagnóstico dermatológico, fechas de atención en sala digital y presencial, decisión clínica. Como variables de resultado se analizaron los tiempos de respuesta en cada procedimiento de acceso, la casuística, las decisiones emitidas y la ratio maligna:benigna.

Resultados: Durante el período de estudio se reclutaron un total de 982 pacientes (10% en grupo de acceso mediante teleconsulta y 90% en acceso convencional), con una edad media de 58,9 años y 43,8 años respectivamente ($p<0,05$).

El tiempo de respuesta medio para consulta presencial en la Unidad de Dermatología fue de 38,2 días en el grupo de acceso mediante teleconsulta y de 72,9 días en el modelo de acceso convencional ($p<0,05$).

En cuanto a la decisión en consulta presencial, la frecuencia de altas fue significativamente superior en el grupo de acceso convencional (54,4% vs 35,7%). La frecuencia de pacientes que no acudieron a la consulta presencial fue significativamente superior en el grupo de acceso convencional (19,0% vs 8,2%). En cuanto a categorías diagnósticas, los tumores malignos representaron el 28,6% de las consultas presenciales en el modelo de acceso a través de teleconsulta frente al 9,0% en el modelo de acceso convencional, lo que representa una ratio de maligna:benigna de 3,5 y 11,1, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados observados respaldan el papel de la teleconsulta como modelo de acceso al servicio de dermatología por la capacidad de selección de pacientes candidatos a consulta presencial en el servicio de dermatología y los tiempos de respuesta que ofrece.

MIEDOS Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE DERMATOLÓGICO EN URGENCIAS: ESTUDIO CUALITATIVO Y DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alberto Soto Moreno(1), Clara Amanda Ureña Paniego(1), Trinidad Montero Vilchez(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Pablo Díaz Calvillo(1), Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Alejandro Molina Leyva(1), Antonio Martínez López(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes y objetivos: La presencia de alteraciones en la piel es un motivo frecuente de consulta en Urgencias ya que son cambios objetivos por el propio paciente. Sin embargo, la urgencia percibida por el paciente no se correlaciona siempre con la necesidad de atención médica preferente. El objetivo de este estudio es evaluar el perfil del paciente dermatológico atendido en urgencias y conocer sus miedos, expectativas y su grado de satisfacción con la atención.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes que asistieron a consulta de dermatología de urgencias de nuestro centro durante el periodo de octubre 2021 a enero de 2022. Cada paciente completó un cuestionario en el que se formulaban preguntas cortas referentes al motivo de consulta, miedos y expectativas con respecto al problema dermatológico, opinión sobre la figura del dermatólogo de guardia y satisfacción con la asistencia recibida. Las respuestas fueron transcritas, analizadas por temática, agrupándose los códigos para identificar los temas principales de cada pregunta. Además, los investigadores recogieron mediante formulario variables socio-demográficas, asistenciales y clínicas de cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes en el estudio, siendo un 53% (27/51) varones. El principal motivo de consulta fue el prurito, y el principal miedo la cronificación de su condición. Los pacientes valoraban especialmente la rapidez en la atención. El diagnóstico más frecuente a nivel individual fue el de escabiosis. La satisfacción con la asistencia fue elevada.

Conclusiones: Conocer al paciente dermatológico de urgencias, sus características más frecuentes, y sus miedos y expectativas, es de utilidad para mejorar la calidad asistencial. La figura del dermatólogo de urgencias se justifica en nuestro estudio por su capacidad resolutoria y la alta satisfacción de los pacientes con su asistencia.

TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO VULGAR REFRACTARIO A INMUNOSUPRESORES CLÁSICOS MEDIANTE EL USO DE RITUXIMAB, SERIE DE SIETE CASOS

Sara Merino Molina(1), Jorge Alonso Suárez Pérez(1), Marisol Contreras Steyls(1), Carmen Pérez Ruiz(1), Ricardo J. Bosch García(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Antecedentes y objetivos: El pénfigo vulgar es una enfermedad caracterizada por ampollas intraepidérmicas inducidas por autoanticuerpos, cuyo tratamiento incluye corticoides orales e inmunosupresores clásicos. En caso de afectación grave refractaria, se plantea el uso de rituximab (RTX), anticuerpo monoclonal anti-CD20, para la depleción de células B. En este estudio valoramos nuestra experiencia clínica en el tratamiento del pénfigo vulgar con RTX.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que incluye pacientes con pénfigo vulgar moderado o grave tratados con RTX tras refractariedad a inmunosupresión clásica.

Se incluyen siete pacientes, con edad media de 53 años, el 57% (4/7) fueron mujeres y el 43% (3/7) varones.

El tiempo medio de evolución fue de 113.7 meses.

El 71% (5/7) tenía afectación cutánea, el 43% (3/7) en cuero cabelludo, el 86% (6/7) en mucosa oral y genital, y el 14% (1/7) en conjuntiva ocular.

Clínicamente, el 100% (7/7) aquejaba molestias y dolor, el 57% (4/7) prurito, el 57% (4/7) disfagia, el 14% (1/7) disfonía y el 43% (3/7) mal estado general.

Todos habían recibido previamente corticoterapia oral y azatioprina, el 71% (5/7) metotrexato, el 71% (5/7) micofenolato, el 14% (1/7) dapsona, el 14% (1/7) hidroxiquina, el 14% (1/7) colchicina y el 14% (1/7) ciclosporina.

La dosis inicial de RTX administrada fue de 375 mg/m²/semana, durante cuatro semanas. En todos se asociaron otros inmunosupresores al tratamiento.

Resultados: La remisión fue completa en el 43% (3/7) de los casos: un paciente (14%, 1/7) recibió un ciclo de cuatro semanas de tratamiento, otro (14%, 1/7) requirió repetir un segundo ciclo, y el tercero (14%, 1/7) precisó catorce semanas en total para alcanzar la respuesta.

El 57% (4/7) restante obtuvo respuesta parcial, tanto en lesiones cutáneas como mucosas, manteniendo corticoterapia oral y micofenolato como ahorrador. De estos, un paciente (14%, 1/7) recibió un ciclo de cuatro semanas; otro (14%, 1/7) siete semanas en total; el tercer paciente (14%, 1/7) ocho y el cuarto (14%, 1/7) diez.

Conclusiones y Bibliografía.

El pénfigo vulgar constituye una patología potencialmente mortal, cuyo manejo implica una amplia variedad de inmunosupresores.

En casos refractarios, el RTX constituye una alternativa eficaz para alcanzar una respuesta completa que permita reducir el tratamiento inmunosupresor.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LA SÍFILIS Y SU RELACIÓN CON LA CLÍNICA Y LA SEROLOGÍA

María Colmenero Sendra(1), Juan Bosco Repiso Jiménez(1), Pilar Gutiérrez Hernández(2), Francisco Rivas Ruiz(3), Elena Beatriz Sanz Cabanillas(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Antecedentes: La sífilis es una ETS con una gran variedad de manifestaciones clínicas. Las respuestas serológicas pueden ser anómalas, sobre todo en pacientes VIH. El estudio histológico de las lesiones y las nuevas técnicas inmunohistoquímicas han demostrado ser muy útiles en el diagnóstico de la infección. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características histopatológicas, la intensidad y el patrón de distribución de los treponemas en biopsias de pacientes con sífilis.

Métodos: Se analizaron 48 biopsias. Registramos las características de los pacientes, manifestaciones clínicas, localización de la biopsia, intensidad y distribución del infiltrado inflamatorio, cambios epidérmicos y patrones de distribución de los treponemas. Realizamos un análisis descriptivo y un análisis bivariado para evaluar diferencias respecto a diagnóstico.

Resultados: El 95,8% de los pacientes eran varones, con una edad media de 38. El 79,2% fueron diagnosticados de sífilis secundaria, siendo más de la mitad VIH positivos. La principal manifestación de la sífilis primaria fueron las úlceras genitales y en la sífilis secundaria los condilomas planos y la roséola sífilítica. En cuanto a la histología demostramos ulceración: 29%, infiltrado liquenoide: 35% e infiltrado perivascular: 39,6% de las biopsias. El infiltrado se consideró de intenso a moderado en el 76% de los casos, predominando las células plasmáticas. En el análisis bivariado encontramos una correlación estadísticamente significativa entre la densidad del infiltrado y el estadio de la sífilis, siendo intenso en el 70% de los casos de sífilis primaria. Los treponemas se distribuyeron de forma perivascular en el 71,4% de las biopsias de las sífilis primarias y en la epidermis en el 64,5% de las secundarias, próximo a la significación estadística.

Conclusiones: En nuestro estudio los patrones histológicos de la sífilis coinciden con los hallados en la literatura, observándose patrón de ulceración epidérmica y denso infiltrado intersticial en la sífilis primarias y patrones liquenoides y de infiltración perivascular en la sífilis secundaria. Hemos encontrado relación entre la densidad del infiltrado y el estadio de la sífilis, siendo más intenso en la sífilis primaria. Hemos encontrado treponemas de distribución perivascular en la sífilis primaria y epidermotropo en la secundaria.

TOFACITINIB ORAL COMO TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA UNIVERSAL REFRACTARIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Antonio Alcalá Ramírez del Puerto(1), Román Barabash Neila(1), Amin Daoud(1), Mercedes Sendín Martín(1), Rocío Díaz Moreno(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial, de etiología autoinmune y curso crónico y recidivante. Suele tener un alto impacto psicológico (1), siendo la alopecia areata universal (AAU) su variedad más grave. En la actualidad no existe ningún tratamiento aprobado ni estandarizado para la misma. En los últimos años los inhibidores de la quinasa de Janus han surgido como una posible diana terapéutica (2, 3), si bien la evidencia científica se limita a serie de casos y ensayos clínicos preliminares y existiendo escasas publicaciones a nivel nacional.

Material y métodos: Presentamos una serie de casos de 11 pacientes con AAU refractaria a tratamiento inmunosupresor convencional tratados con tofacitinib oral. Para determinar la respuesta al tratamiento se utilizó la escala de gravedad de alopecia (SALT).

Resultados: En todos los casos se observó crecimiento del pelo y disminución de la gravedad de la alopecia después del tratamiento con tofacitinib. Solo en 1 caso hubo que suspender el fármaco por artralgias secundarias. No se produjeron otros efectos secundarios significativos. La satisfacción de los pacientes y la mejoría en su calidad de vida fue reseñable. Las limitaciones fueron el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de grupo control.

Conclusión: El tofacitinib oral parece ser una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de la AAU refractaria a tratamiento inmunosupresor convencional.

Bibliografía:

1. Korta DZ, Christiano AM, Bergfeld W, Duvic M, Ellison A, Fu J, et al. Alopecia areata is a medical disease. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:832-4
2. Dillon KL. A Comprehensive Literature Review of JAK Inhibitors in Treatment of Alopecia Areata. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021;14:691-714
3. Almutairi N, Nour TM, Hussain NH. Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of Severe Alopecia Areata: An Open-Label Comparative Study. *Dermatology.* 2019;235(2):130-136.

EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LA COMBINACIÓN DE BICALUTAMIDA Y MINOXIDIL ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA EN PACIENTE JOVEN

Pablo Martín Carrasco(1), Mercedes Sendín Martín(2) y José Bernabeu Wittel(1) de (1)Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz, Sevilla y (2)Universidad de Sevilla.

Introducción: La alopecia androgénica femenina (FAGA) en mujeres premenopáusicas tiene una prevalencia de un 6-12% en este grupo poblacional. Varios antiandrógenos han sido empleados en su tratamiento, destacando espironolactona, acetato de ciproterona o flutamida. Éste último, a pesar de su notable eficacia, lleva aparejado un elevado riesgo de toxicidad hepática, motivo por el cual su uso ha sido desaconsejado por la AEMPS.

