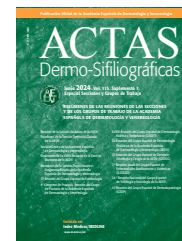




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reunión de la Sección Andaluza de la AEDV

Granada, 10 y 11 de marzo de 2023

COMUNICACIONES ORALES

1. NÓDULOS AMARILLENOS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN: UNA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA ESPECÍFICA

J.M. Llamas Molina, J.P. Velasco Amador, Á. Ayén Rodríguez, F.J. de la Torre Gomar, D. Moyano Bueno y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

La amiloidosis nodular cutánea localizada (ANCL) es una enfermedad infrecuente atribuida a la proliferación de células plasmáticas y al depósito de cadenas ligeras de inmunoglobulinas en la piel. Se presenta el caso de una mujer de 75 años con antecedentes personales de síndrome de Sjögren (SjS) desde hacía 6 años, que consultó por nódulos asintomáticos en la pierna izquierda de 3 años de evolución. Presentaba nódulos céreos y amarillentos ($n = 4$), de 4,0 cm de diámetro el mayor, localizados en la región pretibial izquierda. La dermatoscopia de las lesiones mostró una superficie lisa y sin estructura, de color amarillento, con áreas hemorrágicas y escasos vasos de aspecto telangiectásico. La histopatología reveló una epidermis atrófica y depósitos de material eosinofílico amorfo en dermis, siendo positivo para la tinción con rojo Congo. Así, se pudo establecer el diagnóstico de amiloidosis nodular. El hemograma y el proteinograma resultaron normales, y no se detectó proteína M en suero ni proteína de Bence Jones en orina. No se identificaron depósitos de amiloide en la biopsia grasa abdominal ni en médula ósea. Una vez descartada la amiloidosis sistémica, se decidió la abstención terapéutica y realizar un seguimiento periódico de la paciente. La ANCL es incluida en las formas primarias de amiloidosis cutánea junto con la amiloidosis macular y la liquenoide. No es infrecuente su asociación a enfermedades autoinmunes del tejido conectivo, y hasta un 25% de los casos de ANCL se dan en pacientes con SjS. Revisando la literatura, se encontraron un total de 26 artículos para un total de 34 pacientes con ANCL y SjS. La edad media de los pacientes fue de 65,03 años, con una mediana de 65 años (35-88). Todos menos uno de los casos reportados corresponden a pacientes de sexo femenino (97%). La mediana de años transcurridos hasta el diagnóstico de ANCL fue de 5,89. La localización más frecuente reportada fueron las extremidades inferiores (19/34), seguido del tronco (16/34). Se manifestó como multifocal en el 20,6% de los casos. La ANCL es una enfermedad muy poco frecuente

que está estrechamente relacionada con el SjS. Así, cuando se confirma el diagnóstico de ANCL, se debería realizar un despistaje de un posible SjS subyacente, especialmente en pacientes de sexo femenino en la séptima década de vida con lesiones de ANCL en el tronco y/o las extremidades inferiores.

2. ERITEMA POSTIMPLANTACIÓN EN LAS MAMAS, AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO DEL ERITEMA RETICULAR TELANGIECTÁSICO

C. Llamas Segura, F.J. de la Torre Gomar, M. Cebolla Verdugo, J.P. Velasco Amador, Á. Prados Carmona, A. Martín Castro y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El eritema postimplantación (EPI), también denominado eritema reticular telangiectásico (ERT), es una entidad infrecuente principalmente asociada a la implantación de dispositivos electrónicos o metálicos. Generalmente no presenta otros síntomas acompañantes y puede aparecer incluso años después de haberse intervenido. Presentamos un nuevo caso de eritema postimplantación a implantes mamarios (EPIM).

Caso clínico. Mujer de 47 años, con antecedentes de colocación de implantes mamarios hacía 15 años. Acudió a consulta refiriendo un cuadro que cursaba con lesiones en zona inferior de ambas mamas de 4 meses de evolución. A la exploración presentaba un eritema de bordes mal definidos y de distribución bilateral en la zona referida. El estudio histológico mostraba una dermatitis perivascular superficial a expensas de eosinófilos, con extravasación de hematíes a la dermis. No se observaba espongiosis ni presencia de células de Langerhans a nivel dérmico. Las pruebas epicutáneas realizadas fueron negativas. Se realizó el diagnóstico de EPIM y se pautó tratamiento con propionato de clobetasol en crema una vez al día con respuesta completa a los 15 días de tratamiento. Tras 2 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática.

Discusión. La aparición de EPI se trata de un diagnóstico de exclusión. Su presentación clínica e histológica es variable. Clínicamente, se caracteriza por máculas eritematosas distribuidas por las zonas declives mamarias adyacentes al cuerpo extraño, que palidecen a la presión, observándose también pequeñas telangiectasias en su superficie. Histológicamente, suele presentarse como un infiltrado inflamatorio linfohistiocitario acompañado de ectasia

vascular de los vasos presentes en la dermis. Habitualmente se realizan pruebas epicutáneas, que suelen mostrar resultado negativo. Se plantea la obstrucción mecánica como posible agente etiológico, de forma que la presión que ejerce el cuerpo extraño en la piel adyacente produciría modificaciones en la circulación de los vasos sanguíneos a nivel local, actuando como agente proinflamatorio. Su manejo es conservador y, generalmente, no incluye la retirada del material protésico. Presentamos el tercer caso descrito de EPIM. En nuestro caso, la paciente ha mostrado respuesta favorable y mantenida a tratamiento con corticoides tópicos.

3. LESIONES AMPOLLOSAS EN VARÓN JOVEN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

C.A. Mochón Jiménez^a, I. Valenzuela Salas^a, M. Galán Gutiérrez^a, P.J. Gómez Arias^a, A. Sanz Zorrilla^b, D. Moreno Mesa^a, M.J. Cencerrado^a, D. Díaz Ceca^a, I. Rivera Ruiz^a, C. Guijarro Sánchez^a, A. Ballesteros Antúnez^a y A.J. Vélez García-Nieto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Las enfermedades ampollasas suponen un reto diagnóstico y terapéutico en nuestro día a día, dado que existe un gran solapamiento clínico e histopatológico entre distintas entidades. En la práctica, sucede que casos clínicamente sospechosos de un tipo de enfermedad ampollasas, se corresponde inmunológica e histopatológicamente con otra. Por este motivo, debe realizarse un exhaustivo diagnóstico diferencial y una correcta correlación clínica con los resultados de las pruebas complementarias, como comprobaremos en el caso que se expone a continuación.

Caso clínico. Varón de 38 años, sin antecedentes de interés ni alergias conocidas, que consulta por presentar un cuadro de lesiones ampollasas de una semana de evolución acompañado de aftas en mucosa oral. En la exploración, se aprecian vesículo-ampollas tensas, de líquido claro sobre base eritematosa, de predominio flexural. Se realiza biopsia convencional de zona axilar para estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa, y analítica con perfil autoinmune. En estos momentos se inicia tratamiento corticoideo tópico y oral. El informe anatomopatológico revela hallazgos compatibles con penfigoide ampollasas, mostrando inmunofluorescencia directa positiva para inmunoglobulina G y factor C3 del complemento de distribución lineal en la membrana basal. En analítica destaca anticuerpos antinucleares positivos a títulos 1/640, con anticuerpos anti-ADN de doble cadena y anti-Sm positivos. La evolución del paciente es subóptima, con aparición de nuevas lesiones. Ante la mala evolución y la discordancia clínica-analítica-histopatológica, se decide ampliar el perfil analítico autoinmune y revisar el caso junto con el servicio de Anatomía Patológica. La ampliación del perfil analítico, mostraba anticuerpos anti colágeno tipo VII positivos. Tras reevaluar el caso, se opta por iniciar tratamiento con dapsona, consiguiendo una respuesta rápida y favorable, decantándonos hacia el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico ampollasas.

Conclusiones. Presentamos un caso clínico con un complejo diagnóstico diferencial y una evolución desfavorable, en el que ante una refractariedad clínica pese a tratamiento dirigido, debemos replantearnos el diagnóstico y optar por un manejo terapéutico diferente. Una respuesta efectiva al tratamiento es una característica que orienta hacia el diagnóstico definitivo.

4. LO QUE LOS NÚDULOS ESCODEN: ISLAS DE LOS MARES DEL SUR

J.M. Morón Ocaña^a, I.M. Coronel Pérez^a, M.B. Cívico Ruiz^a, T. Reyes Sánchez^b, M.C. Castro Méndez^c y E.M. Rodríguez Rey^a

Servicio de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMicrobiología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. La aspergilosis cutánea primaria (ACP) se produce por una inoculación directa del hongo en la piel, generalmente asociada a una lesión o agresión local, y sucede normalmente en pacientes inmunodeprimidos. El diagnóstico de ACP solo puede emitirse tras haber descartado la diseminación hematogena del hongo a la piel desde un foco a distancia.

Caso clínico. Varón de 74 años pluripatológico en tratamiento con prednisona, tacrólimus y micofenolato por un trasplante renal en 2012. Consultó por nódulos subcutáneos violáceos y de color piel con exulceración superficial en tercio inferior de pierna derecha de 0,5-1 cm, coalescentes entre sí, formando placas de 5 centímetros (cm), con aspecto tumoral. En la biopsia cutánea se observaron hifas tabicadas, de angulación recta y con vesiculación que se correspondieron con el aislamiento de *Aspergillus fumigatus* en el cultivo. Tras descartar afectación sistémica, se realizó el diagnóstico de ACP. Se inició isavuconazol oral, pero tras 5 días hubo que suspenderlo por malestar general y elevación de los niveles de tacrólimus en plasma. Se realizó cambio a terbinafina 250 miligramos cada 24 horas durante 3 meses. A pesar de persistir algunos nódulos ligeramente elevados y queratósicos de 0,3 cm; dos biopsias multicéntricas mostraron cultivos negativos y no se detectó antígeno galactomanano en plasma, indicando curación de la infección.

Discusión. La anfotericina B y los azoles son los fármacos más empleados en el tratamiento de la aspergilosis. Sin embargo, son unos inhibidores muy potentes de las isoenzimas del complejo CYP3A4 hepático, incrementando de forma considerable las concentraciones séricas de los principales inmunosupresores. Aunque existen pocas publicaciones, algunos estudios demuestran la eficacia de la terbinafina contra el género *aspergillus* in vitro. Debido a su farmacocinética, habitualmente no penetra muy bien en tejidos profundos y no es útil en aspergilosis sistémicas, pero tiene una excelente distribución en piel y uñas.

Conclusión. La terbinafina es un fármaco que habría que tener en cuenta en el tratamiento de la ACP en aquellos pacientes en los que no puedan usarse los fármacos de primera línea. En los pacientes trasplantados, es de especial interés al no interferir con el citocromo CYP3A4 y en nuestro caso ha demostrado ser eficaz a dosis convencionales a pesar de la inmunosupresión.

5. NECROSIS DEL CUERO CABELLUDO EN PACIENTE ANCIANO: UN RETO DIAGNÓSTICO

A. Carmona-Oliveira, I. Castaño Uhagón, J.A. González Saavedra, E.A. Martínez García, N. López Navarro y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Varón de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes con mal control metabólico, fibrilación auricular, arteriopatía ocluyente crónica distal bilateral (2011) e ictus isquémico cardioembólico (marzo 2022) que acude al Servicio de Urgencias refiriendo cefalea intensa y lesiones cutáneas en cuero cabelludo de 4 semanas de evolución. Había sido diagnosticado de herpes zóster con evolución tórpida, pero no había sido valorado por dermatología. Negaba pérdida de visión, pero reconocía claudicación mandibular, pérdida de peso y debilidad en miembros superiores. A la exploración presentaba una gran área de necrosis en región temporoparietal de predominio izquierdo que sobrepasaba la línea media. Se objetivó induración a la palpación de la arteria temporal (AT) con ausencia de pulso. En la analítica destacaba una PCR de 135. Ante la sospecha de arteritis de la temporal (ArT) se decidió ingreso. Realizamos una biopsia de la AT que mostró un extenso infiltrado inflamatorio transmural de predominio linfocitario con histiocitos y células gigantes multinucleadas, así como destrucción segmentaria de la lámina elástica interna, con edema de la íntima, fibrosis de reemplazo medial y extensas placas de

calcificación y oclusión de la luz vascular; todo ello compatible con arteritis de células gigantes multinucleadas. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona con gran mejoría clínica y analítica. La ArT es una vasculitis que provoca inflamación en arterias de mediano y gran calibre más frecuente en pacientes ancianos. Sus principales síntomas son cefalea intensa, pérdida de visión, claudicación mandibular y síntomas de polimialgia reumática. En raras ocasiones puede provocar necrosis del cuero cabelludo, así como de la lengua, estando relacionadas con la actividad de la enfermedad. El diagnóstico diferencial puede ser muy complejo, pudiendo confundir las lesiones cutáneas con otras patologías como herpes zóster o pioderma gangrenoso. El diagnóstico y tratamiento con glucocorticoides a dosis altas debe realizarse de forma precoz ya que se asocia con una alta morbilidad. Presentamos el caso de un paciente anciano, con necrosis del cuero cabelludo en el que la valoración por parte de Dermatología de Urgencias fue fundamental para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de ArT, patología con una importante morbilidad asociada.

6. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS DE LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA PRODUCIDOS POR LINFOMAS CUTÁNEOS DE CÉLULAS T

C. Cruz Catalán, M. Morillo Andújar, J.M. Liñán Barroso, L. Rodríguez Fernández-Freire, R. Bueno Molina y J. Conejo-Mir Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. Los linfomas cutáneos primarios son aquellos que se presentan con afectación cutánea en ausencia de enfermedad extracutánea. Pueden dividirse en linfomas cutáneos de células T (LCCT) y B, encontrando una gran variedad de subtipos histológicos en dichos grupos. El comportamiento clínico y pronóstico difiere notablemente entre los distintos subtipos, desde aquellos indolentes a otros con alta mortalidad. La linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es un síndrome agresivo producido por una activación de células T y macrófagos que conlleva una respuesta inmune excesiva. Aunque existe una forma primaria familiar, también puede ser secundario a autoinmunidad, infecciones y, hasta en un 27% a neoplasias, en especial a linfomas de células T. Nuestro objetivo es revisar los casos de LCCT de los últimos años y describir aquellos que han desarrollado LHH, para establecer una posible relación entre tipo de LCCT y LHH. En total, tres pacientes con LCCT del registro de nuestro hospital desarrollaron LHH.

Caso 1: mujer de 36 años de edad que debutó con lesiones en miembros inferiores (MMII) con diagnóstico de eritema nodoso. Posteriormente ingresó en UCI con un cuadro de LHH. Se realizó biopsia que demostró que se trataba de un LCCT paniculítico. La paciente falleció debido a este proceso. **Caso 2:** varón de 48 años que presentaba lesiones en tronco y MMII catalogadas de paniculitis lúpica (PL). A los tres años del inicio, el paciente comienza con sintomatología sistémica por lo que se vuelve a biopsiar y se llega al diagnóstico de LCCT paniculítico. A los días, debuta con LHH y fallece. **Caso 3:** mujer de 40 años que comienza con lesiones en miembros superiores que se biopsian con diagnóstico de PL. A los meses, debuta con LHH por el que requiere ingreso en UCI. Se re-biopsia con diagnóstico de LCCT gamma-delta. Continúa ingresada y recibe tratamiento quimioterápico.

Conclusiones. De forma similar a otros estudios, los casos de LCCT que desarrollaron LHH involucraban el tejido celular subcutáneo. Dado que las manifestaciones iniciales de estos linfomas pueden simular diversas afecciones (paniculitis, enfermedades del tejido conectivo, infecciones), es importante conocerlos para un diagnóstico precoz, así como el manejo del LHH para instaurar tratamiento lo antes posible.

7. LO QUE ESCONDE EL GRANULOMA

A. Ballesteros Antúnez^a, F. Gómez García^a, D. Moreno Mesa^a, M.J. Cencerrado^a, D. Díaz Ceca^a y A. Sanz Zorrilla^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La dermatitis granulomatosa intersticial es un patrón histológico característico en procesos autoinmunitarios, sin embargo, se ha descrito un amplio abanico de etiologías responsables del mismo, suponiendo en ocasiones un reto diagnóstico.

Caso clínico. Paciente de 62 años, que presenta como antecedentes hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, infarto agudo de miocardio, sin alergias medicamentosas y contacto habitual con animales de campo. Se remite al servicio de Dermatología por placas eritematodescamativas de 4 meses de evolución que se agrupan en dorso de manos, tórax y espalda. Ha recibido tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos, sin mejoría. Se realizó biopsia obteniendo como resultado dermatitis granulomatosa intersticial. Se pide analítica con serologías, marcadores tumorales, de autoinmunidad y TC toracoabdominal, siendo todo normal. Además retiramos fármacos compatibles como posibles desencadenantes y se realiza seguimiento. Pasados unos meses el paciente presenta una mala evolución del cuadro y se realiza de nuevo anamnesis. Relata junto con pérdida de peso cuadros diarreicos de meses de evolución con heces sin producto patológicos que nos lleva a la realización de un coprocultivo. El resultado del mismo es positivo para *Entamoeba histolytica*. Se realiza tratamiento dirigido con metronidazol 10 días tras los cuales el paciente presenta una evolución favorable con desaparición de las lesiones.

Discusión. La dermatitis granulomatosa intersticial representa un patrón histopatológico clásicamente asociado a trastornos autoinmunitarios, sin embargo, en la literatura se describe su presencia en toxicodermias, diversos tipos de infecciones, así como procesos neoplásicos. De esta forma, descartadas las patologías más comunes con las que se relaciona, será necesaria una anamnesis detallada para llevar a cabo la orientación del caso en la dirección adecuada, ya que el tratamiento de la causa subyacente permitirá la resolución del cuadro.

Conclusión. Presentamos el caso de un paciente con una dermatitis granulomatosa intersticial reactiva a una causa muy poco común: una infección por *Entamoeba histolytica*. Describimos los amplios diagnósticos diferenciales que pueden surgir de dicho patrón histológico y de esta forma, cómo pensar más allá de lo habitual cuando los tratamientos comunes no funcionan.

8. LESIONES AMPOLLOSAS-EROSIVAS: NO SIEMPRE TÍPICAS, NO SIEMPRE APARECEN SOLAS

M.B. Cívico Ruiz^a, E.M. Rodríguez Rey^a, V. Linares López^a, J.M. Morón Ocaña^a, C. Azaña González^b y Á. del Espino Navarro Gilabert^a

^aServicio de Dermatología y ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Caso clínico. Varón de 43 años, sin antecedentes de interés conocidos, que consultó por lesiones mucocutáneas de 3 semanas de evolución. Consistían en lesiones costrosas en cara, sobre todo en región perinasal, surco nasogeniano y canto interno de ojos, lesiones erosivas en mucosa oral y ocular, mientras que en el tronco se podían objetivar lesiones erosivas, costrosas y alguna ampolla tensa con Nikolsky negativo. Con la sospecha de dermatitis ampollosa autoinmune, se realizaron pruebas complementarias, que, aunque algunas fueron negativas o no concluyentes al inicio, finalmente pudimos confirmar el diagnóstico de pénfigo vulgar. Rehistoriando al paciente, descubrimos que era consumidor de cocaína, con último consumo coincidiendo con el inicio de las lesiones. El paciente presentó excelente evolución tras inicio de corticoides orales, sin nuevo consumo de cocaína hasta la actualidad.

Discusión y conclusiones. Las lesiones ampollas pueden suponer un reto diagnóstico, ya que incluye un amplio abanico de entidades, con lesiones clínicas superponibles entre las mismas y pruebas complementarias no siempre concluyentes. Además, existen factores que pueden agravarlas y modificar su aspecto clínico típico, siendo fundamental su detección para un adecuado manejo de la enfermedad. Como en nuestro caso, en la literatura existen casos de pénfigo vulgar inducidos por cocaína (1-2). Suelen ser varones de mediana edad, con historia pasada de abuso de cocaína, coincidiendo su consumo días-horas previos al inicio de lesiones y/o mejoría tras su cese (siendo recalcitrante hasta que no cesa su consumo). Por tanto, su detección y manejo es fundamental para el control de la enfermedad ampollas.

9. CASOS COMPLEJOS QUE NOS ENSEÑAN: PSORIASIS PARADÓJICA GRAVE SECUNDARIA A VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2 EN PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA TRATADO CON ADALIMUMAB

D. Muñoz Barba, S. Haselgruber de Francisco, A. Soto Moreno, A. Molina Leyva, A. Martínez López y S. Arias-Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. La hidradenitis supurativa (HS) y la psoriasis son dermatosis inflamatorias crónicas que pueden menoscabar la calidad de vida de los pacientes. Se ha observado que la HS es más prevalente en pacientes que padecen psoriasis respecto a controles sanos, especialmente en aquellos que presentan obesidad, tabaquismo y un debut más precoz de la afectación psoriásica.

Caso clínico. Un varón de 17 años consultó en nuestro servicio de Dermatología por lesiones en cara, espalda y tórax diagnosticándose de acné grado IV. No respondió al tratamiento con antibióticos orales, y precisó rescate con prednisona oral tras presentar un empeoramiento del cuadro cutáneo junto a sintomatología sistémica después de iniciar isotretinoína. Finalmente, se pautó dapsona junto a prednisona hasta que debutó con afectación de ambas ingles. Se diagnosticó de hidradenitis supurativa con fenotipo acneiforme y se trató con adalimumab. Año y medio después, estando en remisión del cuadro cutáneo se vacunó frente a SARS-CoV-2 y presentó un primer brote de placas eritematosas y descamativas bien definidas en tronco, miembros superiores e inferiores, palmas y cuero cabelludo, siendo diagnosticado de psoriasis paradójica grave. En ese momento se decidió iniciar tratamiento con secukinumab, que hizo remitir el brote de psoriasis y mantuvo controlado el cuadro de hidradenitis supurativa.

Discusión. La mayoría de las reacciones mucocutáneas tras la vacunación han sido poco significativas y autolimitadas en el tiempo, manteniéndose la recomendación de vacunar sin que sea necesario interrumpir tratamientos sistémicos en la mayoría de los casos. En lo que respecta a la psoriasis, se han observado casos de exacerbación de psoriasis y artritis psoriásica preexistentes, así como aparición de brotes de novo como en el caso que presentamos.

Por otro lado, en la patogénesis de la psoriasis y la hidradenitis supurativa se ven implicadas tanto la inmunidad primaria mediada por TNF- α , como de la inmunidad secundaria mediada por IL17 entre otras interleuquinas. Emplear terapias dirigidas contra alguna de estas vías, nos permitirá controlar ambas patologías y ser más eficientes a la hora de pautar un tratamiento.

10. COMEDONES COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

E. López Vera^a, J.A. Llamas Carmona^a, G. de la Vega Calvo Moreno^a, M. Romero Bravo^a, J.M. García Hirschfeld García^b y D. J. Godoy Díaz^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Los comedones son lesiones benignas que resultan en alteraciones en la proliferación y diferenciación de los queratinocitos, influido por la composición lipídica del sebo, andrógenos y la producción local de citoquinas. Los comedones suelen ser manifestación de patología benigna, aunque en ocasiones revelan enfermedades con repercusión sistémica. Presentamos el caso de una paciente de 51 años, con antecedente de hipotiroidismo que acude a consulta por cuadro de 1 año de evolución de lesiones generalizadas en forma de múltiples comedones con halo periférico eritematovioláceo, distribuidos a nivel de ambos codos, orejas, región preauricular, rodillas y palmas, sin afectación de plantas ni mucosas. Las lesiones resultaban muy pruriginosas a pesar de tratamiento con antihistamínicos sedantes y aparecían tras la exposición solar, acompañándose de astenia y leve aumento de la caída capilar, aunque no refería fotosensibilidad. Se tomó biopsia punch, que mostró acantosis, comedones y taponamiento folicular, vacuolización de la membrana basal, dermatitis de interfase y acúmulo de mucina. La analítica evidenció anticuerpos antinucleares positivos a título bajo y disminución del complemento sérico C3. Estos hallazgos fueron compatibles con lupus comedonicus sin cumplir criterios de lupus eritematoso sistémico. Se comenzó tratamiento con prednisona oral y fluticasona tópica, fotoprotección estricta y posterior introducción de hidroxycloquina oral, con gran mejoría de las lesiones tras dos meses de tratamiento. El lupus comedonicus es una rara forma de presentación del lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) de causa desconocida. Se da especialmente en mujeres jóvenes, entre la 3^a-4^a década. Suelen ser lesiones pruriginosas, en zonas fotoexpuestas, en forma de comedones con mayor o menor inflamación circundante. Es importante diferenciarlo de otras patologías, ya que LECC comedoniano es potencialmente destructivo a nivel local, responsable de cicatrices atróficas y mutilaciones en casos no tratados. El diagnóstico se realiza con estudio histológico de las lesiones. Con respecto al tratamiento, la hidroxycloquina parece más efectiva que los corticoides tópicos o las tetraciclinas, con nula eficacia de los retinoides tópicos. Dado que hasta un tercio de los casos presentan lupus eritematoso sistémico asociado, serán imprescindibles un estudio completo y revisiones periódicas del paciente.

11. SOBREENPRESIÓN DEL FGFR2 EN TRICOEPITELIOMA MÚLTIPLE FAMILIAR

A. Jiménez Antón, G. Gallo Pineda, R. Román Cheuque, D. Jiménez Gallo, J.F. Millán Cayetano y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

El tricoepitelioma múltiple familiar se engloba dentro de un espectro de genodermatosis con desarrollo de diferentes neoplasias anexas benignas y mutación descrita en el gen CYLD.

Mujer de 24 años, sin antecedentes personales de interés, consultó por lesiones faciales asintomáticas de más de diez años de evolución. Padre y tío paterno presentaban lesiones similares en la cara. A la exploración se observaron pápulas milimétricas de color piel en región centro-facial y malar. Se realizó una biopsia de una de las lesiones para estudio histopatológico, con resultado de tricoepitelioma y estudio genético, identificándose sobreexpresión del FGFR2. El estudio genético en sangre está pendiente. Se diagnosticó a la paciente de tricoepitelioma múltiple familiar y se pautó sunitinib al 1% en crema, pendiente de evaluar respuesta en la siguiente revisión. El tricoepitelioma múltiple familiar (TMF) se trata de una enfermedad autosómica dominante infrecuente, que se caracteriza por el desarrollo progresivo de tricoepiteliomas generalmente en cara y cuero cabelludo. El TMF se considera dentro del espectro de genodermatosis asociadas a una mutación en el gen supresor de tumores CYLD, que implica la formación de diferentes neoplasias benignas de origen folicular, junto con la cilindromatosis familiar (con desarrollo de cilindromas) y el síndrome de Brooke-Spiegler (con formación de cilindromas, espiadenomas y tricoepiteliomas). Diferentes tratamientos

se han empleado en la TMF con grado de respuesta variable, como la excisión quirúrgica en lesiones únicas o láser CO2, imiquimod 5% o sirolimus 1% en crema en lesiones múltiples. Presentamos el único caso descrito de tricoepitelioma múltiple familiar con sobreexpresión del FGFR2, subsidiario de tratamiento dirigido con sunitinib (inhibidor del receptor de tirosina quinasa).

12. REACCIONES GRANULOMATOSAS A MATERIALES DE RELLENO PARA USO ESTÉTICO. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

E. Boza Villar, A. Carmona Oliveira, R. M. Castillo Muñoz, G.G. Garriga Martina y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. El crecimiento de la demanda de procedimientos derivados para la mejora estética se está multiplicando en los últimos años, especialmente el uso de materiales inyectables con el fin de recuperar la armonía facial. Presentamos 4 casos de reacciones adversas de tipo granulomatoso a diferentes materiales de relleno para uso estético.

Presentación de los casos. Se trata de cuatro pacientes de sexo femenino con edades comprendidas entre los 45 y 67 años, que acudían a consulta de dermatología por la presencia de nódulos indolores de diferente consistencia localizados en zonas propias de inyección de materiales de relleno; solo una de las pacientes negó en todo momento dicho antecedente. Previo a la toma de biopsia se realizaron estudios de imagen: ecografía de partes blandas en tres de los casos y resonancia magnética en el otro. El estudio dermatopatológico de las diferentes biopsias reveló en todos los casos la existencia de un infiltrado inflamatorio granulomatoso de diversa intensidad, dispuesto alrededor de material extraño. En uno de los casos el material era homogéneo e intensamente basófilo, siendo claramente compatible con ácido hialurónico. En otro se trataba de colecciones de macrófagos alrededor de material lineal y geométrico, sin birrefringencia al microscopio con luz polarizada sugestivo de hidroxipatita cálcica, hallazgo que se confirmó mediante el estudio con microscopía electrónica. En el tercer caso se identificó de forma clara infiltrado granulomatoso alrededor de estructuras redondeadas de diferente tamaño sin núcleo llegando a apreciar incluso cuerpos asteroides en alguno de los macrófagos, siendo estos hallazgos compatibles con sílicona. En el cuarto de los casos el infiltrado se disponía alrededor de vacuolas circulares, de forma y tamaño constante, siendo compatible con artecoll.

Discusión. Se cree importante la presentación de esta serie de casos debido a la alta prevalencia actual del uso con fines estéticos del ácido hialurónico y la hidroxipatita cálcica. Asimismo, pese al cese del uso de materiales de relleno como la sílicona y el artecoll, se entiende necesario el conocimiento de este tipo de reacciones adversas con el fin de tenerlas presentes en el día a día de la práctica clínica.