Por otro lado, minoxidil oral (MO) se ha convertido en uno de los tratamientos de primera línea en FAGA dada su eficacia y su excelente perfil de seguridad, siendo la hipertriosis su efecto secundario más frecuente.

Bicalutamida (BCM) es un antiandrógeno puro bloqueante del receptor de andrógenos con un mejor perfil de seguridad hepática que flutamida. Este fármaco viene usándose de forma muy reciente en el tratamiento de la FAGA.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento combinado con BCM y MO en mujeres premenopáusicas con FAGA.

Métodos: Búsqueda retrospectiva de pacientes premenopáusicas con FAGA tratadas con MO y BCM entre octubre 2020 y Enero 2022. Se recogieron datos sobre edad, severidad de la alopecia al inicio (escala Sinclair), dosis de MO y BCM y determinación de transaminasas al inicio y cada 3 meses de tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la comparación del estadio en la escala de Sinclair al inicio y a los 9 meses. Se recogió la aparición de efectos secundarios atribuibles a MO y a BCM.

Resultados: Incluimos 46 mujeres con una edad media de 33,95 años. Todas las pacientes tomaron BCM 50 mg/día y la dosis de MO osciló entre 0,25 (6 pacientes), 0,5 (25) y 1 mg/día (15).

El estadio medio en la escala de Sinclair al inicio fue 2,91 mientras que a los 9 meses fue de 1,95 (reducción media del 32,99%). Dos pacientes presentaron elevación leve de las transaminasas y alteraciones menstruales que se corrigieron al bajar la dosis de BCM y 6 pacientes presentaron hipertriosis (13%). No hubo otros efectos adversos.

Conclusiones: La combinación de BCM y MO es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la FAGA en mujeres premenopáusicas.

El efecto antiandrogénico de la BCM puede ser responsable del menor porcentaje de pacientes que presentaron hipertriosis atribuible a MO, siendo éste más reducido que en otros estudios sobre seguridad de este último fármaco.

SÁBADO 12 de marzo**PÓSTERES SELECCIONADOS****MODERADORES**

Juan Luis Sanz Cabanillas, Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Antonio Tejera Vaquerizo, Clínica dermatológica GlobalDerm, Palma del Río, Córdoba.

P-1 REACCIONES DERMATOLÓGICAS ADVERSAS A VACUNACIÓN PFIZER EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES SANITARIOS

Ana Gil Villalba(1), María Dolores Pegalajar García(1), José María Llamas Molina(1), Ángela Ayén Rodríguez(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La descripción de las diferentes reacciones adversas dermatológicas a la vacunación contra el SARS-COVID19 se ha centrado en casos reportados en la población general. Sin embargo, existen pocos estudios y con métodos de medición muy diferentes en trabajadores sanitarios.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional longitudinal a todos los trabajadores hospitalarios de nuestro centro que recibieron vacunación contra el COVID-19 con BNT162b2 desde el 27 de diciembre de 2020 hasta el 1 de septiembre de 2021. La pauta recomendada fue doble, con un intervalo mínimo de 21 días entre dosis. Todas las reacciones dermatológicas como efectos adversos de la vacuna fueron evaluadas por el Personal del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Resultados: La muestra total fue de 3969 pacientes, de la que solo el 0,007% (n=26) notificó reacciones adversas dermatológicas. Las reacciones notificadas con más frecuencia son la erupción morbiliforme (38.5%) y el brazo COVID (26.9%). En el análisis multivariante, el régimen de vacunación (una dosis) y el antecedente de infección por COVID-19 permanecieron como los principales factores asociados al reporte de Reacciones Adversas Dermatológicas (DAR).

Discusión: La tasa de reacciones adversas dermatológicas por la vacunación con BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) es extraordinariamente baja. Ningún paciente ha requerido hospitalización, lo que confirma la seguridad de este proceso de vacunación en una población de trabajadores sanitarios.

P-2 ESTUDIO PROSPECTIVO EN DERMATITIS DE CONTACTO, CALIDAD DE VIDA, Y SUS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES ESTUDIADOS EN EL DEPARTAMENTO DE ECZEMA DE CONTACTO E INMUNOALERGIA

Francisco José Navarro-Triviño(1), María Isabel Peralta-Ramírez(2) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Hospital Universitario San Cecilio, Granada y (2)Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Granada.

Introducción: La dermatitis de contacto representa un motivo frecuente de consulta en dermatología. La calidad de vida puede verse afectada, tanto en el ámbito familiar, laboral, como social. El perfil psicológico de los pacientes con dermatitis de contacto puede presentar diferencias frente a otras enfermedades, como la psoriasis.

Material y métodos: Estudio prospectivo iniciado en enero/2021 fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Humana (HUSC-001-2021). El objetivo es conocer los efectos psicológicos y la afectación de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto. Los criterios de inclusión fueron que el paciente tuviera más de 18 años, aceptar participar de manera voluntaria y anónima en el estudio, firmar el consentimiento informado, y haber sido diagnosticado de dermatitis de contacto. Los criterios de exclusión fueron no saber leer o escribir o tener alguna enfermedad crónica de la piel distinta a la dermatitis de contacto. Los resultados de los cuestionarios fueron registrados en la plataforma digital Google Forms.

Resultados: Hasta el momento se ha registrado un total de 173 pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto. El 65.3% fueron mujeres, y el 34.7% varones. Se registró los datos socio-demográficos, aquellos relativos a la enfermedad, la gravedad medida en la escala IGA (Investigador Global Assessment), el tiempo de evolución y los tratamientos recibidos. Se seleccionó los cuestionarios de Estrés Percibido, Vulnerabilidad al Estrés, y el CD-RISC. Actualmente se siguen reclutando pacientes y datos, pero los preliminares indican que los pacientes con dermatitis de contacto presentan mayores niveles de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, depresión, hostilidad y psicoticismo. No se encontraron diferencias significativas en resiliencia, estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, ansiedad fóbica e ideación paranoide.

Conclusiones: El perfil psicológico de los pacientes en dermatología debería ser evaluado para una mejor atención de los pacientes.

P-3 CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN UNA SERIE DE 15 CASOS DE ALBINISMO OCULOCUTÁNEO

Juan Manuel Liñán Barroso(1), José Bernabeu Wittel(1), Antonio José Durán Romero(1), María Eugenia Mantrana Bermejo(2), María Teresa Monserrat García(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)UGC Dermatología y (2)UGC Oftalmología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El albinismo oculocutáneo (OCA) es una enfermedad causada por una anomalía en la síntesis o distribución de melanina. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo del fototipo y los patrones dermatoscópicos más frecuentes de lesiones pigmentadas en OCA junto con datos oftalmológicos para establecer correlación con los diferentes genotipos.

Materiales y métodos: Los pacientes diagnosticados de OCA con estudio genético desde enero de 2016 a enero de 2020 en nuestro centro y que realizaron seguimiento, fueron reclutados retrospectivamente para realizar dermatoscopia digital de las lesiones pigmentadas, recogiendo los patrones dermatoscópicos más frecuentes, datos fenotípicos dermatológicos y estudio oftalmológico. Para evaluar los resultados se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: En los pacientes con OCA-Ib el patrón más frecuente fue el vascular con fondo rosado (n=3) seguido del patrón reticular (n=2). En OCA-2 el patrón predominante también fue el vascular con fondo rosado (n=2), seguido del patrón globular clásico (n=1) y globular marrón claro (n=1). En el único paciente con OCA6 destacaba predominio de patrón globular típico sobre globular marrón claro. En todos los pacientes se encontraron trastornos oftalmológicos.

Conclusiones: Presentamos una serie de 15 casos de OCA con estudio genético y descripción dermatoscópica de los nevus melanocíticos. En nuestro estudio predominan los patrones vascular con fondo rosado, globular marrón claro regular y reticular, resultados similares a estudios previos. Consideramos que, para mejorar la correlación genotipo-fenotipo en OCA, es necesario describir el fenotipo oftalmológico y cutáneo de los pacientes y realizar dermatoscopia digital a todos los pacientes.

P-4 INTERFERÓN PEGILADO ALFA-2A COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CON MICOSIS FUNGOIDE. SERIE DE CASOS

Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Mercedes Morillo Andújar(1), Juan Ortiz Álvarez(1), Lourdes Rodríguez Fernández-Freire(1), María Soriano Martínez(1) y Julián Conejo-Mir(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El interferón (INF) es uno de los tratamientos estándar en los esquemas terapéuticos de los linfomas cutáneos primarios. Existen tres tipos de interferón para uso terapéutico, el IFN- α , IFN- β e IFN- γ , aunque actualmente, sólo el IFN pegilado α -2a se encuentra comercializado en nuestro país. En la literatura se ha reportado evidencia sobre su efectividad para el tratamiento de los linfomas cutáneos de células T, tanto en monoterapia, como en combinación con PUVA, con mayores tasas de respuesta y reducción de efectos secundarios como el síndrome constitucional y la fatiga en comparación con el interferón α -2a. Por este motivo, el objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y el perfil de tolerabilidad del IFN pegilado α -2a como tratamiento de una serie de casos de pacientes con linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo de una serie de casos de pacientes con linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides en seguimiento y tratamiento por la Unidad de Linfomas cutáneos del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío entre abril de 2021 y febrero de 2022.

P-5 TENDENCIAS DE LA INCIDENCIA DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN EL PERIODO 1985-2016

Teresa Ródenas Herranz(1), Daisys Yoe Ling Chang Chan(2), Laura Linares González(1), Miguel Rodríguez Barranco(2), María José Sánchez Pérez(2) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada y (2)Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada.

El melanoma cutáneo (MC) es un tumor de origen melanocítico que representa un 2-7% de los tumores cutáneos si bien es el responsable del 80% de las muertes por cáncer de piel y del 1-2% de todas las muertes por cáncer. En las últimas décadas se ha observado una tendencia al aumento de su incidencia. Según estimaciones de GLOBOCAN-2020, España presenta una tasa de MC inferior a la media europea (6,8 vs 11,4 x 100.000 hab.).

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de la incidencia del MC según el tipo histológico en la provincia de Granada en el período 1985-2016 por sexo y grupo de edad. Se incluyeron los casos de MC del Registro de Cáncer de Granada y se clasificaron en los grupos histológicos: lentigo maligno (LM), melanoma de extensión superficial (MES), melanoma nodular (MN), lentiginoso acral (LA) y otros (NOS). Se estandarizaron las tasas de la incidencia por la población mundial y se analizó la evolución de las tasas específicas por edad por sexo y grupos de edad (<45, 45-64, 65-79 y >80). El análisis de tendencias se realizó mediante regresión loglineal, estimando el Porcentaje de Cambio Anual (PCA) e intervalos de confianza al 95%.

En el periodo 1985-2016 se registraron un total de 2.340 casos nuevos de MC, el 55% fueron mujeres. Las tasas estandarizadas de incidencia para el último periodo fueron de 9,0 x 100.000 hab. Las mujeres presentaron una mayor tasa que los hombres (9,4 vs 8,6 por cada 100.000 mujeres y hombres). El MES fue el tipo histológico más frecuente (5,6 x 100.000 hab.) en ambos sexos. Hasta 2006 las personas con >80 años presentaron las tasas más altas, pero entre 2007-2016 fue el grupo de 65-79 años el que presentó tasas superiores al resto. Se observó un incremento estadísticamente significativo en la tendencia de la incidencia del MC tanto en hombres como en mujeres (PCA: +4,6% y +4,0%). Por tipo histológico se observó un PCA= +8,8% en ambos sexos para el MES. El MN presentó una tendencia ascendente hasta 2005 (PCA= +4,7%) y descendente a partir de ese año (PCA = -6,9%). Para LA se observó una estabilización durante todo el periodo (PCA = -0,5%).

La incidencia de MC en la provincia de Granada sigue una tendencia ascendente tanto en hombres como en mujeres. Este incremento podría estar en relación con la mejor accesibilidad de los pacientes a las consultas de Dermatología y la mejora de los métodos de diagnóstico.