13 HONGO PARECE, TIÑA NO ES

G. de la Vega Calvo Moreno^a, A. Serrano Ordóñez^a, A. Arroyo Córdoba^a, C. Collantes Rodríguez^a, J.M. García-Hirschfeld García^b y J.A. Llamas Carmona^a

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

El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune, que afecta piel y mucosas. Según la localización de la ampolla, se clasifica en vulgar (con subtipo vegetante) y foliáceo (con subtipo eritematoso). Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años, derivado a consulta por placas eritematosas, de morfología anular, con borde de avance sobreelevado pustuloso y marcada exudación, localizadas en los cua-

tro espacios interdigitales y extensión a cara dorsal de antepié derecho; diagnosticadas de forma ambulatoria como tiña pedis con nula respuesta a tratamiento. Se llevó a cabo toma de cultivos y biopsia cutánea, así como inicio de antibioterapia empírica. Dos semanas después, el paciente acudía con una tórpida evolución de las lesiones y la aparición reciente de varias masas infiltradas, vegetantes y coloración eritematoviolácea en ambos pliegues inguinales y axilares, junto con placas blanquecinas en dorso y lateral lingual. Los cultivos fueron negativos y el estudio histológico resultó no concluyente. Con la sospecha diagnóstica de pénfigo, se decide toma de nueva biopsia con inmunofluorescencia y cuantificación de anticuerpos antidesmogleína 1 y 3 en sangre, que confirmaron el diagnóstico de pénfigo profundo, en su variedad vegetante de Hallopeau. Se inició tratamiento con prednisona oral con muy buena respuesta, asociando posteriormente micofenolato mofetil. El pénfigo vegetante es una variante poco habitual de pénfigo vulgar. Se caracteriza por la aparición de placas vegetantes en áreas intertriginosas y mucosa oral, cuya patogenia reside en la presencia de autoanticuerpos frente a la desmogleína 3 de la superficie de los queratinocitos. Existen dos formas clínicas que difieren en su presentación clínica, evolución y pronóstico. La variante de Hallopeau tiene un curso indolente y se caracteriza por el desarrollo de pústulas que derivan en placas vegetantes, sin afectación del estado general. Por otro lado, la variante de Neumann, más severa y refractaria a tratamiento, muestra lesiones vegetantes desarrolladas sobre regiones ampollas y erosionadas, con habitual compromiso de la cavidad oral. El diagnóstico se consigue en base a la clínica, el estudio histológico y el hallazgo de anticuerpos antidesmogleína 3. Los corticoides sistémicos constituyen la primera línea de tratamiento, pudiendo asociar fármacos inmunosupresores en casos refractarios.

14. REACCIÓN INFLAMATORIA SUBCUTÁNEA AL ALUMINIO POSTVACUNACIÓN

S. Corral Pavanelo, J.A. Suárez Pérez, N. López Navarro, R. J. Bosch García, A. Andamoyo Castañeda y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Presentamos el caso de una adolescente de quince años que acude a consulta por lesiones de un año de evolución en cara lateral de brazo derecho a modo de nódulos subcutáneos intensamente pruriginosos, con signos de excoriación, liquenificación y ligera hipertrichosis en la piel superpuesta. Se tomó una biopsia de la lesión con el fin de ofrecer una caracterización anatomopatológica de la misma, con resultado de infiltrado inflamatorio crónico con formación de folículos linfoides y presencia de abundantes macrófagos con citoplasma granular. Se realizaron además técnicas que descartaron microorganismos intracitoplasmáticos así como una neoplasia de origen histiocitario. El estudio ecográfico mostró diferentes formaciones subcutáneas hipoeoicas sin señal Doppler en su interior. Los padres de la paciente referían como único antecedente la vacunación en el mismo punto en el que las lesiones habían aparecido. Por ello, a la luz de los resultados obtenidos, tras una minuciosa correlación clínico-patológica y habiéndose excluido otras posibles causas en el diagnóstico diferencial, se diagnosticó como un caso de reacción inflamatoria postvacunación. Estos nódulos subcutáneos constituyen una reacción de hipersensibilidad a las sales de aluminio que se usan actualmente en la gran mayoría de vacunas en forma de adyuvantes. Ya bien descrita en la literatura científica, se considera un efecto secundario raro, aunque probablemente infra-diagnosticado, y puede manifestarse incluso meses tras la vacunación. El manejo de estas lesiones es sintomático con corticoides tópicos y pueden permanecer durante años hasta su resolución completa. Es fundamental, por tanto, establecer una relación clínica, patológica y aunar los antecedentes personales y vacunales de cada paciente para poder llegar a un diagnóstico y tranquilizar tan-

to al paciente como a sus familiares sobre la naturaleza de esta reacción benigna y que, según las guías actuales, no se considera una contraindicación para continuar la vacunación.

15. DOS CASOS DE ALOPECIA BITEMPORAL DE DIFERENTE CAUSA PERO IGUAL SOLUCIÓN: EL TRASPLANTE CAPILAR

P. Martín Carrasco y J. Bernabeu Wittel

Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. Ante una mujer joven con áreas alopécicas en regiones bitemporales, los dos primeros diagnósticos que han de ser planteados son el de alopecia por tracción y el de alopecia frontal fibrosante. En ambos casos, la pérdida de pelo en estas zonas supone un importante impacto estético por la alteración del marco facial. El área alopécica generada por estas entidades es muy difícilmente recuperable salvo que se recurra al trasplante capilar.

Casos clínicos. Paciente 1: mujer de 38 años con alopecia bilateral de 20 años de evolución. Tratamiento previo con antiandrógenos orales, minoxidil tópico y oral y corticoides tópicos sin respuesta. Presentaba placas alopécicas difusas bitemporales que a la tricoscopia mostraban zonas con pérdida de aperturas foliculares y pelos vellosos conservados. La paciente refirió haber trabajado durante años en la hostelería con el uso constante de colas tirantes. Se programó trasplante capilar técnica FUE de 2700 unidades foliculares en las zonas afectadas. A los 9 meses postintervención presenta una cobertura total del área afecta sin requerir más tratamiento. Paciente 2: mujer de 36 años con retraso de línea de implantación temporal bilateral de 3 años de evolución siendo diagnosticada de alopecia frontal fibrosante. Comenzó tratamiento con dutasteride oral, corticoides e inmunomoduladores tópicos con estabilización total del proceso desde hace 2 años. En ese momento, la paciente se encontraba asintomática y en la tricoscopia solo se objetivaban pelos solitarios y pérdida completa de aperturas foliculares, sin signos de actividad. Se realizó trasplante capilar técnica FUE con extracción e implante de 2300 unidades foliculares. La paciente fue informada de las expectativas en cuanto a supervivencia de los injertos. A los 12 meses de seguimiento, la paciente mantiene la totalidad de los injertos y sigue sin actividad de su enfermedad.

Discusión y conclusiones. La indicación más frecuente del trasplante capilar es la alopecia androgénica. No obstante, pacientes con otras alopecias pueden beneficiarse también de esta técnica. Sirvan estos casos para reivindicar el uso del trasplante capilar en indicaciones diferentes a las habituales, así como el papel del dermatólogo como ejecutor pero también como prescriptor de esta cirugía.

auspicios del profesor Juan de Azúa y Suárez, junto con la revista “Actas”, con el nombre de “Sociedad Española de Dermatología y Venereología”, y siendo la Sociedad científica más antigua de Europa. En su fundación la AEDV estaba compuesta por distintos tipos de miembros: supernumerarios, fundadores, numerarios y correspondientes. Solo los miembros numerarios tenían derecho al voto y para ello deberían residir en Madrid. Con el fin de subsanar esta injusticia, en 1932, se crean las “filiales” de la AEDV, siendo Granada (diciembre de 1932) la primera en crearse bajo la presidencia del profesor José Gay-Prieto. Era el profesor Julio Bejarano Lozano presidente de la AEDV. El paso fundamental para crear la filial andaluza se lleva a cabo en la “III Reunión o Asamblea Nacional de Dermatólogos Españoles” (1939) celebrada en Sevilla y presidida por D. José Fernández de la Portilla mediante la fusión de la Sociedad Sevillana de Dermatología con la filial Granadina de la Academia. D. José Salvador Gallardo fue el primer presidente de Sección Andaluza de la Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Revisamos en el presente trabajo la personalidad del primer presidente de la AEDV en sus condiciones de humanista, político y médico/dermatólogo.

17. LA CARGA TERAPÉUTICA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA HISCR EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE TRATADOS CON SECUKINUMAB

S. Haselgruber de Francisco^a, D. Muñoz Barba^a, M. Sánchez Díaz^a, P. Fernández-Crehuet Serrano^b, A. Padial Gómez-Torrente^c, C.F. Vasquez Chinchay^d, M.D. Fernández Ballesteros^e, I. López Riquelme^e, D. Jiménez Gallo^f, J.M. Segura Palacios^g, M. Contreras Steyls^h, G. Osorio Gómezⁱ, J.C. Hernández Rodríguezⁱ, C. Cuenca Barrales^a, A. Molina Leyva^a y S. Arias Santiago^a

^aHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^bHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^cHospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera. Cádiz. ^dHospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. ^eHospital Regional Universitario de Málaga. ^fHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ^gServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^hHospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁱHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que merma la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El tratamiento incluye intervenciones médicas y quirúrgicas. Los fármacos biológicos desempeñan un papel clave en el tratamiento antiinflamatorio a largo plazo de los pacientes con enfermedad moderada a grave debido a sus propiedades inmunomoduladoras.

Objetivo. Estudiar la efectividad y seguridad del secukinumab en la HS tras 16 semanas de tratamiento, y explorar posibles factores asociados a una respuesta clínica favorable.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo multicéntrico, en el que participaron 9 hospitales de Andalucía. Se incluyeron pacientes con HS moderada o grave. Se calculó la carga terapéutica como la suma de todos los tratamientos médicos sistémicos e intervenciones quirúrgicas (salvo incisión y drenaje) previas al tratamiento con secukinumab. La principal variable de interés fue la proporción de pacientes que alcanzaron la respuesta clínica de la HS (HiSCR). Se recogieron datos sobre los efectos adversos. Se realizó un análisis multivariable para detectar factores asociados a una mayor probabilidad de alcanzar la HiSCR.

Resultados. Un total de 47 pacientes participaron en el estudio. La edad media de la muestra fue de 40,9 años, y hubo un ligero predominio femenino, siendo el 48,9% (26/47) mujeres. La mayoría de los pacientes [53,2% (25/47)] presentaban una HS en estadio III de Hurley. La carga terapéutica media previa al inicio de secukinumab fue de 6,9 (3,6). El 48,9% (26/47) de los pacientes alcanzaron la HiSCR en la semana 16. El 6,4% de los pacientes (3/47) sufrió algún efecto adverso. El análisis multivariable concluyó que el sexo femenino,

Estudios científicos I

16. ¿DE DÓNDE VENIMOS?

J.C. Moreno Giménez

Centro Privado. Córdoba. España.

“Un pueblo sin el conocimiento de su historia pasada, origen y cultura es como un árbol sin raíces”. Marcus Garvey (predicador, periodista y empresario jamaicano, fundador de la Asociación Universal para la Mejora del Hombre Negro (UNIA, por sus siglas en inglés), cuyo lema era One God, One Aim, One Destiny (un Dios, un objetivo, un destino). La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) nace en 1909 en un entorno social de 20 millones de habitantes con un alto índice de analfabetismos, bajo la presidencia del gobierno de don Antonio Maura. Época convulsa de la que nos queda como ejemplo la “Semana Trágica de Barcelona”. Se funda bajo los

un menor IMC y una menor carga terapéutica se asociaban de forma independiente a una mayor probabilidad de alcanzar la HiSCR.

Conclusiones. Secukinumab puede considerarse una opción terapéutica segura y eficaz en pacientes con HS moderada a grave. Existen características clínicas que predicen una mejor respuesta a este fármaco, siendo de especial interés la carga terapéutica, ya que es un factor que depende principalmente de la atención médica recibida por el paciente y es potencialmente modificable.

18. COLGAJO PARAMEDIOFRONTAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS COMPLEJOS DE LA PIRÁMIDE NASAL: MODIFICACIONES Y Matices PARA OPTIMIZAR UN COLGAJO CLÁSICO

R. Salido-Vallejo, J. Antoñanzas-Pérez y A. España

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. La reconstrucción de defectos nasales complejos que comprenden varias subunidades anatómicas y cartilago nasal representan un auténtico reto reconstructivo para el cirujano dermatológico. El colgajo paramediofrontal se presenta como una opción reconstructiva clásica para afrontar este tipo de defectos quirúrgicos que permite obtener unos buenos resultados. No obstante, el diseño inicial del colgajo a veces limita su ejecución en virtud del defecto y las peculiaridades anatómicas del paciente. Presentamos una serie de pacientes con defectos nasales complejos reconstruidos mediante un colgajo paramediofrontal con la intención de ilustrar una serie de modificaciones que permiten una optimización de esta técnica quirúrgica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con defectos nasales complejos reconstruidos mediante un colgajo paramediofrontal durante el periodo correspondiente al 2015-2023. Se recogieron variables clinicopatológicas de los pacientes y de resultados de la cirugía, así como las modificaciones realizadas sobre la descripción inicial de la técnica quirúrgica.

Resultados. Se incluyeron un total de 8 pacientes (4 mujeres y 4 hombres) con defectos quirúrgicos complejos a nivel de la pirámide nasal tras realización de cirugía de Mohs. Los pacientes fueron intervenidos de carcinomas queratinocíticos recidivados de alto riesgo (5 basocelulares, 2 escamosos y 1 carcinoma anexial microquístico). El 75% de los pacientes presentaban afectación del plano cartilaginoso y en todos los casos el defecto comprendía más de 2 subunidades estéticas. Todos los pacientes fueron reconstruidos mediante la realización de un colgajo paramediofrontal por el mismo cirujano.

Conclusiones. El colgajo paramediofrontal constituye una alternativa reconstructiva de gran valía para la reconstrucción de defectos complejos de la pirámide nasal. Sin embargo, diferentes modificaciones de la técnica original nos pueden permitir una optimización de los resultados con una simplificación de la técnica quirúrgica.

19. METANÁLISIS DE ESTUDIOS DE EXPRESIÓN GÉNICA EN ALOPECIA AREATA

I. Rivera Ruiz^a, M.J. Cencerrado^a, P.J. Gómez Arias^a, J. Liñares Blanco^b, F. Gómez García^a, J. Gay Mimbren^a, P. Carmona Sáez^b y J. Ruano^a

^aInflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases'Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) and Department of Dermatology. Reina Sofía University Hospital. Córdoba. ^bBioinformatics Unit, GENYO Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government, PTS Granada. ^cInflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases'Laboratory, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Reina Sofía University Hospital. University of Córdoba. Córdoba. España.

Objetivo. Identificar una firma molecular de cuero cabelludo lesionado en AA mediante metanálisis derivado de microarrays de expresión génica.

Materiales y métodos. Se utilizó un modelo metaanalítico para integrar los perfiles de expresión génica de cinco conjuntos de datos independientes de Gene Expression Omnibus (GEO) (GSE68801, GSE45512, GSE80342, GSE58573, GSE74761) que involucraban a 82 pacientes con AA y 50 controles. Se realizaron un metaanálisis empleando un modelo de efectos aleatorios y un análisis de enriquecimiento de rutas biológicas con imaGEO y GeneCodis o GSEA, respectivamente.

Resultados. Identificamos 1.366 genes (494 regulados al alza, 872 regulados a la baja) siendo CXCL9, CCL18, CXCL10, CD8A y GZMB los genes más consistentes en todos los estudios (todos FDR < 0,05). El transcriptoma tuvo una alta representación de quimiocinas (CCL13, CXCL9, CXCL10, CCL18, CCL13, CCR1, XCL1) y marcadores de linfocitos T citotóxicos (GZMA, GZMB, GZMH, GZMK) y células NK (NKG2A, NKG2D). También encontramos genes regulados a la baja significativos que codifican la mayoría de las queratinas tipo I (KRT31-35, KRT38) y tipo II (KRT81-86) y proteínas asociadas a la queratina, y otras proteínas que regulan la conformación estructural (PAD13, GPRC5D, DSG4) o funcionalidad (FGF18) del folículo. Finalmente, encontramos asociaciones no comunicadas previamente como firmas moleculares de 'dermatitis de contacto' con/sin dermatitis atópica asociada, 'hipersensibilidad a los ácaros del polvo' y 'sensibilidad retardada' a gomas negras, fragancias y níquel (todas p < 0,01).

Conclusiones. Nuestro estudio muestra un transcriptoma de piel lesional integrador de AA derivado de estudios de expresión génica de microarrays independientes. El empleo de fármacos bloqueadores de ciertas quimiocinas podría ser una estrategia terapéutica prometedora para estos pacientes.

20. EPIDEMIA DE TIÑA CAPITIS POR TRICHOPHYTON TONSURANS EN NUESTRAS PELUQUERÍAS

J.I. Galván Pérez del Pulgar

Centro privado de Dermatología. Málaga. España.

Introducción. La tiña capitis es una enfermedad contagiosa causada por dermatofitos. Durante años en nuestro país la causa principal de contagio ha sido a través de hongos zoofílicos como el *Microsporum canis*. Desde hace 2 años en nuestro centro, estamos observando un aumento de la incidencia de tiña capitis por una especie antropofílica muy frecuente en África como es el *Trichophyton tonsurans*, cuyo origen son gente joven y adolescentes que se cortan el pelo con la técnica del degradado "Slicked back", un estilo que marca tendencia en Hollywood y en medio mundo.

Objetivo. Presentar por primera vez en nuestro país, casos de tiña capitis, tras realizarse un corte de pelo con maquinilla eléctrica en peluquerías, mediante la técnica del degradado en región occipital, que clínicamente remedaban una dermatitis seborreica, habiendo sido tratadas previamente con corticoides tópicos en la mayoría de los casos.

Pacientes y métodos. Se presentan 20 pacientes jóvenes que desarrollaron una tiña capitis tras afeitarse en peluquerías con la técnica del degradado en región occipital y/o barba en peluquerías de dudosa reputación. En todos los pacientes realizamos exámenes micológicos directos y cultivos en medio de Saboureaud.

Resultados. La historia clínica nos sugirió la transmisión a través del material contaminado en las peluquerías y se confirmaron la presencia de dermatofitos con el examen directo, identificándose un *Trichophyton tonsurans* en el cultivo micológico. Todos los pacientes fueron tratados con terbinafina oral con remisión de las lesiones al finalizar el tratamiento.

Conclusiones. La transmisión y aumento de la incidencia de infecciones por *Trichophyton tonsurans* en nuestras peluquerías debido a cuchillas contaminadas e insuficientemente desinfectadas con material

de peluquería en nuestro medio. Este mecanismo de infección ha sido observado y publicado por primera vez en Europa en Alemania en el 2020 (1). En todos nuestros casos, el probable origen es el corte de pelo con la técnica del degradado en región occipital, siendo necesario aleccionar a nuestros peluqueros y a las autoridades sanitarias para poder identificar y cortar la cadena de transmisión.

21. DERIVACIONES DESDE PEDIATRÍA DE FAMILIA A DERMATOLOGÍA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA ESPECIALIZADA

J. Ortiz Álvarez, M.T. Monserrat García, J. Bernabeu Wittel, J.C. Hernández Rodríguez, A. Alcalá Ramírez del Puerto y J. Conejo Mir Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La puerta de entrada de la mayoría de los pacientes pediátricos a Dermatología es la Atención Primaria. Conocer las características epidemiológicas y los motivos de consulta de estos pacientes nos permite realizar una mejor planificación sanitaria, así como precisar cuáles son las necesidades formativas de los pediatras de familia. El objetivo principal de este trabajo es hacer un estudio descriptivo de las derivaciones realizadas por el pediatra de familia a una consulta de dermatología Pediátrica.

Material y métodos. Analizamos los pacientes atendidos en una consulta de primeras visitas derivadas desde Atención Primaria pediátrica durante cuatro meses. Recogimos datos demográficos como sexo, edad y centro de salud de referencia, así como variables en relación con el proceso asistencial y al problema que motivó su derivación.

Resultados. Desde marzo de 2022 hasta junio de 2022, fueron derivados un total de 284 pacientes (146 mujeres; 51,41%) en 14 días de consulta con un 24,65% de ausencias a la consulta. Los principales motivos de derivación fueron verrugas virales (n = 32), nevus (n = 32) y acné (n = 27), sin embargo, en un 21,13% de las derivaciones constaba una descripción no diagnóstica de las lesiones. De los 214 pacientes atendidos, el 61,21% fue dado de alta, y se constató una concordancia diagnóstica del 53,27%.

Conclusiones. Las patologías comunes en dermatología, como las verrugas o el acné, continúan siendo los principales motivos de derivación desde Atención Primaria a Dermatología. Por lo tanto, estas suponen las principales necesidades formativas entre los profesionales de este ámbito, para así lograr aumentar la eficiencia de las derivaciones a asistencia dermatológica especializada.

22. EFICACIA Y SATISFACCIÓN DE LA FOTOTERAPIA CON UVA1 A DOSIS BAJAS EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

M. Cebolla Verdugo, F.J. de la Torre Gomar, J.P. Velasco Amador, C. Llamas Segura, Á. Prados Carmona y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. La fototerapia con UVA1 es un tratamiento empleado para multitud de dermatosis. Los regímenes terapéuticos en estudios publicados varían ampliamente y no hay protocolos basados en la evidencia que indiquen la dosis, duración o terapia de mantenimiento a emplear. El propósito de este estudio es evaluar la experiencia en nuestro hospital en pacientes tratados con UVA1 a dosis bajas, realizando una valoración mediante escalas de la respuesta clínica, así como el grado de satisfacción de los pacientes con dicha modalidad terapéutica para cada una de las enfermedades tratadas.

Métodos. Presentamos un estudio retrospectivo con evaluación de resultados, tolerancia al tratamiento y satisfacción en pacientes mayores de edad tratados con dosis bajas de fototerapia UVA-1, administrada en nuestro hospital entre los años 2019 y 2022.

Resultados. De un total de 78 pacientes tratados con UVA-1, de los cuales 46 pacientes (59%) eran mayores de edad, completaron el tratamiento y dieron su consentimiento. La tasa global de respuesta terapéutica fue de un 91,3% (42/46), obteniendo una respuesta completa en 17 (36,96%) pacientes, respuesta parcial en 25 (54,34%) y no respuesta en 4 (8,70%). La respuesta completa terapéutica fue alta en morfea, esclerodema y eccema crónico de manos. En cuanto a satisfacción medida objetivamente mediante la escala TSQM-9 versión 1.4, se obtuvo una puntuación alta en pacientes con mastocitosis, esclerosis sistémica, morfea, esclerodema, eccema crónico de manos y prurigo nodular (alrededor de 65 puntos).

Conclusiones. Sugerimos que la fototerapia UVA1 a dosis bajas es un tratamiento seguro y eficaz en el manejo de enfermedades cutáneas, principalmente en la esclerodermia, morfea y dermatitis atópica.

23. METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE

S. Cases Mérida, M. Dañino García, C. Quickenborne Ruiz y J. A. Márquez Enríquez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. Se calcula que tan solo un 3-5% de los casos de carcinoma epidermoide cutáneo son metastásicos, sin embargo, suponen una gran morbimortalidad. El 80% se localizan en cabeza y cuello, por lo que la mayoría de las metástasis afectan los ganglios cervicales y parotídeos. El objetivo del estudio es valorar si existe mejor pronóstico en los pacientes con metástasis parotídeas tal como se menciona en la literatura.

Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron los pacientes con metástasis ganglionares por carcinoma epidermoide cutáneo en los últimos 5 años reclutados mediante las bases institucionales y los reflejados en comité multidisciplinar creado en mayo de 2021.

Resultados. Se incluyeron 21 pacientes de los cuales 11 pacientes presentaron metástasis parotídeas. La media de edad fue de 76 años, el 81% eran hombres, el 81% fueron presentados en comité. La localización del primario más frecuente fue la frente, seguida de área preauricular y ceja/sien. El 54% de los casos tenía margen profundo afecto. El 90% de las metástasis fueron confirmadas mediante PAAF/BAG. Al 63% se le realizó linfadenectomía así como radioterapia, el 27% recibió inmunoterapia, el 18% quimioterapia convencional. La mortalidad fue del 36%, menor a la observada en los casos de nuestra serie con metástasis ganglionares en distinta localización (60%).

Conclusiones. En nuestro estudio se observa una mejor supervivencia de los pacientes con metástasis ganglionares parotídeas en el carcinoma epidermoide, tal como se ha observado en otros estudios. Por este motivo, creemos que debe tener una mención especial en las próximas revisiones de los sistemas de estadificación.

24. 101 KM DE RONDA: UNA PRUEBA DEPORTIVA DE RIESGO EXTREMO PARA LA PIEL

M. de Troya Martín^a, A. Rodríguez Martínez^b, M.C. Vaz Pardo^c, L. Jiménez López^c, N. Blázquez Sánchez^a, A. Subert^b, M.V. de Gálvez Aranda^d, J. Aguilera Arjona^d, D. Doncel Molinero^e, M. Ruiz Paulano^e, M. Ruiz Paulano^e, J.V. Gutiérrez Manzanedo^f y F Rivas Ruiz^b

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga. ^cCentro Andaluz de Medicina del Deporte de Cádiz. ^dDepartamento de Medicina y Dermatología. Universidad de Málaga. Málaga. ^eHospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^fUniversidad de Cádiz. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. La exposición excesiva al sol y las quemaduras solares son las principales causas prevenibles de cáncer de piel. La creciente popularidad de los deportes al aire libre en las sociedades modernas ha motivado este trabajo con el objetivo de: 1) determinar la cantidad de irradiación ultravioleta (UV) a la que están expuestas los deportistas durante la competición; 2) describir los hábitos, las actitudes y los conocimientos en prevención del cáncer de piel de los participantes; 3) describir las lesiones actínicas halladas en la piel de los atletas; 4) evaluar una intervención piloto en prevención del cáncer de piel.

Metodología. Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo durante la celebración de la XXIII edición de la carrera 101 km de Ronda. El riesgo de exposición a radiación UV fue determinado mediante dosimetría ambiental y dosimetría personal. La evaluación de los hábitos, las actitudes y los conocimientos en prevención del cáncer de piel fue llevada a cabo mediante el cuestionario CHACES. La identificación de lesiones actínicas en la piel se realizó mediante chequeo médico empleando luz de Wood y dermatoscopio. La intervención piloto fue evaluada mediante encuesta de satisfacción.

Resultados. Las condiciones de carrera fueron adversas para la celebración de una prueba de ultrarresistencia alcanzando temperaturas por encima de 30°C y humedad relativa por encima de 35%. La mediana de dosis eritemática efectiva recibida durante la carrera ($n = 11$) fue $2959,2 \pm 404,2 \text{ J/m}^2$, equivalente a 29,6 SED y 12,1 MED. El cuestionario CHACES ($n = 1145$) reveló una tasa de quemaduras del 58% y prácticas de fotoprotección muy deficientes con un 62,9% de deportistas que no usa fotoprotección de forma habitual y un 67,2% que no autochequean regularmente su piel. El chequeo dermatológico ($n = 170$) permitió detectar la presencia de queratosis actínicas (4,7%) y cáncer de piel (4,2%). En la encuesta de satisfacción ($n = 111$) esta intervención fue calificada como excelente (95,5%).

Conclusión. Esta investigación destaca el riesgo extremo de fotoexposición al que están sujetos los deportistas durante las competiciones de ultrarresistencia. Del mismo modo, pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones encaminadas a la adquisición de hábitos saludables de fotoprotección y vigilancia de la piel en este grupo diana.

25. APLICACIÓN DEL SIMPLIFIED PSORIASIS INDEX EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: ESTUDIO PILOTO

Á. Sánchez Leiro, A. Vidal Ruíz, N. Eirís Salvado, A.M. Carrizosa Esquivel y D. Moreno Ramírez

Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El Simplified Psoriasis Index (SPI) es una escala recientemente validada en español que permite medir la gravedad clínica de la psoriasis tanto por el profesional (proSPI-s) y por el propio paciente (saSPI-s), afectación psicosocial (SPI-p), historia natural y tratamientos realizados (SPI-i). Se ha intentado establecer unos puntos de corte equivalentes a los de la escala PASI para la determinación de psoriasis leve, moderada o grave utilizando el SPI en diferentes idiomas.

Objetivo. Valoración de los resultados del uso de la escala SPI utilizando su versión traducida al español en práctica clínica real.

Materiales y métodos. Estudio observacional de corte transversal en pacientes que acudieron a la Unidad de Psoriasis del Hospital Universitario Virgen Macarena a finales de noviembre de 2022. Complimentación durante la visita de los cuestionarios PASI, DLQI y SPI (proSPI y saSPI) para su posterior análisis estadístico. Se calcularon la curva ROC y el área bajo la curva (AUC) de las puntuaciones proSPI-s y saSPI-s, para establecer los valores equivalentes a los diferentes puntos de corte para psoriasis leve o moderada-grave establecidos en el PASI.

Resultados. Se recogieron datos de 45 pacientes, con una edad media de 50,19 años y un tiempo de evolución media de la psoriasis de 14,46 años. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, observando una buena correlación entre el PASI y el proSPI-s y entre el DLQI y el SPI-p. Los resultados de las curvas ROC utilizando los valores proSPI-s mostraron un AUC superiores a 0,95 para pacientes con PASI ≥ 10 y para PASI ≥ 7 e inferiores a 0,8 usando los valores de saSPI-s. La presencia de un valor $\geq 5,5$ puntos en el proSPI-s equivaldría a una puntuación PASI ≥ 10 y PASI ≥ 7 con una sensibilidad (S) y especificidad (E) superior al 80%. Un valor en el saSPI-s $\geq 3,25$ puntos equivaldría a un PASI ≥ 10 con una S del 85,7% y a un PASI ≥ 7 con una S del 83,3% pero en ambos casos con una baja especificidad.

Conclusiones. Mostramos los primeros datos de uso en práctica clínica habitual de la escala SPI en español, observándose una buena correlación entre el proSPI-s y la escala PASI, así como entre el SPI-P y el DLQI y una correlación moderada entre el saSPI-s y la escala PASI. Tanto el proSPI-s como el saSPI-s podrían utilizarse para identificar los pacientes con psoriasis leve o moderada-grave.