P-6 DIFERENCIAS EN LAS ALTERACIONES DE LA BARRERA CUTÁNEA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Trinidad Montero Vílchez(1), Alberto Soto Moreno(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Alejandro Molina Leyva(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: En pacientes con psoriasis y dermatitis atópica se observa disfunción de la barrera cutánea. Sin embargo, hay pocos estudios que comparen la función de la barrera epidérmica en pacientes de psoriasis y dermatitis atópica.

Material y métodos: Se diseñó un estudio de tipo transversal. Se incluyeron pacientes con psoriasis moderada/grave y dermatitis atópica moderada/grave. Se midieron parámetros de funcionalidad de barrera epidérmica incluyendo pérdida transepidermica de agua (TEWL), hidratación del estrato corneo (SCH), temperatura, pH, eritema y elasticidad en una placa de psoriasis, en una lesión eczematososa y en piel sana de la zona del brazo sin lesiones psoriásicas ni eczematosas.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, siendo 92 pacientes con psoriasis y 65 pacientes con dermatitis atópica. La media de edad de la población fue de 40,15 años y el 56,1% (88/157) fueron mujeres. Las lesiones eczematosas mostraron mayor temperatura (32.05 vs 30.95, $p < 0.001$), mayor SCH (25.20 vs 8.71 unidades arbitrarias (AU), $p < 0.001$), mayor TEWL (28.70 vs 18.45 g·m⁻²·h⁻¹, $p < 0.001$), y menor elasticidad (0.69 vs 0.75%, $p = 0.072$) que las placas de psoriasis. En relación a las áreas de piel sana, los pacientes con dermatitis atópica tuvieron menos eritema que los pacientes con psoriasis (244.50 vs 311.56 AU, $p < 0.001$).

Discusión: Aunque la función de barrera cutánea puede dañarse tanto en pacientes con psoriasis como con dermatitis atópica, la forma en la que se altera puede ser diferente en cada enfermedad.

P-7 DESCRIPCIÓN CLÍNICO-DERMATOSCÓPICA DEL CARCINOMA BASOCELULAR INDUCIDO POR RADIOTERAPIA: SERIE DE 40 LESIONES

Amin Daoud(1), Javier J. Domínguez Cruz(1), Antonio Alcalá Ramírez del Puerto(1), Rosa Corbi Llopis(1), Román Barabash Neila(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor más maligno más frecuente en el ser humano. Presenta una importante morbilidad. La exposición a radiación ionizante es un factor de riesgo conocido para CBC. El riesgo se incrementa en función de la dosis irradiada y se limita al área de exposición.

El objetivo del estudio es realizar una descripción clínica y dermatoscópica de los CBC secundarios a tratamiento con radioterapia (RT) y compararlo con el CBC no RT.

Material y método: Estudio observacional descriptivo. Se realizó un mapeo de las lesiones mediante Fotofinder®. Se seleccionaron un total de 40 lesiones en áreas previamente irradiadas. Se recogieron los datos clínicos, sexo, edad, localización, tipo de CBC, junto con los criterios dermatoscópicos de CBC. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 28 0°.

Resultados y conclusiones: Destaca la presencia de estructuras pigmentadas, siendo más frecuente que lo descrito en CBC no RT. La presencia de glóbulos azul gris se ha observado en la totalidad de las lesiones observadas (100%) y por lo tanto se muestran como el hallazgo más específico de los CBC RT. Destaca la presencia elevada asimismo de otras estructuras pigmentadas como hojas de arce (35%) o las ruedas de carro (17.5%). Se observa una baja frecuencia de telangiectasias arboriformes (45%).

En resumen, en el estudio se observa que los CBC por RT presentan con mayor frecuencia estructuras pigmentadas a la vez que menor vascularización que los CBC no RT.

P-8 CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS, EXPERIENCIA TRAS CUATRO AÑOS DESDE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

Ángela Ayén Rodríguez(1), José María Llamas Molina(1), Teresa Ródenas Herranz(1), Laura Linares González(1), Francisco Manuel Almazán Fernández(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Antecedentes y objetivos: La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) es una técnica quirúrgica para neoplasias cutáneas que permite la extirpación con control histopatológico de los bordes de manera intraoperatoria. Esta técnica se ha desarrollado en España a lo largo de las últimas décadas en centros de ámbito público y privado. El objetivo de este estudio es describir las características clinicopatológicas y quirúrgicas de los pacientes intervenido con CMM en nuestra unidad desde su implementación en la misma en 2018.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en el que fueron reclutados aquellos pacientes intervenidos mediante CMM por parte de nuestro servicio durante los años 2018-2021. Se recogieron datos demográficos, clinicopatológicos y quirúrgicos.

Resultados: El número de pacientes incluidos fue de 90, con una edad media de 64,49 años (rango 24-93) con un ligero predominio de hombres tal y como sucede en del registro español de cirugía de Mohs (REGESMOHS) (H:M = 52,22:47,78). El 2.2% (n=2) estaban inmunodeprimidos, 12.23% (n=11) eran diabéticos, 12.23% (n=11) tomaban antiagregantes, 15.56% (n=14) tomaban anticoagulantes y 4.44% (n=4) llevaban con corticoides orales más de 3 meses. Respecto a las características de los tumores, un 91.11% (n=82) de los tumores fueron carcinomas basocelulares, de los cuales el subtipo histológico predominante fue el esclerodermiforme (n=36) seguido del micronodular (n=20). La mayoría estaban localizados en cara y cuero cabelludo, siendo la nariz la localización más frecuente (n=34). El 75.56% de las intervenciones se debían a persistencia o recurrencia tumoral, habiendo recibido la mayoría tratamiento quirúrgico previamente. La CMM necesitó sólo 1 o 2 pases en el 81.11 %, con un tamaño tumoral prequirúrgico medio de 15.32 mm y final de 23.96 mm. En el 60% de los casos la técnica reconstructiva empleada fue el colgajo.

Conclusiones: Los datos observados en nuestro estudio son similares a los de otras series publicadas y los datos basales del registro nacional REGESMOHS. La principal diferencia la encontramos en que sólo el 25% de nuestras intervenciones fueron sobre tumores primarios, frente al 62.60% del REGESMOHS. Es por tanto importante el uso de esta técnica quirúrgica no sólo en recurrencias, para así evitar nuevas intervenciones en tumores con localizaciones o características particulares.

PÓSTER

P-9 COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA EN UN NIÑO

Ricardo Román Cheuque(1), Irene Navarro Navarro(1), Gonzalo Gallo Pineda(1), Myriam Viedma Martínez(1) y David Jiménez Gallo(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.



Pápulas circulares eritematosas de tamaño variable entre 4-9 mm con erosión central y base hiperqueratósica

Un varón de 5 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acudió a nuestra unidad por lesiones pruriginosas en las 4 extremidades de 8 días de evolución.

A la exploración se observaron múltiples pápulas monomorfas circulares eritematosas de tamaño variable entre 4-9 mm con erosión central y base hiperqueratósica, distribuidas en tronco y superficies de extensión de extremidades.

El estudio dermatopatológico mostró extensa ulceración epidérmica con depósito de material fibrino-leucocitario y transelección de fibras de colágeno desde la base de la úlcera. Junto con leve infiltrado dérmico inflamatorio linfocitario con eosinófilos.

La analítica sanguínea mostró eosinofilia aislada leve, glucemia: 140 mg/dl, HbA1c 6.7 %, IgE elevada y positividad para anticuerpos anti-IA2. El resto de analíticas incluyendo hemograma, bioquímica, anticuerpos y parasitológico fueron normales o negativos.

Con todos estos datos el paciente fue diagnosticado de debut de diabetes mellitus 1 (DM1) y de colagenosis perforante reactiva (CPR) asociada.

Se realizó tratamiento con corticoides tópicos y ciclosporina oral asociado a insulinización, evolucionando favorablemente con remisión de las lesiones en 4 semanas.

Discusión: Las dermatosis perforantes constituyen un grupo patológico infrecuente caracterizado por la eliminación (perforación) de tejido conectivo o elástico dérmico a través de la epidermis sin lesionar a los tejidos adyacentes y su patogénesis es desconocida. Se clasifican en familiares (o clásicas) y adquiridas.

La CPR clásica es un subtipo raro, propio de la infancia y con herencia variable.

Clínicamente las lesiones típicas son pápulas umbilicadas de 2-10 mm de centro ulcerado cubierto por queratina, localizadas en superficies extensoras de extremidades, tronco, cuero cabelludo y mucosa oral. Puede existir fenómeno de Koebner y generalmente son pruriginosas. Histológicamente presenta invaginaciones epidérmicas cubiertas por queratina basófila que penetran verticalmente las papilas dérmicas, con infiltrado dérmico linfocítico e histiocitario.

En este caso, la CPR ha podido ser reactiva a un debut de DM1 dada su aparición simultánea. Es conocida la asociación entre la forma adquirida y la diabetes tipo 2 en adultos. Sin embargo, presentamos hasta nuestro conocimiento, el primer caso de una probable asociación entre la forma clásica y una DM1.

P-10 INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TELEDERMATOLOGÍA: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Antonio José Durán Romero(1), Amin Daoud(1), Antonio Alcalá Ramírez del Puerto(1), María Rosa Corbí Llopis(1), Guillermo José Jiménez Thomas(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1) y Julián Conejo Mir Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El uso de la inteligencia artificial (IA) para el diagnóstico automatizado de imágenes dermatoscópicas de tumores cutáneos ha experimentado un importante desarrollo en los últimos años. No obstante, las condiciones en que se evalúan estos sistemas suelen ser ideales, con imágenes de calidad seleccionadas previamente. El objetivo fue desarrollar un algoritmo de IA para el diagnóstico de tumores cutáneos y valorar su utilidad para el cribado dentro de la tele dermatología hospitalaria.

Material y método: Se diseñó un algoritmo para el diagnóstico multiclasificación de tumores cutáneos. Para el entrenamiento y validación se emplearon más de 20.000 imágenes dermatoscópicas obtenidas de la base de datos del "International Skin Imaging Collaboration" (ISIC), complementadas con imágenes dermatoscópicas propias. Retrospectivamente se recopiló imágenes dermatoscópicas de tumores cutáneos remitidas desde los Centros de salud a nuestro hospital de tercer nivel a través de la plataforma de tele dermatología habilitada para ello. Como "gold estándar" diagnóstico de estas imágenes se emplearon el diagnóstico histológico o, en su defecto, la coincidencia de 3 dermatólogos

en el mismo. Finalmente, las imágenes con gold estándar establecido fueron analizadas por el algoritmo, tanto de forma binaria (benigno/maligno), como mediante diagnóstico multclasificación.

Resultados: Se recopilaron retrospectivamente de forma consecutiva 683 imágenes dermatoscópicas, de las que 531 cumplieron los criterios de inclusión. La precisión global del algoritmo para distinguir lesiones benignas y malignas fue del 70 % con las imágenes dermatoscópicas de práctica real (mientras en la validación del mismo fue del 83%). No obstante, se observó un descenso de la precisión del mismo en el diagnóstico multclasificación, donde la precisión global fue del 32 % (frente al 73% obtenido por el algoritmo durante su validación).

Conclusiones: La IA puede ser de gran ayuda en el cribado de imágenes dermatoscópicas en teledermatología. Es necesario implementar controles de calidad de las imágenes que optimicen el diagnóstico por parte de estos algoritmos. El diagnóstico multclasificación con imágenes no filtradas previamente queda aún lejos de ser una realidad. Son necesarios más estudios en práctica habitual para configurar el papel de la IA en la Dermatología cotidiana.