26. BROTE DE VIRUS DE VIRUELA DEL MONO TRANSMITIDO A TRAVÉS DE PIERCINGS Y TATUAJES

M. Viedma Martínez^a, F.R. Domínguez Tosso^a, D. Jiménez Gallo^a, J. García Palacios^b, L. Riera Tur^a, N. Montiel Quezel-Guerraz^a, G. Gallo Pineda^a, R. Mendoza Albarrán^a y M. Linares Barrios^a

^aHospital Universitario Puerta del Mar. ^bDistrito Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. España.

Del 6 al 19 de julio de 2022, 21 personas se infectaron con el virus de la viruela del mono (MPV) a través piercings y tatuajes en un estudio de Cádiz (tabla 1). Un total de 21/58 (36,2%) de sus clientes se infectaron durante este periodo (Gráfico 1), de los cuales 17 fueron mujeres (64%) y 9 menores (42,5%). La mediana de edad fue de 26 años (rango intercuartílico 16-38 años) (RI). Todos negaron actividades sexuales de riesgo, viajes a zonas endémicas o contacto estrecho con pacientes con MPV. Clínicamente iniciaron con linfadenopatías inflamatorias regionales tras una mediana de 7 días desde la intervención (6-9 días RI). A continuación, todos los pacientes presentaron alrededor del día 9 (7-11 días RI) inflamación con necrosis cutánea y pseudopústulas umbilicadas circundantes sobre una placa edematosa y eritematosa subyacente en la zona de la intervención (figura 1). Posteriormente, 14 pacientes desarrollaron pápulas y pústulas generalizadas umbilicadas sobre máculas eritematosas en tronco, cabeza y extremidades. Las PCR (reacción en cadena de la polimerasa) tomadas de los exudados cutáneos fueron positivas para MPV. Tras confirmar el primer caso, las autoridades sanitarias fueron notificadas, quienes cerraron e investigaron el estudio al día siguiente. Quince de los 16 utensilios analizados fueron positivos para MPV (tabla 2). Durante los 21 días siguientes se rastrearon a los contactos estrechos, detectándose una transmisión secundaria en la madre de un paciente y 23 fueron vacunados. Ninguno presentó complicaciones graves. El personal del estudio no presentó infección por MPV y el caso índice fue desconocido.

Desde 2022, un brote mundial de MPV ha afectado a nuestro país. Nunca antes se había descrito su transmisión a través de la inoculación directa por piercings y tatuajes, si bien se había descrito en otros poxvirus (molusco contagioso). La presentación clínica fue parecida a la descrita por inoculación directa a través de mordedura de animales. Hasta la fecha, la transmisión sexual era la vía más común y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) se veían afectados de forma desproporcionada. En contraposición a este hecho, destacamos el mayor porcentaje de mujeres afectadas durante este brote. La rápida propagación del MPV puede conllevar el desarrollo de nuevas vías de transmisión y cambios epidemiológicos en la enfermedad.

Estudios científicos II

27. RATIO NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS (NLR) COMO PREDICTOR DE RESPUESTA EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

G. Gallo Pineda, J.F. Millán Cayetano, I. Navarro Navarro, I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el segundo cáncer de piel no melanoma más frecuente. En casos avanzados, el tratamiento con inhibidores de PD-1 es de gran utilidad¹⁻². Actualmente se están investigando biomarcadores que permitan predecir la respuesta a inhibidores de PD-1 en distintos tumores, siendo la ratio neutrófilos-linfocitos (NLR) uno de los más populares. En este trabajo describimos nuestra experiencia con inmunoterapia para CEC, y analizamos si un menor NLR basal se asocia a una mejor respuesta.

Método. Se revisaron los registros médicos de todos los pacientes con CEC tratados con inhibidor de PD-1 entre diciembre de 2018 y febrero de 2023. Entre otros datos, se recopilaron: respuesta completa objetiva (RCO), supervivencia libre de progresión (SLP), y NLR previa a la inmunoterapia.

Resultados. Del total de 12 pacientes (tabla 1), la tasa de RCO fue del 75,0%, con una SLP media de 14,4 meses. La mediana de NLR basal fue de 2,7 (rango 1,6-3,4) para el grupo RCO, y 2,6 (rango 1,5-2,9) para el grupo No RCO. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos tras aplicar la prueba U de Mann-Whitney para una hipótesis a una cola y un nivel de significación de 0,05.

Discusión. La neutrofilia periférica se ha asociado a un peor pronóstico en pacientes oncológicos ya que parece favorecer un ambiente protumoral. Por su parte, la linfopenia se ha asociado a una progresión más agresiva. Por ello, una NLR elevada podría sugerir una incapacidad del sistema inmune de suprimir la progresión del cáncer, prediciendo una mala respuesta a la inmunoterapia. Existen numerosos estudios donde se comprueba esta teoría en pacientes con melanoma tratados con inmunoterapia. Sin embargo, no hemos encontrado literatura al respecto en pacientes con CEC. La evidencia más próxima se centraría en carcinomas escamosos de cabeza y cuello donde, de nuevo, una NLR elevado se asociaría con un peor pronóstico. En nuestra serie no hemos encontrado diferencias significativas entre las NLRs de los pacientes RCO y No RCO, pudiendo esto deberse al pequeño tamaño muestral del que disponemos. En conclusión, la NLR es un biomarcador fácilmente reproducible que parece predecir la respuesta a inmunoterapia en melanoma, carcinomas escamosos de cabeza y cuello, y otros tumores sólidos. Se requiere más evidencia para establecer su papel en el CEC.

28. PREDICCIÓN DEL ÍNDICE DE BRESLOW DEL MELANOMA CUTÁNEO: ¿SUPERA LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A DIEZ DERMATÓLOGOS?

J.C. Hernández Rodríguez^a, J.J. Pereyra Rodríguez^a, J. Ortiz Álvarez^a, J.P. Domínguez Morales^b, L. Durán López^b y J. Conejo-Mir^a

^aHospital Universitario Virgen del Rocío. ^bDepartamento de Arquitectura y Tecnología de Computadores. Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

Introducción. Aunque existen estructuras dermatoscópicas que pueden ayudar a predecir la microinvasión del melanoma cutáneo, distinguir entre un melanoma in situ y un melanoma invasivo, representa un reto en la práctica clínica diaria de los dermatólogos. El desarrollo de nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial, puede suponer un apoyo en la toma de decisiones clínicas y diag-

nósticas. Dentro de la inteligencia artificial, el Deep Transfer Learning permite usar el conocimiento que adquieren redes neurales convolucionales preentrenadas para realizar predicciones distintas para las que fueron entrenadas. El objetivo de este trabajo es desarrollar y evaluar un algoritmo de Deep Transfer Learning para predecir si la imagen dermatoscópica de un melanoma corresponde a un melanoma in situ o invasivo, y si la microinvasión es $< 0,8$ mm de espesor de Breslow.

Métodos. Se analizaron imágenes de melanomas confirmados histológicamente del repositorio de un hospital de tercer nivel (1.055 imágenes de 279 casos), ISIC archive (67 imágenes de 67 casos) y Polesie et al. (193 imágenes de 184 casos). Se exploró el comportamiento de tres redes convolucionales neurales preentrenadas para las comparaciones melanoma in situ vs. melanoma invasivo y melanoma $< 0,8$ mm o $\geq 0,8$ mm de espesor Breslow. El comportamiento de los modelos de Deep Transfer Learning se comparó con la predicción obtenida por 10 dermatólogos de un hospital andaluz de tercer nivel.

Resultados. Para la comparación entre melanoma in situ vs. melanoma invasivo, los dermatólogos superaron a los modelos de Deep Transfer Learning, mientras que no fue así para la predicción entre melanoma $< 0,8$ vs. $\geq 0,8$ mm de espesor de Breslow.

Conclusión. El Deep Transfer Learning es una herramienta que podría servir de ayuda a la toma de decisiones del dermatólogo en un futuro próximo. Para ello, es imprescindible la colaboración entre profesionales con el objetivo de crear conjuntos de imágenes con metadatos adecuados que permitan realizar entrenamientos fiables y sólidos de los algoritmos disponibles.

29. ERTAPENEM INTRAMUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO

I. Valladares Millán^a, A. Soto Moreno^b, J.M. Segura Palacios^a, F. Rivas Ruiz^a, C. Cuenca Barrales^b y A. Molina Leyva^b

^aHospital Costa del Sol. Marbella. Málaga ^bHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. El uso de ertapenem intravenoso en hidradenitis supurativa (HS) está contemplado como una opción de tratamiento para pacientes graves seleccionados por el grupo de trabajo HS ALLIANCE. Nuestro objetivo fue determinar qué pacientes con HS grave se beneficiarían de esta terapia, cuál es el momento idóneo para su administración (dado el riesgo del uso indiscriminado de un antibiótico de amplio espectro) y evaluar la vía de administración más apropiada.

Material y método. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico para evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con ertapenem en pacientes con HS moderada-grave en el periodo 2017-2022. La gravedad se evaluó en el momento basal y en el seguimiento a las 6 (fin de tratamiento) y a las 12-16 semanas utilizando la puntuación de 3 escalas: International HS Severity Score System (IHS4), Investigator Global Assessment (IGA) y pain visual analogue scale (VAS).

Resultados. Se incluyeron 15 pacientes: 20% Hurley II y 80% Hurley III. Todos eran varones con una edad mediana de 51 años. Todos salvo uno habían recibido tratamiento previo con adalimumab y más de la mitad (8/15) habían recibido 2 o 3 biológicos distintos antes de iniciar ertapenem. La dosis administrada fue de 1 g durante 6 semanas y la vía de administración fue intramuscular (60%), intravenosa (33,3%) o mixta (6,7%). A las 6 semanas de tratamiento la mediana IHS4 disminuyó de 28 a 18 puntos ($p = 0,008$), IGA de 5 a 4 ($p = 0,011$) y VAS de 9 a 2 ($p = 0,004$). No se interrumpió el tratamiento en ningún paciente y no se registraron efectos adversos. Entre las 12 y 16 semanas se recogieron de nuevo estos parámetros: mediana IHS4 16 ($p = 0,001$), IGA 4 ($p = 0,001$) y VAS mediana 6,5 ($p = 0,003$), lo que demuestra cierto mantenimiento de la respuesta terapéutica. Aunque nuestro tamaño muestral es limitado, la vía intramuscular

fue al menos tan efectiva como la intravenosa con evidente comodidad para el paciente y menor coste sanitario.

Conclusiones. El ertapenem podría reservarse para pacientes graves con enfermedad diseminada que no son candidatos a cirugía como terapia puente de enfriamiento tras el fracaso de tratamiento biológico. Dada la alta biodisponibilidad del ertapenem intramuscular, se debería fomentar su uso por mayor comodidad y para evitar las complicaciones asociadas a la administración intravenosa.

30. ELECTROBISTURÍ DE PUNTA FINA FRENTE A BISTURÍ FRÍO EN LA INCISIÓN DE LA PIEL EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: ESTUDIO PILOTO

L.A. Ortega Berbel, J.P. Tirado Pérez, B. Ruz Portero, A. Vidal Ruíz, N. Eirís Salvado y D. Moreno Ramírez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción y objetivo. Pese a su amplia utilización en la cirugía dermatológica, el uso del bisturí eléctrico para las incisiones cutáneas ha permanecido en entredicho debido a la creencia de que este se asocia con una peor cicatrización debido al daño térmico. El objetivo de este estudio es evaluar si la incisión cutánea y posterior disección de tejidos con un electrobisturí de punta ultrafina no es inferior en cuanto a la cicatrización y resultados estéticos de la herida frente a la incisión convencional con bisturí frío.

Método. Estudio longitudinal, comparativo, aleatorizado, de grupos paralelos, con grupo control y evaluadores externos cegados para identificar diferencias en cuanto a la cicatrización de heridas quirúrgicas entre los pacientes operados con bisturí eléctrico y con bisturí frío en cirugía dermatológica. La intervención a evaluar consistió en comparar la utilización del electrobisturí con punta de Colorado durante todas las fases del procedimiento quirúrgico, empleando el modo corte a 10W para incisión cutánea y disección del plano profundo y 15W para la coagulación frente a la incisión con bisturí frío y disección con tijeras de Metzembaum. Variables de resultado: complicaciones de la herida quirúrgica, escala POSAS y la anchura de la cicatriz (mm).

Resultados. El estudio incluyó un total de 56 pacientes, 50% (n = 28) asignados al grupo de bisturí frío y el 50% (n = 28) al grupo de electrobisturí, con una edad media de 59,5 años y 63,08 años, respectivamente (p = 0,668). La valoración de la cicatriz a los 3 meses desde la intervención no identificó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de intervención en cuanto a la valoración objetiva mediante cuestionario validado (OSAS 9,86 ± 2,35 vs. 10,02 ± 2,42, p = 958), y valoración objetiva global (OSAS-global 2,23 ± 0,75 vs. 2,23 ± 0,76, p = 0,885). La valoración de la cicatriz mediante cuestionario por el paciente identificó diferencia a favor del uso del electrobisturí (PSAS 17,00 ± 9,64 vs. 15,43 ± 7,42, p = 0,045). La valoración subjetiva global de la cicatriz no identificó diferencias entre ambos procedimientos (3,89 ± 2,40 vs. 3,04 ± 1,97, p = 0,91).

Conclusión. Los resultados interinos obtenidos sugieren que la incisión de la piel con bisturí eléctrico de punta fina no es inferior a la incisión con bisturí de punta fría en cuanto al resultado de la cicatrización de heridas quirúrgicas.

31. UTILIDAD DE LA FOTOGRAFÍA ULTRAVIOLETA COMO MÉTODO NO INTRUSIVO EN DERMATOLOGÍA

J. Aguilera Arjona, L. Rueda-Trigo, C. Sánchez-Roldán, E. Herrera-Ceballos y M.V. de Gálvez Aranda

Universidad de Málaga. Málaga. España.

El paso del tiempo genera cambios cutáneos que son acelerados con la sobreexposición al sol dando lugar a cambios en la homeostasis, cambios pigmentarios y aparición de arrugas. La forma de observar objetivamente todas estas lesiones se puede realizar por técnicas

no intrusivas siendo la imagen fotográfica UV capaz de revelar daños cutáneos que pasan desapercibidos a nuestros ojos. La fotografía ultravioleta también puede ser utilizada para revelar la eficacia de fotoprotectores. Mediante fotografía UV hemos analizado los cambios cutáneos en pigmentación y otros efectos externos del fotoenvejecimiento a la vez que hemos analizado la eficacia de los fotoprotectores tópicos en piel bajo diferentes condiciones de experimentación. Se han realizado estudios experimentales en un total de 48 voluntarios (niños, jóvenes, adultos y ancianos, 12 voluntarios/tipo). A cada voluntario se le realizaron fotografías de la cara mediante cámara réflex canon acoplada a flashes UV tanto de frente como de perfil. Las imágenes fueron analizadas mediante el software de análisis de imagen Fiji de ImageJ donde se evaluaron los cambios de niveles de grises de los píxeles de imagen que se asocian a cambios pigmentarios en piel y arrugas. Paralelamente a dichos voluntarios se les sometió a estudios de eficacia de fotoprotectores en la espalda, con ensayos de eficacia en tiempo tras su aplicación o eficacia cuando se combinan con otras fórmulas tópicas. El estudio in vivo con fotografía UV mostró un incremento lineal en la dispersión de píxeles de color tal y como aumenta la edad de los voluntarios, lo cual se traduce en un incremento de manchas y arrugas por efecto de la exposición solar. La fotografía UV objetivó que el fotoprotector se estabiliza a partir de los 5 min tras la aplicación. En otro ensayo. La aplicación de crema hidratante u otras fórmulas como las antimosquitos junto a la fotoprotectora no alteró la capacidad de absorción de luz UV si se aplica tanto antes como después de la crema fotoprotectora. La fotografía UV es capaz de visualizar objetivamente los cambios cutáneos a lo largo de nuestra vida con el reflejo de nuestras sobreexposiciones solares. Es capaz de objetivar la eficacia de fotoprotectores tras su aplicación y cuando se combinan con otras fórmulas tópicas.

32. SECUENCIACIÓN MASIVA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE RECURRENCIA TARDÍA EN MELANOMA CUTÁNEO

I. López Riquelme^a, S. Martínez García^a, A. Serrano Ordóñez^a, A. Garrido Aranda^b, M.Á. Berciano Guerrero^c y L. Martínez Pilar^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ^bLaboratorio de Biología Molecular del Cáncer. Centro de Investigaciones Médico Sanitarias. ^cUnidad Intercentros de Oncología. Hospital Regional Universitario de Málaga y Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. El melanoma presenta un alto potencial metastásico. La mayoría metastatizan en los 3 primeros años tras el diagnóstico, si bien el 1% presentan recurrencias tardías.

Objetivos. Determinar las características clínico-patológicas relacionadas con recurrencia tardía. Realizar la secuenciación masiva de melanomas con recurrencia tardía, definir su valor pronóstico y posible implicación en el manejo terapéutico y seguimiento.

Material y métodos. Seleccionamos 15 pacientes con melanoma cutáneo del Registro de Dermatología de nuestro Hospital que habían presentado recurrencia tardía, considerando esta a partir de 7 años. Se excluyeron casos en los que se demostró un segundo melanoma primario. Se recogieron variables independientes y dependientes del melanoma. Se realizó la secuenciación mediante NGS (Next-Generation Sequencing Ion Torrent - Oncomine Focus Assay TM o Illumina - Foundation One, según disponibilidad).

Resultados. Los resultados clínico-patológicos están resumidos en la tabla 1.

Discusión. Se considera recurrencia tardía aquella que ocurre tras más de 10 años desde el diagnóstico, aunque no existe consenso. Nosotros hemos ampliado el límite a más de 7 años ya que podría tener repercusión en los protocolos de seguimiento. Algunos estudios han descrito características clínico-patológicas asociadas a recurrencia tardía (tabla 1). Por otra parte, se ha demostrado que los melanomas uveales que presentan mutaciones en SF3B1 tienen

mayor riesgo de metástasis tardías. Sin embargo, solo se han publicado casos aislados de recidivas tardías de melanoma cutáneo en los que se ha realizado la secuenciación del exoma, mostrando mutaciones en BRAF (V600E) y EGFR (S768I). En este sentido, planteamos que las secuenciaciones masivas podrían tener valor, no solo en el manejo terapéutico del melanoma metastásico, sino también en los protocolos de actuación del melanoma cutáneo por su posible factor pronóstico.

33. FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LARGOS SUPERVIVIENTES CON MELANOMA ESTADIO III

L. Jiménez Puñal^a, M.Á. Sirvent Sáez^a, A. Vidal Ruiz^a, L. Ferrándiz Pulido^a, A. Fernández Orland^a, L.A. Ortega Berbel^a, J. Navas Orozco^a, J.J. Ríos Martín^b y D. Moreno Ramírez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. Durante los últimos años, la incorporación de la inmunoterapia y las modificaciones de las indicaciones de cirugía ganglionar han transformado la atención, y resultados, de los pacientes con melanoma estadio III. El objetivo de este estudio es analizar la supervivencia y frecuencia de largos supervivientes con melanoma estadio III, así como identificar factores predictores de larga supervivencia.

Materiales y métodos. Cohorte de registro de pacientes con melanoma estadio III tratados quirúrgicamente y seguidos en la Unidad de Melanoma del Hospital Universitario Virgen Macarena. Como medidas de resultado se analizó la frecuencia de largos supervivientes, así como la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia específica por melanoma (SEM) mediante curvas de Kaplan-Meier. Mediante regresión logística se identificaron factores predictores de supervivencia larga de pacientes con melanoma estadio III.

Resultados. La cohorte incluyó un total de 149 pacientes, con una edad media de 54,89 años (+/-16,70), mayor frecuencia de hombres (54,40% vs. 45,60%) y Breslow medio 4,46 (+/-3,35). El 48,30% de los pacientes presentaban enfermedad ganglionar al diagnóstico del tumor primario. El 63,10% recibió una biopsia selectiva de ganglio centinela, y el 67,80% una disección ganglionar, radical en el 89,30% y conservadora en el 10,70%. El 47,00% progresó a estadios III más avanzados o estadio IV. La frecuencia de mortalidad por melanoma y de largos supervivientes fue del 28,20% y 23,50%, respectivamente. El análisis multivariante identificó la ausencia de mitosis en el tumor primario (OR 9,95 IC95% 3,05-32,51), la afectación ganglionar microscópica (OR 5,05 IC 95% 1,00-25,64) y el sexo femenino (OR 3,13 IC 95% 1,18-8,33) como factores predictores de larga supervivencia. La SLP fue del 49,00% y del 44,30% a los 5 y 10 años, y la SEM del 69,90% y 64,00% a los 5 y 10 años. No se identificó diferencia de SEM en función del tipo de tratamiento quirúrgico de la región ganglionar.

Conclusión. En esta cohorte, hasta un cuarto de los pacientes con melanoma estadio III alcanzaron una supervivencia prolongada, mayor de 10 años, sobre todo mujeres, con mitosis en el tumor primario y enfermedad ganglionar microscópica. El tipo de cirugía ganglionar realizada no ha influido en la supervivencia específica por melanoma.

34. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DE LA VIRUELA SÍMICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL

E.B. Sanz Cabanillas^a, P. Gutiérrez Hernández^b, F. Rivas Ruiz^c, J.B. Repiso Jiménez^a, R. Fúnez Liebana^b y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cUnidad de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga. España.

Introducción. La viruela del mono está causada por el virus de la viruela símica, miembro del género Orthopoxvirus. Se trata de una zoonosis vírica endémica de África central y occidental. A partir de mayo de 2022 se ha producido un aumento de casos en diferentes países de Europa declarándose emergencia de Salud Pública de importancia internacional en julio de 2022. El objetivo del presente estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de viruela símica (VS) en nuestra área sanitaria y contrastar nuestros resultados con lo descrito en la literatura.

Métodos. Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de VS mediante detección de ADN del virus durante el periodo de mayo a octubre de 2022. Se analizaron características epidemiológicas, manifestaciones clínicas e histológicas.

Resultados. Se obtuvieron 29 pacientes. El 89,7% hombres con una edad media de 37 años y el 79,3% hombres que tienen sexo con hombres. El 48,3% de los pacientes eran VIH positivos. En el 13,8% de los pacientes se demostraron infecciones de transmisión sexual (ITS) concomitantes y el 58,6% tenía historia previa de ITS. El 75,9% reconoció contacto sexual previo a la aparición de lesiones. Las manifestaciones cutáneas más frecuentes fueron vesículo-pústulas y en el 96,6 % se precedieron de clínica sistémica, principalmente fiebre y adenopatías regionales en un tiempo mediano de 10 días. Las lesiones aparecieron con mayor frecuencia en tronco, extremidades y genitales. En 13 casos se detectaron lesiones en mucosas, siendo el 92,3% en mucosa anal. Se obtuvieron biopsias en 10 pacientes destacando siringometaplasia escamosa en 6 de las muestras obtenidas de lesiones pustulosas. Un paciente requirió ingreso hospitalario por inmunodepresión por VIH con afectación cutánea y pulmonar severa y precisó tratamiento antivírico.

Conclusiones. En nuestra serie al igual que en el resto de casos en Europa el contagio se ha producido en una población con factores de riesgo concretos a través de contacto de mucosas en las relaciones sexuales. En la mayoría de los casos la afectación fue leve y autolimitada. Desconocemos si aparecerán nuevos casos por lo que la clínica característica y los antecedentes de prácticas de riesgo pueden ayudar a lograr una detección precoz de la enfermedad y tomar medidas que eviten la propagación comunitaria.

Perlas dermatológicas

35. LIQUEN PLANO REFRACTARIO A TRATAMIENTO: ¿SON LOS INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

Á. Prados Carmona, J.P. Velasco Amador, R. Ruiz Villaverde y F.J. Navarro Triviño

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años, no fumadora y sin antecedentes de interés, que consultó por lesiones en dorso de lengua desde hacía nueve meses para las que no había realizado ningún tratamiento. A la anamnesis, negó el uso de prótesis dentales o amalgamas. Como sintomatología, describía dolor continuo y ardor local, empeorando con comidas ácidas, picantes o muy calientes. A la exploración física presentaba placas blanquecinas bien definidas únicamente en la cara dorsal de la lengua asentando sobre mucosa inflamada, mientras que el resto de la cavidad oral estaba respetada. Además, se objetivaron placas hiperqueratósicas pruriginosas violáceas en piernas que a la dermatoscopia presentaban estrias de Wickham. Las pruebas del parche mediante serie europea extendida y serie dental fueron negativas a las 48 y 96

horas y los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con liquen plano. Por tanto, llegamos al diagnóstico de liquen plano cutáneo y oral. Tras ineficacia de tratamientos tópicos, se pautó prednisona oral 30 mg al día que provocó elevación de la presión arterial de la paciente asociando cefalea y epistaxis. Ni la ciclosporina (dolor abdominal, diarrea) ni el metotrexato (fatiga intensa) fueron bien tolerados. Después de revisar la literatura y considerando avances recientes en enfermedades inflamatorias, se prescribió roflumilast off-label previo consentimiento informado. La dosis de inicio durante las primeras cuatro semanas fue 250 mcg al día, duplicándose en caso de buena tolerancia pasado ese tiempo. En tres meses, el paciente mostró una respuesta completa tanto en el liquen plano mucoso como en el cutáneo y había podido volver a sus hábitos dietéticos anteriores sin molestias. El paciente continúa en seguimiento con 250 mcg al día de roflumilast, sin signos de recidiva a los seis meses. El liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria que, en casos sintomáticos, puede afectar gravemente la calidad de vida de nuestros pacientes. En aquellos casos con contraindicación o que no toleran tratamiento con inmunosupresores clásicos nos vemos obligados al uso de terapias fuera de ficha técnica. Roflumilast es un tratamiento que ha reportado resultados satisfactorios en otras enfermedades mucocutáneas inflamatorias como eccemas numulares, hidradenitis supurativa, psoriasis, aftosis y periodontitis.

36. USO DE BETADINE EN GEL COMO MEDIO CONDUCTOR Y ANTISÉPTICO EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS ECOGUIADOS

P.J. Navarro Guillamón, A. Carmona-Oliveira, R.M. Castillo Muñoz, J.A. Suárez Pérez, M. Contreras Steyls y E. Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

La ecografía cutánea de alta resolución es una técnica al alza durante los últimos años gracias al desarrollo en medicina del llamado "POCUS" (acrónimo en inglés de Point Of Care UltraSound, es decir, ecografía desde el punto de atención).

La ecografía cutánea de alta resolución se inició como una técnica eminentemente diagnóstica, que ayudaba al dermatólogo durante el proceso diagnóstico con la ventaja de ser este el encargado de realizar la correlación clínico-ecográfica. De esta manera, la ecografía ha ido ganando en importancia y utilidad en la práctica clínica habitual siendo de especial interés en patología oncológica e inflamatoria.

No obstante, los usos de la ecografía no dejan de crecer. Gracias a la correcta delimitación y localización de lesiones subcutáneas, cada vez se realizan más procedimientos invasivos ecoguiados. Prueba de ello sería la infiltración de triamcinolona ecoguiada en fístulas subcutáneas de hidradenitis supurativa o la infiltración de interleucina 2 intralesional en metástasis subcutáneas de melanoma.

Para la realización de dichas técnicas invasivas ecoguiadas, se precisan unos requisitos mínimos de asepsia y antisepsia para evitar complicaciones infecciosas derivadas del procedimiento. Para ello habitualmente se realiza una desinfección de la piel previa a la aplicación de gel conductor del ultrasonido. En el caso de que se utilizara gel conductor no estéril, se rompería la esterilidad del procedimiento. Para realizar el procedimiento de forma aséptica, existen preparados comerciales de gel conductor estéril. En la presente perla dermatológica, proponemos el uso de povidona yodada en gel como medio conductor y antiséptico en procedimientos invasivos ecoguiados. El preparado de povidona yodada en gel ofrece una adecuada transmisión del ultrasonido y garantiza la asepsia necesaria para estos procedimientos. Como conclusión, presentamos una alternativa costo-efectiva y accesible en la práctica clínica habitual en el medio hospitalario para la realización de procedimientos invasivos ecoguiados.

37. TALIDOMIDA Y LENALIDOMIDA EN LUPUS CUTÁNEO: ¿FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA?

R. Mendoza Albarrán, G. Gallo Pineda, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, J. F. Millán Cayetano y M. Linares Barrios

UGC de Dermatología M-Q y V. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

La afectación cutánea es una manifestación común del lupus eritematoso sistémico (LES) y cutáneo (LEC). El diagnóstico y tratamiento precoz es esencial, ya que puede afectar a áreas visibles y causar desfiguración. En casos refractarios a inmunosupresores clásicos, talidomida y lenalidomida han demostrado ser eficaces. Varón de 18 años diagnosticado de LES consultó por placas eritemato-descamativas en región malar asociadas a leuconiquia estriada. El paciente fue diagnosticado de LEC agudo. Había realizado sin éxito los siguientes tratamientos: prednisona oral, hidroxyclo-quina, micofenolato de mofetilo, tacrólimus, mepacrina, dapsona, ciclofosfamida y belimumab. Se inició tratamiento con talidomida 50mg/ 12 horas. Dos meses después, se observó una resolución casi completa de las lesiones cutáneas y ungueales. Tras 8 meses se suspendió la talidomida con remisión clínica persistente y sin ningún efecto adverso reportado.