P-11 GRANULOMAS LIMITADOS AL ÁREA ESCAPULAR IZQUIERDA

Cristina Salas Márquez(1), Sergio Adrián Rodríguez Lobalzo(2), Jéssica Martín Vera(1), María Colmenero Sendra(1), Elena Beatriz Sanz Cabanillas(1) y Ismael Millán Valladares(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Las enfermedades granulomatosas cutáneas suelen desarrollarse tras una reacción inflamatoria que puede estar desencadenada por gran variedad de estímulos (incluyendo infecciones, cuerpos extraños, neoplasias ...). Desde el punto de vista patogénico podríamos dividirlos en infecciosos y no infecciosos.

Tras un episodio de herpes zoster podrían desarrollarse este tipo de lesiones (incluyendo granulomas tuberculoides y sarcoideos, vasculitis granulomatosa y foliculitis granulomatosa), éstas ocurren entre 2-4 meses después de la resolución de las lesiones herpetiformes, siendo un periodo de latencia más corto que el de otras formas de sarcoidosis, lo que sugiere la posibilidad de que el virus varicela zoster en si mismo pueda jugar un papel iniciando el granuloma. Este cuadro podría presentarse aislado o con afectación sistémica de sarcoidosis.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años que tras episodio de lesiones "vesiculosas pruriginosas" limitadas a zona escapular izquierda (en el año 2002) se desarrollaron nódulos pruriginosos que han experimentado una reagudización de la sintomatología en los últimos 3 años, se realizó el estudio histológico con evidencia de granulomas sarcoideos siendo negativo para tinciones de Fite Faraco, Zielh-Neelsen y ac anti-treponema. No se evidenciaron alteraciones en la radiografía de torax.

La paciente fue tratada con una infiltración de triamcinolona con clara mejoría de la clínica.

Aunque la causa de la sarcoidosis es desconocida, se plantea la posible relación con reacciones de hipersensibilidad tras una respuesta inespecífica a antígenos extrínsecos o intrínsecos en individuos genéticamente susceptibles, localizándose este "medio inmune" en áreas cutáneas específicas. Todo ello podría explicar la presencia de granulomas sarcoideos en reacciones a cuerpos extraños, tatuajes y en dermatomas afectados por herpes zoster y cicatrices.

Las sarcoidosis sobre cicatrices es una forma rara, pero específica de sarcoidosis cutánea en las que éstas están infiltradas por granulomas epitelioides no caesificantes. Es habitual la remisión espontánea no siendo necesario emplear tratamiento salvo si es desfigurante o sintomática donde los corticoides de alta potencia y las infiltraciones de corticoides serían beneficios. Es importante destacar que aunque la cirugía puede ir bien se correría el riesgo de nuevos infiltrados sarcoideos.

P-12 FUNCIÓN DE BARRERA CUTÁNEA TRAS TERAPIA FOTODINÁMICA

Pablo Díaz Calvillo(1), Trinidad Montero Vilchez(1), Clara Amanda Ureña Paniego(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Antonio Martínez López(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento efectivo para las queratosis actínicas (QA), pero se desconoce cómo afecta a la función de barrera cutánea.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo incluyendo a pacientes que tuviesen al menos tres QA en la cabeza y fueran candidatas a recibir TFD. Los parámetros de barrera epidérmica, incluyendo pérdida transepidérmica de agua (TEWL), hidratación del estrato córneo (SCH), temperatura, pH, eritema y elasticidad, fueron medidos antes y después de la TFD en la región de la cabeza.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, con una edad media de 75,86 años. La mayoría de ellos eran hombres (81%, 17/21) y tenían un fototipo III. Sólo el 14,3% (3/21) eran fumadores y el 19% (4/21) eran bebedores. El número medio de QA fue 14,62. Después de la TFD, la TEWL, la SCH, la temperatura, el eritema y la elasticidad se incrementaron en 1,45 g·m⁻²·h⁻¹, 4,40 unidades arbitrarias (UA), 0,32°C, 9,60 UA y 0,08%, respectivamente, en la región de la cabeza medida. El pH disminuyó 0,37 tras el seguimiento.

Conclusión: La TFD podría modificar la función de barrera cutánea. Se requieren más investigaciones para evaluar las diferencias en la función de barrera de la piel después de las distintas modalidades de TFD.

P-13 LIQUEN ESCLEROSO AMPOLLOSO HEMORRÁGICO EXTRAGENITAL

Eduardo López Vera(1), Daniel Jesús Godoy Díaz(1), Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Irene López Riquelme(1), Juan María García Hirschfeld García(2) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El liquen escleroso es una dermatosis inflamatoria crónica de piel y semimucosas, de etiología desconocida y probable origen multifactorial, caracterizada por la presencia de pápulas o placas blancas atróficas bien definidas, que aparecen fundamentalmente en la piel

de la región anogenital de ambos sexos, y en menor frecuencia en la piel del tronco, afectando sobre todo a mujeres posmenopáusicas. La localización extragenital afecta en torno a un 15-20% de los pacientes, aunque podría estar subestimado ya que suele cursar de forma asintomática. Cuando afecta a nivel extragenital suele localizarse en la zona superior de la espalda, cuello, región periumbilical, axilas y zona flexora de las muñecas.

Caso clínico: Mujer de 75 años, hipertensa y diabética tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales (metformina y sitagliptina) e insulina. La paciente refería lesiones asintomáticas a nivel pretibial de años de evolución, pero consultaba por prurito y empeoramiento en los últimos 6 meses, presentando lesiones a modo de extensas placas eritematosas erosivas, con áreas ampollas y hemorrágicas en el borde de la placa. Presentaba además placas cicatriciales en escote, así como en región lumbar. No presentaba lesiones en mucosa oral ni genital.

Se realizaron biopsias de las lesiones ante sospecha de Liquen Escleroso Ampolloso Extragenital, que mostraron adelgazamiento epidérmico, hiperqueratosis, obstrucción folicular, degeneración de la membrana basal, con bandas colágenas homogéneas en dermis papilar y moderado infiltrado linfocítico, acompañado de degeneración vacuolar y separación de la unión dermoepidérmica, con negatividad de la inmunofluorescencia directa, hallazgos compatibles con la sospecha clínica de Liquen Escleroso Ampolloso Extragenital.

Se realizó tratamiento con propionato de clobetasol 0.05% pomada a diario durante un mes, con mejoría de las lesiones, consiguiendo resolución completa de las lesiones activas al asociar prednisona 30mg en pauta descendente, y tacrolimus 0.1% pomada 2 veces al día, durante 3 semanas.

Conclusiones: Presentamos un caso de liquen escleroso extra-genital, por la excepcionalidad de su manifestación clínica a modo de lesiones ampollas y hemorrágicas de reciente aparición, que coexisten con otras de larga data no diagnosticadas previamente.

Palabras clave: Liquen Escleroso, Atrófico, Ampolloso, Extragenital

P-14 PAPULOERITRODERMIA DE OFUJI: UNA CAUSA RARA DE ERITRODERMIA EN ADULTOS

Ismael Valladares Millán(1), Nuria Blázquez Sánchez(1), María Colmenero Sendra(1), Jéssica Martín Vera(1), Elena Beatriz Sanz Cabanillas(1), Inés Fernández Canedo(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: La papuloeritrodermia de Ofuji es una entidad rara caracterizada por una erupción papuloeritematosa generalizada con prurito incoercible, ausencia de lesiones en pliegues cutáneos ("signo de la tumbona") o presencia de eosinofilia periférica. Su etiopatogenia no está clara y, aunque existen casos idiopáticos, en otros es una dermatosis reactiva a otras dermatosis o a neoplasia sólida o hematológica, lo que obliga a un estudio minucioso y seguimiento a largo plazo.

Caso clínico: Mujer de 52 años con antecedentes personales de hipertensión e hipotiroidismo en tratamiento con olmesartán, hidroclorotiazida y amlodipino. Consulta por erupción cutánea generalizada, intensamente pruriginosa, de meses de evolución. A la exploración se observa un exantema papuloso, eritematoso, distribuido por tronco y extremidades, sin afectación de cara ni grandes flexuras. No presentaba otras lesiones.

La biopsia mostró espongirosis, hiperplasia epidérmica leve con paraqueratosis focal, edema en dermis superficial e infiltrado linfocitario superficial con presencia de eosinófilos perivasculares e intersticiales. La analítica sanguínea mostró eosinofilia, linfopenia leve y elevación de LDH. El resto de parámetros analíticos (bioquímica, serologías infecciosas, marcadores tumorales) fueron negativos. Las pruebas de imagen descartaron neoplasia oculta.

Ante la sospecha inicial de toxicodermia se realizó suspensión de medicación sospechosa. Pese a ello y a varios ciclos de corticoides orales y posterior tratamiento con metotrexato, la respuesta fue mala. Las características clínicas ("signo de la hamaca", prurito incoercible), analíticas e histológicas finalmente nos orientaron al diagnóstico de papuloeritrodermia de Ofuji. Se comenzó entonces fototerapia, manteniendo corticoides tópicos y antihistamínicos. Tras 30 sesiones se produjo resolución prácticamente completa.

Conclusiones: Hemos presentado el caso de una paciente con un cuadro clínico compatible con una papuloeritrodermia de Ofuji, entidad poco frecuente. Queremos recordar las características clínicas y analíticas bien definidas del cuadro así como su probable carácter reactivo, siendo con frecuencia la expresión clínica de otros procesos inflamatorios o tumorales. Por ello, resulta prioritario el realizar siempre un des-pistaje de enfermedad oculta y seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

P-15 ALOPECIA RECTANGULAR TRANSITORIA TRAS PROCESO ENDOVASCULAR: SERIE DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José María Llamas Molina(1), Ana Gil Villalba(1), Ángela Ayén Rodríguez(1), Laura Linares González(1), Teresa Ródenas Herranz(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

La alopecia rectangular transitoria tras proceso endovascular es una entidad cuya incidencia va en aumento debido al auge de los procedimientos de radiología intervencionista en el tratamiento de anomalías vasculares intracraneales. Es considerada como un tipo de radiodermatitis secundaria a la interrupción brusca del ciclo folicular por la lesión de las células en mitosis de la matriz, afectando a los folículos pilosos en anagen. Clínicamente, se manifiesta como una alopecia de aparición súbita, de bordes geométricos, circunscrita por completo a un área concreta y de inicio de media a los 14-20 días del procedimiento. El signo de tracción es claramente positivo. En cuanto al examen tricoscópico, los hallazgos que se aprecian con mayor frecuencia son puntos negros y puntos amarillos, pelos vellosos cortos y pelos rotos. Entre sus diagnósticos diferenciales se encuentran otras formas de alopecia no cicatricial en forma de placas bien definidas, como la alopecia areata y la alopecia por presión. El tratamiento no es necesario dado que se producirá la repoblación con un promedio de 12 a 14 semanas tras el estímulo nocivo.

Se presenta una serie de tres casos de alopecia rectangular transitoria tras procedimientos de neurorradiología intervencionista (arteriografía diagnóstica y terapéutica) recientemente valorados en el Servicio de Dermatología del H.U.San Cecilio. Se valora el perfil de paciente y las

comorbilidades, así como la localización y el tipo de anomalía vascular que supuso el tratamiento intervencionista. Con respecto a este, se estudia el tiempo de fluoroscopia y la dosis recibida en cada caso.

P-16 AMILOIDOSIS SISTÉMICA AMPOLLOSA HEMORRÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO EXCEPCIONAL

Cristina Méndez Abad(1), Mercedes Pico Valimaña(1), Julia Sanz Repetto(2), Elena Baquero Sánchez(1) y José Carlos Armario Hita(1) de (1)Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz y (2)Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La amiloidosis sistémica es una enfermedad grave de difícil tratamiento y en la mayoría de las ocasiones de mal pronóstico. Afecta a la piel en menos del 40 % de los casos siendo las manifestaciones más frecuentemente encontradas las equimosis sobre todo en párpados (ojos de mapache), la macroglosia y la pápulas, placas o nódulos de aspecto céreo. Hay descritas otras manifestaciones cutáneas menos frecuentes siendo las lesiones ampollosas una manifestación excepcional.

Caso clínico: Mujer de 72 años que acude urgencias por anuria, deterioro del estado general y anorexia. Antecedentes de hipertensión arterial, fumadora, obesidad, diverticulosis y anemia ferropénica. En seguimiento por nefrología por deterioro progresivo de la función renal desde hacía 4 meses. Nos consultan por presentar desde hacía escasas semanas lesiones cutáneas en abdomen y extremidades así como desarrollo de lesiones dolorosas exudativas en pliegues. A la exploración la paciente impresiona de gravedad, se encuentra somnolienta y poco reactiva. Sin lesiones en mucosas. Presenta en pliegues ampollas flácidas muchas de ellas desnudas y con costras hemorrágicas. En abdomen y extremidades presenta máculas rojo- violáceas tenues sin descamación. Hiperpigmentación difusa facial.

Se realiza biopsia cutánea y de grasa abdominal así como inmunofluorescencia directa (IFD). En la biopsia se observa una ampolla subepidérmica con escaso infiltrado inflamatorio. IFD negativa. Se realiza tinción de Rojo Congo de grasa abdominal que resulta positivo.

La paciente sufrió empeoramiento clínico rápido siendo exitus en escasos días. Se realizó el diagnóstico de amiloidosis sistémica ampollosa postmortem

Conclusiones: Se han descrito en la literatura aproximadamente 30 casos de amiloidosis sistémica ampollosa hasta la actualidad siendo la localización en pliegues y la forma hemorrágica la más reportada coincidiendo con los hallazgos descritos en nuestro caso.

Es importante tener presente esta sospecha clínica ante un paciente con deterioro rápido de su estado general, insuficiencia renal no filiada y lesiones ampollosas hemorrágicas en pliegues.

P-17 ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Virginia Linares López(1), Ángela Navarro Gilabert(1), José Manuel Masero Carretero(1), Juan Manuel Morón Ocaña(1), Ana Isabel Lorente Lavirgen(1) y Isabel María Coronel Pérez(1) de (1)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla.

Introducción: La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal que se caracteriza por inflamación transmural y áreas salteadas de afectación. Puede afectar a cualquier porción del tracto gastrointestinal luminal, desde la cavidad oral hasta el área perianal. La enfermedad de Crohn metastásica (ECM) implica la presencia de granulomas no caseificantes en la piel en sitios anatómicamente separados de las áreas de EC gastrointestinal. Puede clasificarse en lesiones genitales y no genitales. La ECM se considera una gran imitadora, presentando múltiples diagnósticos diferenciales.

Caso Clínico: Presentamos una mujer de 83 años con antecedente de cirugía abdominal secundaria a una EC, que acudió por la aparición de una úlcera dolorosa alrededor de la ostomía. Ésta fue evolucionando a pesar del tratamiento tópico, presentando una placa violácea ulcerada de 15 cm. A nivel histológico se observaron granulomas no necrotizantes con fibrosis y signos de inflamación aguda y crónica. La lesión respondió a tratamiento biológico con Adalimumab y curas locales con Tacrolimus al 0,1%.

Discusión: La ECM es una manifestación rara de la EC definida por lesiones granulomatosas que infiltran la piel, por lo que hay que hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades granulomatosas como es la sarcoidosis, pioderma gangrenoso, la granulomatosis de Wegener, reacciones granulomatosas a cuerpo extraño y algunas infecciones. La incidencia real de esta patología es subestimada, debido a su variada presentación clínica, lo que puede conducir a diagnósticos erróneos. Presentamos un caso de localización atípica de una enfermedad que aún no se conoce su mecanismo patogénico con exactitud. El manejo clínico fue un reto para el clínico por su diagnóstico diferencial con otras entidades, y en el que se tuvo que usar tratamiento biológico para conseguir una respuesta favorable.

P-18 LA ERITRODERMIA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Irene Rivera Ruiz(1), César Guijarro Sánchez(1), Miguel Juan Cencerrado(1), Delia Díaz Ceca(1), Damián Moreno Mesa(1), Beatriz Baleato Gómez(1), Pedro Jesús Gómez Arias(1), Manuel Galán Gutiérrez(1), Antonio José Vélez García-Nieto(1) y Juan Luis Sanz Cabanillas(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedente personal de hiperuricemia ingresado por eritrodermia de un mes de evolución que no mejora tras tratamiento corticoideo y retirada de alopurinol. En la exploración física presenta eritrodermia exfoliativa de predominio facial y tronco. Se realizaron dos biopsias con tinción hematoxilina-eosina que mostraron alteraciones similares: acantosis y papilomatosis regulares, con espongiosis difusa de leve a moderada, ligera hiperqueratosis con abundantes neutrófilos, vacuolización de la membrana basal y moderado infiltrado inflamatorio crónico perivasculares superficial, con ocasionales eosinófilos. Los linfocitos son CD3+, CD4-, CD7+, CD8+. Ante los hallazgos inespecíficos de las biopsias se realizó posteriormente otra biopsia con inmunofluorescencia directa en la que se evidenció IgG positiva intercelular en epidermis sugestiva de pénfigo foliáceo.

Discusión: La eritrodermia (dermatitis exfoliativa) es una patología grave que puede comprometer la vida del paciente. Se presenta como

un eritema difuso exfoliativo que implica $\geq 90\%$ de la superficie corporal. Las causas más frecuentes de eritrodermia incluyen exacerbación de dermatosis inflamatorias preexistentes, reacciones de hipersensibilidad a fármacos y linfomas T cutáneos. Otras causas menos frecuentes incluyen las enfermedades ampollas como el pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo o penfigoide ampolloso. La causa de la eritrodermia se desconoce en aproximadamente un tercio de los pacientes, y en estos casos es necesario reevaluar al paciente ya que el diagnóstico se puede llegar a conseguir en los próximos meses e incluso años, siendo necesario en ocasiones hacer varias biopsias. Por otro lado, el color del eritema, el grado de descamación, la presencia de ampollas, queratodermia, alteraciones ungueales, en el cabello, en la mucosa oral, conjuntiva o aparato genitourinario pueden orientar la causa de la eritrodermia. En el caso del pénfigo foliáceo aparecen frecuentemente costras húmedas en zonas seboreicas de cara y tronco precediendo el desarrollo de la eritrodermia.

Conclusiones: En este caso clínico se presenta un varón de 75 años de edad con una eritrodermia sin diagnóstico con las biopsias iniciales. Al realizar una inmunofluorescencia directa después de realizar un amplio diagnóstico diferencial se llegó al diagnóstico de pénfigo foliáceo.

P-19 LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE VULVAR

Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Eduardo López Vera(1), Ana Serrano Ordóñez(1), José Antonio Llamas Carmona(1), Ángel Vera Castaño(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio de Dermatología.

Son pocos los casos descritos en la literatura acerca de las manifestaciones genitales del lupus eritematoso, pues constituye una forma de presentación muy poco habitual, y escasamente observada en la práctica clínica. Generalmente, el diagnóstico sienta sus bases en la previa identificación de lesiones extragenitales.

Presentamos el caso de una paciente de 30 años diagnosticada de lupus eritematoso cutáneo discoide (LECD) en su adolescencia, época en la que comenzó con lesiones en brazos, dorso nasal y cuero cabelludo. En el momento actual, la paciente refiere objetivar una lesión ulcerada localizada en la región genital. A la exploración, observamos una placa eritematosa algo erosionada, de bordes hiperqueratósicos en el labio mayor de la vulva. Se decidió realizar biopsia para estudio histológico, siendo los resultados de anatomía patológica compatibles con LECD. La paciente ha recibido diferentes tratamientos para lograr la remisión y estabilización de las lesiones; entre ellos, cloroquina, azatioprina y pautas de corticoides orales e intralesionales.

Las manifestaciones más frecuentes del LECD son placas eritematosas circulares con bordes bien definidos, situadas usualmente en áreas fotoexpuestas. Aunque la exposición a la luz ultravioleta es uno de los factores ambientales más importantes en el desarrollo de lesiones, regiones no fotoexpuestas como mucosas y áreas palmo-plantares, aparecen afectadas en un considerable número de pacientes. Concretamente, las mucosas presentan lesiones hasta en un 24% de los casos, pero solo en un 5% se ha visto implicada mucosa genital.

Las lesiones descritas en la vulva, suelen presentarse como úlceras y placas erosivas, siendo necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial con otras entidades, como infección por virus del herpes simple, sífilis primaria, aftas, enfermedad de Bechet o liquen plano erosivo. También puede expresarse de forma más típica, como placas blanquecinas y atróficas, con bordes hiperpigmentados. Suelen ser asintomáticas, no obstante, se han expuesto casos con presencia de prurito, dolor y dispareunia.

El tratamiento de las lesiones vulvares del LECD no difiere del utilizado en el resto de lesiones extragenitales, pudiendo emplearse corticoides o antipalúdicos como la hidroxiclороquina o cloroquina.

P-20 USO DE LA ECOGRAFÍA PARA LA DELIMITACIÓN INTRAOPERATORIA DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

Manuel Sánchez Díaz(1), Antonio Martínez López(1), Trinidad Montero Vílchez(1), Alejandro Molina Leyva(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo poco frecuente, con bajo riesgo de producir metástasis, pero con una alta tasa de recidivas locales. Dado que este tumor suele presentarse con márgenes mal definidos, las resecciones incompletas son comunes. La potencial utilidad de la ecografía para facilitar su delimitación intraoperatoria no ha sido correctamente estudiada.

Materiales y métodos: Se realizó cirugía de Mohs diferida tras la delimitación intraoperatoria de las lesiones de DFSP con ecografía y se compararon el margen clínico, el quirúrgico delimitado con ecografía y los resultados histológicos.

Resultados: Se realizó el procedimiento de delimitación ecográfica intraoperatoria a pacientes con DFSP. La utilización de la ecografía para la delimitación dio lugar a una mayor área de resección que la detectable clínicamente. Tras el estudio histopatológico, se obtuvieron márgenes libres, existiendo además una buena concordancia entre el área delimitada mediante ecografía y los resultados histológicos.

Conclusiones: La ecografía intraoperatoria podría ser una opción accesible y eficiente para mejorar la delimitación del DFSP. Este abordaje podría reducir la tasa de resecciones incompletas en caso de cirugía convencional y podría mejorar la precisión de las primeras resecciones durante la cirugía de Mohs.

P-21 PENFIGOIDE AMPOLLOSO DE LA INFANCIA: REPORTE DE DOS NUEVOS CASOS

Trinidad Montero Vílchez(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Pablo Díaz Calvillo(1), Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Clara Amanda Ureña Paniego(1), Alberto Soto Moreno(1), Jesús Tercedor Sánchez(1), Alejandro Molina Leyva(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes y objetivos: El penfigoide ampolloso (PA) de la infancia es una enfermedad ampollosa poco frecuente pero cuya incidencia se está incrementando. Las directrices actuales no abordan aspectos específicos de la forma infantil del PA. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos nuevos de PA y describir sus manifestaciones clínicas.

Material y métodos: Presentamos dos casos nuevos de PA con diferentes formas de presentación clínica.

Resultados: Caso 1. Una lactante de 7 meses se presentó en consultas de dermatología con ampollas de 3 días de evolución. El paciente presentaba ampollas y vesículas tensas predominantemente en palmas y plantas sin otros síntomas sistémicos. El signo de Nikolsky fue negativo. Los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis con eosinofilia. La histopatología mostró una ampolla subepidérmica con un patrón lineal de depósitos de IgG y C3 en la unión dermoepidérmica. Se decidió iniciar tratamiento con prednisona oral con buena respuesta.