Mujer de 43 años diagnosticada de LES consultó por placas eritemato-descamativas atróficas en región malar. La paciente fue diagnosticada de LEC discoide. Realizó sin éxito tratamiento con prednisona oral, hidroxycloquina, metotrexato y ciclosporina. Finalmente, se inició lenalidomida 5 mg/día durante 3 semanas con una semana de descanso. Dos meses después, la paciente mostró una resolución casi completa de las lesiones cutáneas y continúa con lenalidomida, manteniendo la remisión clínica tras 5 meses de tratamiento sin efectos adversos.

La talidomida y lenalidomida son fármacos con propiedades inmunomoduladoras y antitumorales. Su uso fuera de ficha técnica en patologías dermatológicas es extenso y ambos han demostrado eficacia en el LEC. A pesar su eficacia, estos fármacos han sido relegados a segunda línea por temor a sus efectos adversos (EA). Ambos son teratogénicos y se han asociado con eventos tromboembólicos. El EA más limitante de la talidomida es la neuropatía periférica. La lenalidomida es menos neurotóxica y, hasta ahora, su principal limitación era su precio. Ahora su precio es menor y esto combinado con su menor neurotoxicidad, lleva a reconsiderar su posición como tratamiento para el LEC y otras enfermedades cutáneas. Presentamos dos nuevos casos de LEC refractario tratados con talidomida y lenalidomida, resaltando su alta eficacia y seguridad.

38. PULSOS DE CORTICOIDES INTRAMUSCULARES EN LA ALOPECIA AREATA INFANTIL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

R. Bueno Molina, J. Bernabeu Wittel, J. López Cano, J.C. Hernández Rodríguez, M. T. Monserrat García y J. Conejo Mir Sánchez

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

La alopecia areata (AA) es una alopecia autoinmune, no cicatricial y de curso crónico y recurrente. Con frecuencia se inicia en la infancia provocando un importante impacto psicológico. Aunque existen múltiples opciones de tratamiento; falta suficiente evidencia en pacientes pediátricos.

Método. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes pediátricos con AA atendidos en el Hospital Virgen del Rocío que hayan sido tratados con pulsos de corticoides intramusculares (IM).

Resultados. Entre 2014 y 2023, 17 pacientes con edades comprendidas entre los 2 y 12 años fueron tratados con pulsos IM de 1 ml de betametasona acetato/fosfato disódico (BA/BP) y 40 mg de acetónido de triamcinolona, una en cada nalga, administrándose hasta 3

ciclos como máximo. Esta posología, antes empleada en los hemangiomas infantiles, tiene la ventaja de combinar la acción rápida y corta de la BA/BP con la más tardía, pero prolongada, de la triamcinolona. A la vez se aplicó minoxidil y mometasona vía tópica. El 65% presenta como factor de mal pronóstico un patrón ofiásico, 2 de ellos tienen síndrome de Down y otro un síndrome poliglandular autoinmune. Se logró una repoblación completa en el 69% de los pacientes y el 19% respondió parcialmente. Únicamente 2 pacientes no presentaron ninguna respuesta. A pesar de alcanzarse una tasa de respuesta del 88%, el 71% sufrió una recaída. De este grupo, un 40% logró controlarse con nuevos ciclos de corticoides IM o fármacos tópicos. El resto precisó el uso de inmunosupresores orales. No se registraron efectos adversos.

Discusión. Aunque el tratamiento de primera elección en la AA infantil son los corticoides tópicos, muchas veces resultan insuficientes. En estos casos, se pueden administrar por otras vías. La infiltración de corticoides intralesionales se emplea en el tratamiento de la AA circunscrita en adultos; pero su aplicación en el niño resulta extremadamente difícil por ser dolorosa. Por el contrario, la administración IM es una técnica rápida y menos traumática. La revisión de la literatura muestra que el tratamiento propuesto presenta una eficacia superior a la de los pulsos de corticoides orales, intravenosos o la administración IM aislada de triamcinolona.

Conclusión. Este estudio demuestra la eficacia de los pulsos de corticoides IM en el tratamiento de la AA infantil, erigiéndose como una terapia segura y menos dolorosa.

39. AGARRE EN MARIONETA PARA RESECCIONES EN CUÑA

E. López Vera, P. Aguayo Carreras, I. López Riquelme, A. Perea Polak, D.J. Godoy Díaz y L. Martínez Pilar

Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. La V bloque es el diseño de elección para la exéresis de lesiones sobre los bordes libres de superficies cilíndricas y curvas como el hélix o el labio inferior. Se realiza trazando una triangulación anterior y posterior a la lesión, exéresis de la cuña y cierre directo del defecto por planos. Durante su ejecución, para una correcta oposición de los bordes y sutura por planos, se suele necesitar asistencia mediante la sujeción del tejido sano adyacente a la cuña con puntos simples de sutura y cabos de mayor longitud. El asistente generalmente se encarga de sujetar los cabos con ambas manos para facilitar la manipulación y sutura del defecto por parte del cirujano. Salvo excepciones, alguno de los dos integrantes del equipo debe desocupar sus manos para realizar hemostasia y limpieza del campo con gasas o para cortar los cabos de la sutura, y la mayoría de las veces no se dispone de la ayuda suficiente para realizar la intervención en solitario.

Técnica (descripción). La asistencia en marioneta consiste en realizar un nudo simple en el extremo de los cabos a partir de la sutura de agarre de cada lado de la cuña por separado, generando dos lazos. Esto permite introducir el dedo pulgar y el meñique o el anular de la misma mano por los orificios y manipular los extremos de la cuña con una sola mano. La longitud de los lazos debe ser aproximadamente la distancia desde la falange distal del meñique hasta el centro de la palma de la mano, lo que permite una distancia suficiente como para dar espacio al resto del instrumental quirúrgico y actuación del cirujano, pero permitiendo aún un buen grado de maniobrabilidad, precisión y desplazamiento en los tres ejes de ambos lados de la cuña por separado.

Qué aporta (discusión). El agarre en marioneta rentabiliza y aumenta la eficacia de la ayuda, permitiendo un posicionamiento igual de dinámico y liberando una mano. Por otro lado, maximiza la posibilidad de autoasistencia en caso de no disponer de ayuda, dado que con este agarre podemos actuar sobre ambos lados de la cuña por separado con una sola mano. La marioneta es una técnica

sencilla y fácilmente aplicable en la práctica quirúrgica del día a día que, además, puede mejorar la sensación de aportación e implicación del ayudante en la cirugía.

40. RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO LOCALMENTE AVANZADO CON PEMBROLIZUMAB. ALGO MÁS QUE UNA NEOADYUVANCIA

A.C. Oliva, G. Gallo Pineda, A.J. Durán Romero, I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Aunque la mayoría de los carcinomas epidermoides cutáneos (CEC) se diagnostican en estadios susceptibles de cirugía curativa, un porcentaje se presenta como enfermedad localmente avanzada. Estos tumores suelen aparecer en áreas fotoexpuestas como cabeza y cuello, donde la cirugía puede causar una desfiguración importante. Estos indeseables resultados estéticos y funcionales, sumados a resultados oncológicos subóptimos con cirugía y radioterapia (RT), han motivado varios ensayos clínicos sobre el uso de terapia sistémica neoadyuvante en CEC localmente avanzados candidatos a cirugía. Presentamos un caso donde esta neoadyuvancia consiguió una respuesta patológica completa en 9 semanas.

Varón de 76 años con CEC localmente avanzado de 6,5 x 4,5cm en región malar derecha en contacto con hueso maxilar e infiltración de párpado inferior, candidato a cirugía mutilante con exanteriorización orbitaria. Un TAC-body descartó la diseminación locorregional y a distancia. La expresión de PD-L1 en la biopsia respecto al total de células tumorales fue del 70% en células tumorales e inflamatorias (Combines Positive Score -CPS-) y del 40% en células tumorales (Tumor Proportion Score -TPS-). Inició pembrolizumab 2 mg/kg observándose a las 3 semanas una desaparición casi completa de la lesión, que fue total a las 9 semanas. Tras el 4º ciclo se confirmó la respuesta clínica y patológica completa por lo que se decidió suspender el tratamiento. No padeció ningún efecto inmunomediado y actualmente se mantiene en respuesta completa con un intervalo libre de enfermedad de 13 semanas. La terapia anti-PD1, concretamente cemiplimab, tiene indicación por la European Medicines Agency (EMA) para CEC no candidato a cirugía y/o radioterapia curativa, pero no cuenta con financiación. Dado que nuestro paciente requería de una cirugía mutilante para obtener márgenes libres, decidimos iniciar pembrolizumab "off-label". Probablemente la respuesta patológica completa (ausencia de células tumorales viables en la biopsia) obtenida se relacione con la elevada expresión PD-L1 tanto en las células tumorales como en las células del microambiente tumoral, como se refleja en numerosos estudios. Por ello consideramos necesario que la terapia anti-PD1 sea financiada en España en un informe de posicionamiento terapéutico (IPT) dado el alto índice de respuesta clínica y patológica que han demostrado estos fármacos en ensayos clínicos de neoadyuvancia con anti-PD1 en CEC.

41. RESOLUCIÓN DE PLACA RECALCITRANTE DE MICOSIS FUNGOIDE CON INTERFERÓN PEGILADO INTRALESIONAL

A. Alcalá Ramírez del Puerto, M. Morillo Andújar, A. Daoud, R. Barabash Neila, R. Cabrera Fuentes y J. Conejo-Mir Sánchez

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

Introducción. La micosis fungoide (MF), la forma más común de linfoma cutáneo de células T, se caracteriza por linfocitos T atípicos CD4+ que forman parches, placas y/o tumores cutáneos. En caso de placas localizadas refractarias a tratamiento convencional, se plantea el uso de fototerapia, radioterapia con haz de electrones o administración sistémica de interferón (IFN). Como terapia sistémica

ca administrada de forma subcutánea o intramuscular, el IFN- α 2 ha demostrado eficacia en la MF, habiéndose estudiado el papel de IFN- α 2 intralesional en placas tumorales recalcitrantes con cierto éxito en series reducidas de casos de pacientes (1-4), sin existir en la literatura uso previo de IFN pegilado intralesional.

Resultados. Se presenta el caso de un paciente de 63 años con MF T2b con importante mejoría tras administración intralesional de IFN pegilado alfa-2a de forma semanal en placa supraciliar que había sido refractaria a tratamiento tópico con corticoides de alta potencia y metotrexato sistémico. En cada sesión semanal se infiltró 90 mcg de interferón pegilado con aguja de 30G, distribuyendo las múltiples inyecciones por toda la lesión. Se objetivó una reducción significativa del tamaño de la lesión a las dos semanas y resolución total al mes de tratamiento, así como mejoría del resto de lesiones de MF a distancia donde no se aplicó IFN intralesional. Como efectos secundarios el paciente únicamente refirió síntomas pseudogripales leves el día de la inyección que controló sin problemas con antiinflamatorios no esteroideos. El uso específico de interferón pegilado permitió un régimen más cómodo de infiltraciones (1 vez a la semana vs 3 días en semana en series publicadas con IFN alfa-2a clásico).

Conclusiones. La inyección intralesional de IFN- α -2a pegilado es una opción eficaz y segura para el tratamiento de la MF focalmente recalcitrante.

PÓSTERES

P01. PANEL GENÉTICO EN MELANOMA FAMILIAR

A. Serrano Ordóñez^a, G. de la Vega Calvo Moreno^a, I. López Riquelme^a, J. F. Ruiz Escalera^b, D.J. Godoy Díaz^a y S. Martínez García^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Análisis Clínicos. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Antecedentes y objetivo. El melanoma cutáneo (MC) es una de las neoplasias más agresivas, cuya incidencia está en continuo incremento a nivel mundial. Según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), entre 2002 y 2022 la tasa de incidencia anual ajustada por edad por cada 100.000 personas se ha incrementado tanto en hombres (ha pasado de 10,8 casos a 14,6) como en mujeres (de 10,5 a 16,3). Su patogénesis es compleja y multifactorial, con influencia del medio ambiente, fenotipo y factores genéticos. Entre un 5 y un 12% de los casos de MC presentan antecedentes familiares positivos para esta neoplasia. En estos, CDKN2A es el principal gen de susceptibilidad de alta penetrancia, cuya mutación se identifica en un 20-40% de los casos de melanoma familiar, lo que supone un 1-4% del total de MC. Por tanto, esta susceptibilidad genética queda sin identificar en más de la mitad de los melanomas familiares, lo que pone de manifiesto la utilidad de emplear paneles genéticos de predisposición a melanoma. En España, considerada área geográfica con baja incidencia de MC, la realización de estudio genético está indicada en pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- 2 melanomas primarios (sincrónicos o metacrónicos) en un individuo y/o
- Familias con al menos un melanoma y uno o más diagnósticos de melanoma y/o cáncer pancreático en familiares de primer o segundo grado.

El objetivo de este trabajo es identificar los genes incluidos en el panel genético que se realiza en el Hospital Regional Universitario de Málaga, describir su asociación con otras neoplasias y revisar las recomendaciones de actuación.

Discusión y conclusiones. Actualmente se han identificado múltiples genes con predisposición al melanoma, algunos de los cuales se asocian a distintos tipos de cáncer, así como otros genes con predis-

posición conocida para otras neoplasias que aumentan el riesgo de MC, cuyo estudio genético está disponible. El panel genético de predisposición al melanoma es una opción atractiva para el MC hereditario, especialmente para genes de alta penetrancia. Estos paneles de secuenciación multigenes son una herramienta cada vez más accesible y asequible, y han mejorado la determinación del riesgo cancerígeno en práctica clínica, permitiendo una identificación más exacta de las familias en riesgo de MC.

P02. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE DEUCRAVACITINIB EN PSORIASIS EN PLACAS: RESULTADOS A 2 AÑOS DEL PROGRAMA FASE 3 POETIK PSO

J. Ruano Ruiz^a, R.B. Warren^b, H. Sofen^c, S. Imafuku^d, J. Szepietowski^e, A. Blauvelt^f, L. Spelman^g, E. Colston^h, J. Toms^h, A. Buck^h, S. Banerjee^h y A. Menterⁱ

^aHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

^bDermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust.

Manchester NIHR Biomedical Research Centre. Manchester. Reino Unido. ^cUCLA School of Medicine. Los Ángeles. California.

^dFukuoka University Hospital. Fukuoka. ^eWrocław Medical

University. Wrocław. ^fOregon Medical Research Center. Portland.

Oregon. ^gVeracity Clinical Research. Woolloongabba. Queensland.

^hBristol Myers Squibb. Princeton. New Jersey. ⁱBaylor University

Medical Center. Dallas. Texas. EE. UU.

Antecedentes y objetivos. Se evaluó la eficacia y seguridad de deucravacitinib en pacientes que participaron en los ensayos doble ciego, fase 3, POETIK PSO-1 y PSO-2 y en el ensayo de extensión, abierto, a largo plazo (LTE, por sus siglas en inglés).

Materiales y métodos. En los ensayos PSO-1 y PSO-2, de 52 semanas, pacientes con psoriasis en placas de moderada a severa fueron randomizados 2:1:1 a recibir 6 mg de deucravacitinib una vez al día, placebo o 30 mg de apremilast dos veces al día. Posteriormente, los pacientes pudieron incluirse en el ensayo LTE y recibir 6 mg de deucravacitinib una vez al día.