Caso 2. Un niño de 12 años se presentó en consultas de dermatología con ampollas y eritema en la zona genital de 7 meses de evolución. Había sido tratado con antifúngicos por su pediatra sin mejoría clínica. Se tomó una biopsia de la lesión que reveló una ampolla dermoepidérmica, con un marcado infiltrado eosinófilo. La inmunofluorescencia directa mostró una banda de depósito lineal de IgG y C3 en la zona de la membrana basal. Se inició tratamiento con prednisona oral, lográndose la remisión completa después de 2 semanas de tratamiento.

Discusión: El PA suele aparecer en adultos mayores de 60 años pero es una enfermedad poco frecuente en niños. Sólo hay unos 150 casos descritos en la literatura. La localización de las lesiones en los pacientes pediátricos es diferente a la de los adultos: la afectación acral es la presentación más común en el primer año de vida, mientras que las lesiones genitales se consideran más frecuentes después del primer año. A diferencia de los adultos, las recaídas de la PA en los niños son raras y la remisión suele alcanzarse en pocos meses con tratamiento con corticoides orales.

P-22 PENFIGOIDE CICATRICIAL DE MUCOSAS

Rafael Mendoza Albarrán(1), Irene Navarro Navarro(1), Gonzalo Gallo Pineda(1), Alicia Jiménez Antón(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología M.Q y V. del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.



Placas eritemato-crostrosas submandibulares y úlceras en paladar.

El penfigoide cicatricial de mucosas es una entidad infrecuente y potencialmente grave que puede ocasionar importantes secuelas a nivel de distintas mucosas.

Un varón de 68 años, diagnosticado hace 10 de penfigoide de Brusting Perry, fue valorado en nuestra unidad por empeoramiento de sus lesiones cutáneas muy pruriginosas y lesiones dolorosas en mucosas oral, esofágica y ocular.

A la exploración, se observaron placas eritemato-costrosas de 1 cm de diámetro submandibulares, en cuero cabelludo y antebrazos, mal delimitadas y excoriadas; así como úlceras orales en paladar y mucosa yugal. A nivel ocular presentó simbléfaron en ambos ojos sin afectación corneal.

El estudio histológico mostró vesiculación subepidérmica con infiltrado predominantemente mononuclear, fibrosis y depósitos lineales en lámina basal de Inmunoglobulina G, C3 y fibrinógeno. En la endoscopia oral se identificaron varias erosiones fibrinosas de morfología irregular y una estenosis de esófago a 15cm de la arcada dentaria. Los estudios analíticos, incluyendo autoinmunidad con anticuerpos anti- piel, fueron normales o negativos. Finalmente, se llevó a cabo un estudio de extensión para descartar su asociación a neoplasia maligna, que fue normal.

El paciente fue diagnosticado de Penfigoide cicatricial de mucosas en base a los hallazgos clínicos e histológicos, realizándose tratamiento con pulsos de metilprednisona, inmunoglobulinas intravenosas y ciclofosfamida con buena evolución de las lesiones cutáneas y mucosas.

Esta entidad forma parte de un grupo heterogéneo de enfermedades ampollas de las membranas mucosas, y más raramente de la piel, mediadas por autoanticuerpos dirigidos frente a la unión dermoepidérmica.

Una de las complicaciones mas temidas es la producción de reacciones cicatriciales que pueden ocasionar una gran morbilidad para el paciente, con disfunciones en distintos órganos como la mucosa oral, ocular, genital, la laringe o el esófago. Por todo esto, en ocasiones se hace necesario el tratamiento sistémico con inmunosupresores como corticoides, azatioprina, ciclofosfamida o inmunoglobulinas intravenosas.

Presentamos un caso de penfigoide cicatricial o de mucosas grave tratado con ciclofosfamida e inmunoglobulinas intravenosas con respuesta satisfactoria y mantenida en el tiempo.

P-23 VASCULITIS IGA DEL ADULTO

Alicia Jiménez Antón(1), Irene Navarro Navarro(1), Gonzalo Gallo Pineda(1), Myriam Viedma Martínez(1) y Isabel Villegas Romero(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

La vasculitis IgA es una vasculitis sistémica de pequeño vaso que se caracteriza por la presencia de púrpura palpable, dolor abdominal, artralgias y nefropatía.

Mujer de 66 años, hipertensa y fumadora, acudió a urgencias por lesiones dolorosas de inicio en miembros inferiores y posterior progresión proximal junto con dolor abdominal y artralgias de una semana de evolución. A la exploración mostró pápulas purpúricas palpables, que no blanqueaban a la digitopresión, en extremidades superiores e inferiores, abdomen y región periareolar, con algunas ampollas hemorrágicas y costras necróticas. Se realizó estudio analítico incluyendo perfil renal, hepático, hemograma, serologías, autoinmunidad, marcadores tumorales, hipercoagulabilidad y crioglobulinas destacando IgM positiva de Parvovirus y elevación de CA125 con el resto de parámetros sin hallazgos relevantes. La biopsia cutánea mostró vasculitis leucocitoclástica con depósitos vasculares de IgA. Un TAC-Body descartó etiología para-neoplásica y mostró ileocolitis inespecífica. Recibió pulsos de metilprednisona intravenosa de 250mg diarios durante 5 días con respuesta cutánea parcial, pero progresión digestiva con diarrea y rectorragia, por lo que se añadió inmunoglobulinas intravenosas y sulfasalacina, sin

mejoría. Se añadió rituximab, colchicina y metotrexato sin respuesta y finalmente ciclofosfamida. A pesar del tratamiento la paciente presentó una evolución fulminante con insuficiencia respiratoria global, pancitopenia y síndrome hemofagocítico secundario que fue tratado en una unidad de cuidados intensivos con inmunoglobulinas, dexametasona y tocilizumab con mejoría de reactivos de fase aguda, falleciendo finalmente por hemorragia digestiva masiva.

La vasculitis por inmunoglobulina A es la forma más frecuente de vasculitis sistémica en niños, pero es menos común en adultos. Las manifestaciones clínicas típicas son la presencia de púrpura palpable, artralgias y dolor abdominal. La infección por Parvovirus B19 se ha asociado al desarrollo de vasculitis por IgA e independientemente, como agente causal de síndrome hemofagocítico. Presentamos un caso de vasculitis IgA desencadenada por Parvovirus B19 que desarrolló un síndrome hemofagocítico secundario con mala evolución a pesar de varias líneas de tratamientos inmunosupresores.

P-24 LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CUTÁNEO CON RÁPIDA EVOLUCIÓN

María Dañino García(1), Sandra Cases Mérida(1), Blas Meléndez Guerrero(1), María José Berrueto Salazar(1) y Juan A. Márquez Enríquez(1) de (1)Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.



Presentación multifocal de LACG-c

Varón de 73 años con antecedente de leucemia linfática crónica en remisión completa desde 2014, que consulta por lesión pectoral izquierda de reciente aparición y rápido crecimiento. A la exploración presenta una tumoración rosada de 1.5 cm que el día de la intervención, a las pocas semanas, ya había alcanzado un tamaño de 4 cm. El estudio histológico reveló la presencia de proliferación difusa de células de núcleo grande e irregular, con positividad para CD45,CD3,CD4 y CD30 y ALK y EMA negativos, siendo compatible con un linfoma anaplásico de células grandes cutáneo (LACG-c). El PET-TAC y la BMO descartaron afectación sistémica. A las pocas semanas consulta de nuevo por nuevas lesiones en labio superior y próximas a cicatriz pectoral, que se extirparon con el mismo resultado histológico. Cuando acude a recogida de los resultados de la última intervención, presenta ginecomastia derecha de 5 cm y un menor aumento de mama contralateral, que se biopsian con resultado de LACG-c. En ese momento se pauta tratamiento con MTX subcutáneo y RT con respuesta clínica y radiológica. En el PET-TAC de control a los 3 meses presenta una recaída linfática supra e infra diafragmática bilateral, hepática, pulmonar y posible en médula ósea. La BMO descarta infiltración

pero la biopsia hepática sí es compatible con infiltración por su proceso de base. En ese momento se propone inicio de CHOP pero el paciente rechaza someterse a ningún tipo de tratamiento falleciendo a los pocos días.

Dentro de los LACG se reconocen 4 formas en función de las características clínicas y moleculares: LACG primario cutáneo, LACG primario ALK+, LACG primario sistémico ALK- y LACG asociado a implantes mamarios. El LACG-c cursa con lesiones únicas o localizadas en una zona anatómica siendo la presentación multifocal y la afectación extracutánea muy poco frecuentes. Para su diagnóstico es necesario excluir la presencia de afectación sistémica en el momento inicial. La supervivencia a los 10 años en estos casos es de más del 90%. En pacientes con lesiones únicas o localizadas en un área la extirpación quirúrgica y/o la radioterapia son las alternativas terapéuticas más utilizadas, pero hasta el 40% de los pacientes presentan recaídas. El abordaje habitual en pacientes con lesiones multifocales o de comportamiento agresivo implica el uso de metotrexate, bexaroteno y más recientemente Brentuximab vedotin.

P-25 EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE FOTOTERAPIA UVA1 EN UN HOSPITAL DE GRANADA

Laura Linares González(1), Teresa Ródenas Herranz(1), Francisco Javier de la Torre Gomar(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

La fototerapia, basada en el uso de la radiación ultravioleta, es una de las opciones terapéuticas usadas en Dermatología para el tratamiento de múltiples patologías cutáneas de diversa fisiopatología. La radiación ultravioleta A1 (UVA1), que posee una longitud de onda situada entre los 340nm y 400 nm, se encuentra disponible desde hace más de 40 años. Sin embargo, ha sido en las últimas dos décadas cuando su potencial eficacia y seguridad se ha visto justificada por múltiples publicaciones científicas. Algunas de las dermatosis en las que se ha comprobado este beneficio son la dermatitis atópica, la morfea, el liquen escleroso o los linfomas cutáneos de células T.

En este trabajo se exponen los resultados de un estudio observacional retrospectivo que describe las características de los pacientes atendidos por nuestro servicio que han recibido fototerapia UVA1, incluyendo variables sociodemográficas, clínicas, así como el protocolo terapéutico establecido, tratamientos previos y concomitantes al ciclo de fototerapia, cumplimiento y respuesta al mismo, efectos adversos y satisfacción por parte del paciente según la escala TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication).

La fototerapia UVA1 parece una alternativa efectiva, con baja tasa de efectos adversos y satisfactoria en diferentes afecciones cutáneas, a menudo con mala respuesta a otros tratamientos.

P-26 ANGIOEDEMA AGUDO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE DUPILUMAB

Carmen Cruz Catalán(1), Román Barabash Neila(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Juan Ortiz Álvarez(1), Juan Manuel Liñán Barroso(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Dupilumab es el primer anticuerpo monoclonal aprobado para tratar la dermatitis atópica grave. Su principal diana es el bloqueo del receptor α de la interleuquina (IL) 4, inhibiendo la señalización de IL-4 e IL-13. A pesar de que en la mayoría de casos es un fármaco seguro y eficaz, se

han descrito algunos efectos secundarios como conjuntivitis, blefaritis, queratitis, infecciones por virus herpes simple, reacciones en el lugar de inyección o cefalea.

Solamente se ha descrito un caso de angioedema como efecto secundario de dupilumab en un paciente pediátrico. En el caso de la población adulta, no hay ningún caso descrito en la literatura de dicho efecto adverso.

Presentamos el primer caso descrito de angioedema como efecto secundario tras la administración de la primera dosis de dupilumab en una mujer adulta.

Se trata de una mujer de 44 años, que presentaba dermatitis atópica grave desde hacía cuatro años y que previamente había sido tratada con corticoides de alta potencia, azatioprina y ciclosporina, sin obtener mejoría clínica significativa y presentando frecuentes recaídas. Realizó tratamiento con baricitinib.

La paciente inició tratamiento con dupilumab dada la gravedad de la enfermedad y con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Pero 48 horas después de la administración de 600 mg de dosis de carga de dupilumab, la paciente acude a nuestra consulta refiriendo la aparición, de forma intensa y repentina, de edema facial y labial, sin enrojecimiento facial o prurito.

La paciente no tenía antecedentes de edema facial. Los estudios analíticos fueron normales.

Debido a que la paciente no quería discontinuar el tratamiento, se consensó con la paciente continuar con el tratamiento y administrar la primera dosis de mantenimiento de 300 mg.

Para garantizar una segura administración de la segunda dosis de dupilumab, se pre-medicó a la paciente con 30 mg de prednisona un día antes, así como continuar el tratamiento con prednisona los cuatro días después de dicha dosis, la cual se administró finalmente sin efectos adversos. Actualmente la paciente continúa el tratamiento con dupilumab sin presentar nuevos efectos adversos y con una importante mejoría de las lesiones de su dermatitis atópica.

En conclusión, esperamos que este caso sirva para poner advertir de que el angioedema puede ser un potencial efecto adverso de dupilumab en población adulta.



Angioedema agudo

P-27 ESTUDIO DELPHI SOBRE EL CONCEPTO DE CONTROL EN LA URTICARIA CRÓNICA Y RECOMENDACIONES SOBRE CÓMO ALCANZARLO

Ricardo Ruiz Villaverde(1), José Juan Pereyra Rodríguez(2), Manuel Galán-Gutiérrez(3), Sara Alcántara-Luna(4), Francisco Navarro-Triviño(1), David Jiménez-Gallo(5), Eliseo Martínez-García(6), Carlos Hernández-Montoya(7), Javier Miquel(8) y José Carlos Armario-Hita(9) de (1)Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, (2)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (3)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (4)Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, (5)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (6)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (7)Hospital de Poniente, El Ejido (Almería), (8)Hospital Arnau de Vilanova, Valencia y (9)Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Antecedentes y objetivos del estudio: Existe la necesidad de definir de manera consensuada qué es el control de la urticaria crónica (UC), cuáles son los objetivos terapéuticos y cómo hay que evaluarlos con el fin de realizar un manejo integral del paciente con urticaria.

Materiales y métodos: Para la realización de las recomendaciones se utilizó la metodología Delphi. Se identificaron cuestiones a resolver, se realizó una búsqueda bibliográfica y se redactaron 137 ítems que se sometieron a votación por 139 de panelistas (15 en Andalucía) en dos rondas de validación. Cada uno de los ítems fue puntuado en una escala de Likert para evaluar su grado de consenso (mínimo 1, pleno desacuerdo; y máximo 9, pleno acuerdo).

Resultados: 100 de 137 ítems fueron consensuados en el acuerdo; 5 en el desacuerdo y 32 quedaron sin consensuar. En Andalucía 95, 2 y 40 respectivamente. Se diferencia entre los términos de control y remisión en pacientes asintomáticos en función de si estos están o no bajo tratamiento. El término recidiva es consensuado para definir la reaparición de síntomas en un paciente en remisión. Sin embargo, no se pudo establecer un consenso en la definición de la reaparición de síntomas en un paciente controlado.

Se consensó la definición de control completo, buen control y control parcial, así como sus implicaciones en la práctica clínica. Se establece el control completo como objetivo terapéutico de la UC, aceptándose el buen control cuando no existan alternativas terapéuticas. Se rechaza el control parcial como un objetivo terapéutico óptimo (tabla 1).

Se recomienda el uso de cuestionarios validados de manera sistemática y continuada para evaluar la actividad y control de la enfermedad, así como la calidad de vida. UAS7 y UCT son los cuestionarios más aceptados para evaluar la actividad y control de la UC. Se recomienda ASS7 o

número de episodios/mes en presencia de angioedema; y CU-Q2oL, AE-QoL y DLQI para calidad de vida.

Conclusiones: Este estudio proporciona unas recomendaciones útiles y aplicables en la práctica clínica que se basan en el uso de cuestionarios validados junto con el juicio clínico y la opinión del paciente para alcanzar el control completo de la UC. El grado de consenso a nivel nacional y andaluz fue muy consistente al largo del estudio.

Tabla 1. Grado de consenso en relación con el control de la urticaria crónica.

Tabla 1. Grado de consenso en relación con el control de la urticaria crónica.		Total N (%)	Andalucía N (%)
Definición de Control	El control completo de la UC se puede definir como la ausencia de signos o síntomas de la enfermedad mientras el paciente está bajo tratamiento.	132 (95)	14 (93)
	El buen control de la UC se puede definir como una disminución de la intensidad de los signos y síntomas de la enfermedad con tratamiento a un nivel adecuado a juicio del médico y del paciente.	119 (86)	13 (87)
	El control parcial de la UC se puede definir como una disminución de la intensidad de los síntomas o signos de la enfermedad con tratamiento, pero sin alcanzar un nivel adecuado a juicio del médico y del paciente y sin llegar a normalizar la calidad de vida.	126 (91)	15 (100)
Definición de objetivos terapéuticos	El objetivo terapéutico de la UC debe ser alcanzar el control completo de la enfermedad.	127 (91)	13 (87)
	Si tras agotar las distintas alternativas terapéuticas no se logra un control completo, el objetivo terapéutico será el buen control tratando de alcanzar una actividad mínima de la enfermedad.	138 (99)	15 (100)
	El control parcial no es un objetivo terapéutico óptimo.	117 (84)	14 (93)
Se recomienda definir el control completo de la UC en la práctica clínica mediante el cumplimiento del criterio:	UAS7 = 0 (no aplica en CINDU y angioedema).	124 (89)	14 (93)
	UCT = 16.	113 (81)	12 (80)
	Ausencia de angioedema (ASS7 o ASS28 = 0) si hay historia de angioedema.	125 (90)	15 (100)
	Calidad de vida óptima (Ej. DLQI = 0-1).	108 (78)	12 (80)
Se recomienda definir el buen control de la UC en la práctica clínica mediante el cumplimiento del criterio:	UAS7 1-6 (no aplica en CINDU y angioedema).	133 (96)	14 (93)
	UCT ≥ 12.	124 (89)	13 (87)
	Presencia de angioedema (ASS7 o ASS28 > 0) que NO interfiera con la actividad normal o que NO tenga un impacto elevado/significativo en la calidad de vida (si hay historia de angioedema).	124 (89)	14 (93)
	Buena calidad de vida (p. ej., DLQI = 2-5).	114 (82)	13 (87)
Se recomienda definir el control parcial de la UC cuando, a pesar de observar cierta mejoría clínica, el paciente sigue con enfermedad activa al mantener:	UAS7 > 6 (no aplica en CINDU y angioedema).	118 (85)	13 (87)
	UCT < 12.	116 (83)	13 (87)
	Presencia de angioedema (ASS7 o ASS28 > 0) que interfiera con la actividad normal o que tenga un impacto significativo en la calidad de vida (si hay historia de angioedema).	115 (83)	12 (80)
	Un impacto significativo en calidad de vida (p. ej., DLQI >5).	103 (74)	11 (73)

N: número de respuestas. (%): porcentaje de respuestas a favor

P-28

ABSCEOS FRÍOS MÚLTIPLES ESTAFILOCÓCICOS EN GRANDES PLIEGUES: UNA NUEVA ENTIDAD BENIGNA EN NEONATOS

María Dolores Pegalajar García(1), Ana Gil Villalba(1), Teresa Ródenas Herranz(1) y Juan Pablo Velasco Amador(1) de (1)Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.



Abscesos fríos en pliegues inguinal y axilar

Caso clínico: Varón recién nacido a término de 11 días de edad que acude por nódulos múltiples asintomáticos en pliegues axilar e inguinal, sin presentar fiebre ni otra clínica sistémica. Destacan como antecedentes perinatales una diabetes mellitus gestacional materna y un episodio de onfalitis el tercer día de vida.

A la exploración, dos nódulos amarillentos de consistencia firme y eritema perilesional en ingle izquierda, y otro nódulo de similar aspecto sobre la axila derecha, sin hallarse masas ni megalias.

Como pruebas complementarias, se realizaron una analítica sanguínea con bioquímica y hemograma, serologías para lúes, hepatitis B y C y citomegalovirus; y un análisis de función fagocítica, un recuento de poblaciones linfocitarias e inmunoglobulinas, todos ellos normales. El cultivo del material purulento de una lesión dio

resultado positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SAMS), y el estudio histológico reveló un infiltrado neutrofílico en dermis superficial y profunda, y la presencia de bacterias Gram positivas en tinción de Gram, posibilitando el diagnóstico de Abscesos fríos múltiples estafilocócicos en grandes pliegues en neonatos (AFMEGPN).

El cuadro remitió en siete días tras la toma de cloxacilina oral, sin secuelas ni recidivas tras el tratamiento.

Discusión: El AFMEGPN es una entidad recientemente descrita que cursa con nódulos en zonas de grandes pliegues sin otra clínica sistémica como fiebre o celulitis. La patogenia es desconocida, aunque la distribución de las lesiones en áreas linfoides sugiere como posible lesión precursora la adenitis. El SAMS es el microorganismo registrado en todos los casos reportados, siendo la onfalitis un factor común en varios de los mismos. En el diagnóstico diferencial de esta entidad se incluyen el Xantogranuloma juvenil (XGJ) múltiple, el Síndrome Hiper IgE o el déficit de Kinasa-4 asociada al receptor de interleucina-1 (IRAK4).

Debido a que todos los casos descritos resolvieron sin recurrencias, sin necesidad de tratamientos invasivos e incluso algunos sin antibioterapia, es importante considerar AFMEGPN en el diagnóstico diferencial de nódulos múltiples con localización en grandes pliegues para evitar métodos terapéuticos invasivos y permitir un manejo conservador que ahorre sufrimiento a pacientes tan vulnerables como los de edad pediátrica.

P-29

PENFIGOIDE GESTACIONAL EN GESTACIÓN BICORIAL-BIAMNIÓTICA MEDIANTE DONACIÓN DE ÓVULO

Miguel Ángel Duarte Ferrera(1), Amalia Serrano Gotarredona(1) y Irene García Morales(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



Manifestación clínica en nuestra paciente previo al inicio del tratamiento con inmunoglobulinas.

Introducción: El penfigoide gestacional es una enfermedad infrecuente que cursa con placas urticariales pruriginosas en las que pueden originarse ampollas subepidérmicas y que suele presentarse en el 2º y 3º trimestre de embarazo. A pesar de que la mayoría de casos presentan un curso clínico benigno y buena respuesta a corticoterapia oral, algunos casos pueden ser resistentes a estos tratamientos.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una paciente de 44 años de edad en la semana 22 de una gestación bicorial-biamniótica procedente tanto de óvulo como de esperma donados que presentó un episodio de penfigoide gestacional. Dicho episodio fue de carácter grave, con mala respuesta a los tratamientos convencionales de primera línea y requirió seguimiento estrecho, utilización de inmunoglobulinas intravenosas y finalización del parto prematuramente debido a la aparición de complicaciones.

Resultados: La paciente tuvo una respuesta pobre a corticoides tópicos de alta potencia junto a corticoides orales a dosis de 1 mg/Kg/día. Dada la mala evolución se inició tratamiento coadyuvante con ciclosporina 250mg/día junto a un ciclo de inmunoglobulinas intravenosas.

Tanto los brotes como el prurito remitieron en intensidad, lo que supuso una mejora clara de la calidad de vida de la paciente.

Discusión: El penfigoide gestacional es una dermatosis ampollosa específica del embarazo que se desarrolla habitualmente durante el segundo o tercer trimestre de la gestación.

El cuadro clínico cursa con lesiones en el abdomen con extensión al resto de la superficie corporal. Las lesiones son pápulas edematosas que confluyen en grandes placas. Sobre estas placas o sobre la piel sana aparecen posteriormente vesículas o ampollas, tensas y de contenido transparente

El diagnóstico se confirma mediante biopsia cutánea.

El tratamiento va a depender de la intensidad del cuadro clínico. Los casos leves se tratan con corticoides tópicos y con un antihistamínico vía oral. Si el cuadro clínico es más intenso se utilizarán corticoides vía oral.

En los casos resistentes se debe recurrir a otras alternativas terapéuticas. Las inmunoglobulinas intravenosas se han utilizado tanto en la etapa pre como en el posparto, tanto en monoterapia como asociada a otros inmunosupresores, y es una opción segura que debería ser considerada para casos refractarios a corticoides sistémicos.

P-30 MELANOCITOMA EPITELIOIDE PIGMENTADO: REPORTE DE DOS CASOS

Ana Medina Fernández(1), Ignacio Castaño Uhagón(1), Eliseo A. Martínez García(1), Rosa Castillo Muñoz(1), Ricardo J. Bosch García(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Caso clínico 1: Varón de 56 años que presenta una lesión parietal derecha de 5 años de evolución que ha crecido en el último año. Se trata de un nódulo de 20mm de diámetro que a la dermatoscopia presenta intensa pigmentación azulada y vasos ramificados. No adenopatías. Se extirpa con diagnóstico de melanocitoma epiteliode pigmentado. El TAC-body descarta afectación ganglionar o a distancia. Se realiza linfogammagrafía previa a biopsia selectiva de ganglio centinela donde se comprueba que existen 3 ganglios cervicales de difícil acceso quirúrgico, por lo que únicamente se amplían los márgenes de la lesión. En las sucesivas revisiones no se ha evidenciado recidiva de la enfermedad.

Caso clínico 2: Varón de 31 años que consulta por lesión occipital derecha de varios años de evolución que ha aumentado en los últimos meses. Se observa un nódulo de 15mm de diámetro de tono azul-violáceo. Presenta gran pigmentación y algunos pequeños vasos a la dermatoscopia. No adenopatías. Se extirpa con diagnóstico de melanocitoma epiteliode pigmentado. El TAC-body descarta afectación ganglionar o a distancia. Se realiza linfogammagrafía previa a biopsia selectiva de ganglio centinela donde se evidencian 2 ganglios occipitales accesibles quirúrgicamente. Se extirpan dichos ganglios, no encontrándose afectado ninguno de ellos y se amplían los márgenes de la lesión. En las sucesivas revisiones no se ha evidenciado recidiva de la enfermedad.

Discusión: El melanocitoma epiteliode pigmentado es una entidad descrita por Zembowicz que engloba al melanoma animal, al melanoma sintetizador de pigmento y al nevus azul epiteliode. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se presenta como una lesión nodular azul-negra de lento crecimiento, localizada habitualmente en extremidades, aunque también puede encontrarse en cabeza y tronco. Histológicamente hay una proliferación dérmica y subcutánea de melanocitos epitelioides y fusiformes con gran producción de pigmento. Se considera una neoplasia de malignidad intermedia dado que, aunque es frecuente que al momento del diagnóstico exista afectación ganglionar, las metástasis a distancia son raras lo que le confiere un pronóstico excelente.

Conclusiones: El melanocitoma epiteliode pigmentado puede considerarse como una entidad independiente del melanoma que presenta características clínicas e histológicas propias y un mejor pronóstico.

P-31 EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

César Guijarro Sánchez(1), Irene Rivera Ruiz(1), Miguel Juan Cencerrado(1), Delia Díaz Ceca(1), Damián Moreno Mesa(1), Beatriz Baleato Gómez(1), Juan Luis Sanz Cabanillas(1), Pablo Fernández-Crehuet Serrano(1), Pedro Jesús Gómez Arias(1), Manuel Galán Gutiérrez(1), Antonio Vélez García-Nieto(1) y Alicia Sanz Zorrilla(2) de (1)UGC de Dermatología y (2)UGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 56 años remitida por la presencia de lesiones papulosas diseminadas distribuidas por región facial y superficie extensora de extremidades superiores e inferiores de 1 año de evolución. No refería antecedentes personales de interés y al explorar a la familia apreciamos que su hijo y hermana presentaban lesiones similares. En la exploración física destacaban una lesión crateriforme de 4 mm de diámetro máximo localizada en el muslo izquierdo y otra similar de 5 mm en tercio inferior de la pierna izquierda. Se procedió a la extirpación quirúrgica de ambas confirmando el estudio histológico el diagnóstico de sospecha de carcinomas epidermoides microinfiltrantes bien diferenciados.

La presencia de lesiones verrugosas generalizadas clínicamente similares a verrugas planas, carcinomas epidermoides y antecedentes familiares de lesiones similares hizo plantearnos el diagnóstico de epidermodisplasia verruciforme. Se realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones verrugosas que evidenció cambios sugestivos de infección por virus del papiloma y el estudio inmunológico mediante hibridación in situ del virus del papiloma humano resultó negativo. La analítica de sangre no mostró alteraciones significativas ni inmunosupresión. Se recomendó fotoprotección y e inicio de acitretino oral a dosis de 0,5 mg/kg diario.

Discusión y conclusiones: La epidermodisplasia verruciforme es una enfermedad de baja prevalencia que se caracteriza por el desarrollo de verrugas planas y lesiones similares a pitiriasis versicolor, asociadas a ciertos serotipos del virus del papiloma humano. Se trata de una entidad poco referida con apenas 500 casos descritos en la literatura. Hay una forma hereditaria autosómica recesiva, más frecuente, y otra adquirida por inmunodepresión. El diagnóstico y tratamiento precoz es vital en su pronóstico, evitando la progresión a carcinomas epidermoides avanzados. La fotoprotección exhaustiva es el pilar fundamental del tratamiento y se han descrito resultados variables con acitretino oral, tratamientos tópicos y láser.

P-32 PARAQUERATOSIS GRANULAR AXILAR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CALCIPOTRIOL TÓPICO

Ana Carmona-Oliveira(1), Sara Merino Molina(1), Norberto López Navarro(1), Rosa M. Castillo Muñoz(1), Eliseo A. Martínez García(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La paraqueratosis granular es un trastorno poco frecuente debido a una alteración en el proceso de queratinización con signos histológicos específicos y de etiología desconocida. Clásicamente se ha descrito en la axila, aunque también hay casos registrados en otras áreas intertriginosas.



Pápulas marrónceas queratósicas en la axila

Caso clínico: Presentamos los casos de dos pacientes, un varón de 58 años y una mujer de 55 años sin antecedentes de interés, que consultaron en nuestro servicio por la aparición de lesiones cutáneas ligeramente pruriginosas en una axila y en ambas, respectivamente, de unos 6 meses de evolución. A la exploración presentaban pápulas marrónceas, queratósicas que confluían formando una placa, escasamente infiltrada en región axilar. No presentaban lesiones cutáneas a otros niveles ni ninguna otra sintomatología acompañante. Se realizó una biopsia en la que se observó una epidermis acantósica con una marcada capa córnea paraqueratósica con presencia de gránulos de queratohialina, además de un discreto infiltrado linfocitario perivasculoso en la dermis papilar. Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de paraqueratosis granular axilar. En ambos pacientes, se pautó tratamiento con calcipotriol crema dos veces al día durante 2 meses con gran mejoría de las lesiones.

Conclusiones: La paraqueratosis granular es una entidad poco frecuente que fue descrita por primera vez por Northcutt en 1991. Es más frecuente en mujeres de 40 a 60 años y los hallazgos histopatológicos que presenta son característicos, con una marcada capa córnea paraqueratósica con presencia de gránulos de queratohialina. La etiología es desconocida, aunque casi todos los autores coinciden en la existencia de un factor irritante precipitante (como, por ejemplo, los desodorantes). En nuestro caso, ambos pacientes se aplicaban de forma regular desodorantes en las axilas. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con distintas patologías: pénfigo vegetante, Haley-Haley, dermatofitosis, Darier o psoriasis invertida. La respuesta al tratamiento es variable con distintas opciones como derivados de la vitamina D y corticoides tópicos, entre otros. Presentamos dos casos de paraqueratosis granular axilar, una patología infrecuente con buena respuesta al tratamiento con calcipotriol tópico.

diferencial con distintas patologías: pénfigo vegetante, Haley-Haley, dermatofitosis, Darier o psoriasis invertida. La respuesta al tratamiento es variable con distintas opciones como derivados de la vitamina D y corticoides tópicos, entre otros. Presentamos dos casos de paraqueratosis granular axilar, una patología infrecuente con buena respuesta al tratamiento con calcipotriol tópico.

P-33 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE PREDISPOSICIÓN A TUMORES BAP 1 POR LESIONES CUTÁNEAS

Álvaro Sánchez Leiro(1), Francisca Silva Clavería(1), Luis Ortega Berbel(1), Lara Ferrándiz(1), Almudena Fernández Orland(1), Alejandro Álvarez Muñoz(1), Juan José Ríos Martín(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



Dermatoscopia de un tumor melanocítico con pérdida de expresión BAP (BIMT)

Introducción: El síndrome de predisposición a tumores BAP-1 es un proceso hereditario (AD) que aumenta el riesgo de desarrollar tumores malignos y benignos, particularmente cutáneos. Este síndrome es debido a la presencia de mutaciones en el gen BAP (BRCA1) (cromosoma 3) que codifica para la síntesis de la proteína BAP, una proteína que participa en la supresión tumoral.

Todas las familias que heredan la variante mutada de BAP1 tienen aumento en el riesgo de tumores de inicio a edades tempranas. Presentamos 3 Casos clínicos en los cuales el rol del patólogo y dermatólogo es fundamental para establecer este diagnóstico.

Casos clínicos: Hombre de 57 años con antecedentes personales de mesotelioma metastásico 20 años atrás que consulta por una lesión melanocítica localizada en el pabellón auricular derecho. En la misma localización presentaba una cicatriz de un tumor de Spitz atípico que había sido extirpado 1 año antes. La biopsia quirúrgica de la lesión auricular co-

rrespondió con una recidiva de la neoplasia melanocítica inicialmente diagnosticada como "tumor de Spitz atípico". La revisión patológica de ambas lesiones confirmó el diagnóstico de melanoma nodular con pérdida de expresión BAP1. El estudio evidenció una mutación heterocigota somática con posible variante patogénica en c.1983+1G>A BAP1 gen. Los siguientes pacientes corresponden con una mujer con melanoma múltiple y pérdida de expresión BAP y su hijo de 16 años que presenta múltiples tumores melanocíticos con pérdida de expresión BAP (BIMTs).

Conclusiones: Los tumores melanocíticos con inactivación del BAP1 (BIMTs) o BAPomas son una manifestación presente en el 70-100% de los pacientes con Síndrome de predisposición a tumores BAP1. El Síndrome de predisposición a tumores BAP1 asocia principalmente melanoma uveal de aparición temprana y peor pronóstico, mesotelioma, carcinoma renal y melanoma.

Dentro de las manifestaciones tumorales, los BIMTs son los que aparecen a edades más tempranas seguido por el melanoma cutáneo, poniendo al dermatólogo con un rol crucial en la primera línea diagnóstica.

Biogen Biosimilares

Transformando vidas

De la unión de la innovación científica y la accesibilidad nace la transformación en las vidas de las personas que sufren enfermedades inmunoinflamatorias.

 **Imraldi™**
Adalimumab

 **Benepali™**
Etanercept

 **Flixabi™**
Infliximab

Medicamento sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento. Se recuerda la importancia de notificar las sospechas de reacciones adversas al Centro Autónomo de Farmacovigilancia correspondiente mediante el sistema de tarjeta amarilla (http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/dir_serfv.pdf) o a través del formulario electrónico disponible en <https://www.notificaRAM.es> Correo electrónico: Medinfo_Biogen@quintiles.com

 **Biogen®**



Publicación oficial de la Academia Española de Dermatología y Venereología (A.E.D.V.)