Resultados. Se incluyeron en el estudio LTE un total de 1221 pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de deucravacitinib. La exposición acumulada (años-persona) desde la randomización en PSO-1 o PSO-2 y en LTE, fue de 2.166,9 y 2.482,0 para los análisis de eficacia y seguridad, respectivamente. En el momento de la inclusión en LTE, las tasas de respuesta PASI 75 y sPGA 0/1 eran 65,1% y 50,9%, respectivamente, y se mantuvieron hasta 2 años tras la randomización inicial (semana 48 de LTE; PASI 75: 75,7%; sPGA 0/1: 56,4% [según lo observado]). Las tasas de incidencia de acontecimientos adversos, ajustadas a la exposición por 100 años-persona, fueron similares en el periodo controlado (semanas 0-52) de PSO-1 y PSO-2 y durante el periodo acumulado de los ensayos PSO-1, PSO-2 y LTE (229,2 [periodo controlado] vs. 154,4 [periodo acumulado]), acontecimientos adversos graves (5,7 vs. 6,1), discontinuaciones (4,4 vs. 2,8), muertes (0,2 vs. 0,4), herpes zóster (0,9 vs. 0,7), neoplasias (1,0 vs. 0,9), acontecimientos adversos cardiovasculares graves (0,3 vs. 0,4) y tromboembolismo venoso (0,1 vs. 0,1).

Conclusiones. Deucravacitinib demostró una eficacia persistente y unos perfiles de seguridad consistentes hasta 2 años después de la randomización inicial en los ensayos POETIK PSO-1, PSO-2 y LTE.

P03. SPRAY DERMOCOSMÉTICO SECANTE A BASE DE EXTRACTO DE PLÁNTULAS DE AVENA RHEALBA: RECOMENDACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

A. Crespo Cruz, M.C. Muiños Fernández y L. Carbassa Hevia
Pierre Fabre S.A. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. Actualmente existe un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento y cuidado de las lesiones exudativas.

A continuación presentamos una encuesta realizada a dermatólogos y pediatras para analizar el uso de un spray dermocosmético compuesto a base de extracto de plántulas de avena Rhealba, óxido de zinc e hidrolizado de almidón en su práctica clínica habitual.

Metodología. Desde el laboratorio responsable de la comercialización del spray, se diseñó un cuestionario digital estructurado para dermatólogos y pediatras, donde se les preguntó sobre: grado de recomendación del producto en determinadas indicaciones (dermatitis del pañal, cordón umbilical, maceración de pliegues submamaros, maceración de pliegues interdigitales, maceración en axila o ingle, sudaminas, ampollas, *M. contagiosum*, herpes y varicela; teniéndolas que ordenar según frecuencia de uso del 1 al 5 [1 mayor a 5 menor]), recomendación espontánea en otras lesiones exudativas (pregunta con respuesta abierta) y modo de prescripción (indicando el hábito de recomendación en combinación con un tratamiento medicamentoso, con las opciones “siempre”, “generalmente”, “algunas veces”, “ocasionalmente”, o “nunca”).

Resultados. Participaron 1383 médicos (42% pediatras, 58% dermatólogos). El spray a base de extracto de plántulas de avena Rhealba es recomendado en Dermatología y Pediatría para el cuidado de numerosas lesiones exudativas, especialmente erupciones cutáneas por *Molluscum contagiosum*, dermatitis del pañal, maceración de pliegues submamaros, sudaminas, maceración de pliegues interdigitales y cordón umbilical. Como recomendaciones espontáneas, destacan por frecuencia, el síndrome de boca-manopie, balanitis e impétigo.

Conclusiones. La versatilidad del producto ha permitido a muchos médicos hacer recomendaciones espontáneas del producto a sus pacientes, además de usarlo en las indicaciones ya conocidas. Por otro lado, en Dermatología se ha introducido como complemento de tratamientos farmacológicos de forma frecuente. Esto abre la puerta a la posibilidad de realizar futuros estudios donde se analice si esta recomendación es debida a una mejora de la eficacia del tratamiento medicamentoso y/o calidad de vida de los pacientes.

PO4. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PERFILES TISULARES Y PLASMÁTICOS DE MIRNAS EN PACIENTES CON VITÍLIGO NO SEGMENTARIO

M.J. Cencerrado^a, I. Rivera Ruiz^a, P.J. Gómez-Arias^a, M. Aguilar-Luque^b, J. Liñares-Blanco^c, J. Gay-Mimbrera^b, P. Carmona-Sáez^c y J. Ruano Ruiz^a

^aHospital Universitario Reina Sofía. ^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ^cBioinformatics Unit, GENYO Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada. Granada. España.

Objetivo. Determinar qué rutas metabólicas están significativamente disreguladas por cambios en la expresión de miRNAs la piel afectada y el plasma de pacientes con vitiligo no segmentario.

Materiales y métodos. Se analizaron muestras de piel lesionada (LS) y plasma de 20 pacientes (13 hombres/7 mujeres) con vitiligo no segmentario (VASI 15% [3-40%]) naïve a tratamientos sistémicos que compararon con las obtenidas en 10 controles sanos. Realizamos RT-PCR con la tecnología Open Array para el análisis de la expresión de 754 miRNAs. Los datos fueron extraídos con la aplicación Relative Quantification (qPCR) de Thermofisher Connet (tm). A partir de los resultados realizamos un análisis funcional con la aplicación GeneCodis (KEGG, WikiPathways, Reactome, GO Biological Process, GO Molecular Functions). Los análisis estadísticos se realizaron empleando el lenguaje estadístico R con una significación corregida por FDR de < 0,05.

Resultados. De los 180 miRNAs detectados en la piel, se identificaron 90 regulados a la baja en la piel lesional (p-FDR < 0,05). Tras el

análisis de enriquecimiento se encontraron 49 vías controladas por más del 50% de los miRNAs disregulados, destacando interleucinas la ruta del interferón gamma, las familias de interleucinas IL-1, IL-6, IL-11 y IL-12 y, en menor medida, IL4, IL13 y IL23, así como la regulación de la pigmentación (migración de los melanocitos, síntesis de melanina, formación y organización de los melanosomas). Seis miRNAs se encontraban disregulados (miR-16-5p, miR-92a-3p y miR-486-5p, a la baja; miR-221-3p, miR-23a-3p y miR-652-3p, al alza) tanto en el plasma como el tejido, en comparación con los controles sanos (p-FDR < 0.05). De estos se encontraron disreguladas las rutas relacionadas con el interferón, el desarrollo del folículo piloso, la vía Wnt, los receptores tipo Toll, la diferenciación de la cresta neural, el control de la apoptosis, la expresión de conexinas y la formación de uniones intercelulares.

Conclusiones. Sería interesante realizar estudios prospectivos para determinar el valor de estos perfiles de expresión de miRNA circulantes en formas severas de vitiligo y su utilidad valor como marcador pronóstico en la práctica clínica.

PO5. TINEA CAPITIS Y PELUQUERÍAS EN EL ÁREA SANITARIA SUR DE SEVILLA

J. Clavijo Herrera, J.M. Morón Ocaña, M.B. Cívico Ruíz, V. Linares López, J. Escudero Ordóñez y M.L. Martínez Barranca

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. La tinea capitis es una micosis superficial causada por dermatofitos que parasitan la queratina del cuero cabelludo. Se transmite de manera directa por contacto persona a persona, o indirecta a través de fómites (peines, maquinillas, reposacabezas, toallas, etc.) contaminados con esporas que perduran durante meses, necesitando medidas de higiene para su eliminación no siempre realizadas. Esto, unido al incremento de cortes de pelo con rasuradora que produce microtraumatismos facilitando la infección, puede ser la causa del aumento de su incidencia en nuestra área.

Serie de casos. Se han recogido 16 casos de tinea capitis contraídas tras el rasurado en peluquerías en el Área Sanitaria Sur de Sevilla entre diciembre de 2021 y enero de 2023. Todos los pacientes son varones de entre 6 y 19 años (media de 13,35 años). La mayoría proceden de Los Palacios y Villafranca, y Alcalá de Guadaira. La localización inicial más frecuente fue la occipital con extensión a otras áreas en la mayoría de los casos, afectando principalmente a la región cervical, brazos, espalda y cara. El patógeno más frecuentemente aislado fue *Trichophyton tonsurans*. El tratamiento de elección, en la mayoría, fue terbinafina oral y sertaconazol tópico en combinación con champú antifúngicos durante un período de 6 semanas a 3 meses. En 6 casos se asoció corticoides orales y/o tópicos al presentar importante componente inflamatorio. Solo en 3 casos hubo contagio a otros miembros de la unidad familiar.

Discusión. Presentamos los casos de tinea capitis, recopilados en nuestra área sanitaria durante algo más de 1 año, tras realizarse cortes de pelo, generalmente con rasurado, en peluquerías. El agente causal de tinea capitis más frecuente en nuestro medio es *M. canis*, sin embargo, actualmente existe un incremento importante de tiñas antropofílicas gracias a los movimientos migratorios, destacando el *T. tonsurans*, como ocurre en nuestra serie de pacientes y se está observando a nivel europeo. Los antifúngicos orales asociados a tópicos son el tratamiento recomendado. Ante la falta de disponibilidad de griseofulvina, la terbinafina ha demostrado ser eficaz, con rapidez de acción y buena tolerancia en nuestros pacientes. Recomendamos una actitud proactiva por parte de los organismos de salud pública para hacer cumplir las medidas de higiene necesarias y controlar estos brotes en las peluquerías.

P06. FOLICULITIS DECALVANTE: MÁS ALLÁ DE UNA SIMPLE ALOPECIA CICATRICIAL

C. Guijarro Sánchez^a, P. Fernández-Crehuet Serrano^a, R. Sánchez Sánchez^b, J.L. Fernández-Crehuet Serrano^a, I. Rivera Ruiz^a, D. Díaz Ceca^a, M.J. Cencerrado^a, D. Moreno Mesa^a, A. Ballesteros Antúñez^a, C. Mochón Jiménez^a y A.J. Vélez García-Nieto^a

^aUGC de Dermatología. ^bUGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria que afecta sobre todo a varones de mediana edad. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de pústulas, costras, hiperqueratosis folicular y “pelos en penacho”, que provocan inflamación y destrucción de folículos pilosos. El diagnóstico es clínico apoyado por la tricoscopia y por el estudio histopatológico. El tratamiento se basa en antibióticos tópicos y orales, aunque la respuesta es variable y continúa siendo un reto para el dermatólogo.

Caso clínico. Paciente de 28 años que acude a consulta por pérdida de cabello en cuero cabelludo y tricodinia de 6 meses de evolución. A la exploración, se apreciaba una placa alopécica de 5 cm de diámetro en vértex, con la presencia de costras adheridas y una zona engrosada costrosa en su centro. La tricoscopia evidenció la presencia de parches blancos, pústulas, eritema folicular, hiperqueratosis folicular y “pelos en penacho”. Se estableció el diagnóstico de FD y se realizó biopsia cutánea de la placa infiltrada y de los folículos en penacho. El estudio histopatológico evidenció una alopecia cicatricial neutrofílica intrafolicular y perifolicular y presencia de fibrosis. La biopsia de la placa hiperqueratósica fue informada de dermatitis liquenoide con eosinófilos, exocitosis y aislados queratinocitos necróticos. Se recomendó clindamicina y rifampicina oral durante 2 meses sin clara mejoría. En revisiones periódicas, se pautaron otros tratamientos (doxiciclina, hidroxycicloroquina, acitretino...) sin respuesta clínica. La zona indurada fue creciendo en los meses posteriores y se realizó de nuevo biopsia un año después, con resultado de carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante. Se procedió a la extirpación amplia con márgenes de seguridad e implantación de injerto de piel total supraclavicular. El TC de extensión descartó metástasis a distancia y ganglionar. Actualmente el paciente presenta leve inflamación de la placa alopécica sin signos de recidiva de su patología tumoral.

Conclusiones. La FD es una alopecia cicatricial primaria de predominio neutrofílico, de difícil manejo. La presencia de zonas de inflamación crónica y cicatricial y la incidencia de rayos UV en piel desprovista de pelo, requiere revisiones periódicas y biopsias de forma precoz ante la posibilidad de desarrollar carcinomas epidermoides de alto grado.

P07. SÍNDROME DE SNEDDON, MÁS ALLÁ DE LA LIVEDO RETICULARIS

D. Díaz Ceca, B. Baleato Gómez, D. Moreno Mesa, M.J. Cencerrado, M. Galán Gutiérrez y A.J. Vélez García-Nieto

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. El síndrome de Sneddon es una rara y progresiva vasculopatía oclusiva caracterizada por la asociación de accidentes cerebrovasculares de tipo isquémico con alteraciones cutáneas (sobre todo livedo reticularis). Se ha descrito una forma idiopática primaria y otra asociada a enfermedades autoinmunitarias.

Caso clínico. Se trataba de un varón de 76 años ingresado en Neurología por ictus isquémico hemiprotuberancial derecho. En las dos semanas previas al ictus, el paciente refirió la aparición de unas máculas violáceas livedoides acrales, así como una placa ulcerada

en la cara lateral de miembro inferior izquierdo. Durante su ingreso, se realizó una analítica sanguínea completa incluyendo datos de perfil autoinmune. Se obtuvo una determinación positiva de anticuerpos antinucleares y anti-DNA de doble cadena; además, se observó una positividad de anticuerpos anti-cardiolipina, anti-beta-2-glicoproteína, así como una determinación de anti-coagulante lúpico positiva fuerte. La determinación de crioglobulinas y las serologías virales resultaron negativas. Además, se realizó una biopsia-punch de una de las máculas violáceas y en el resultado histológico posterior no se observaron signos de vasculitis, así como un vaso superficial trombosado con posterior recanalización en dermis profunda. Se realizó tratamiento de dicho paciente con corticoides sistémicos y heparina de bajo peso molecular, presentando el mismo una clara mejoría de las lesiones cutáneas en las posteriores revisiones.

Discusión. El síndrome de Sneddon consiste en la asociación de livedo reticularis y crisis isquémicas cerebrovasculares. Se considera que es un proceso trombótico, aunque su fisiopatología no se conoce con exactitud, especialmente en los pacientes con anticuerpos antifosfolípidos negativos. El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas muestra con frecuencia la oclusión de la luz vascular por la proliferación de la íntima y el acúmulo de células mononucleares, eritrocitos y fibrina. Se debate si esta oclusión es debida a una disfunción endotelial primaria, a fenómenos trombóticos recurrentes en el contexto de un estado de hipercoagulabilidad o a una combinación de ambos mecanismos. Como conclusión, se presenta el caso de un síndrome de Sneddon clásico en el contexto de un estado de hipercoagulabilidad por síndrome antifosfolípido secundario a conectivopatía.

P08. QUISTES DE RAPE MEDIO PERINEAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

J.P. Velasco Amador, Á. Prados Carmona, M.D. Pegalajar García, A. Gil Villalba, I. Pérez López y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Los quistes del rafe medio son lesiones congénitas poco frecuentes del aparato genital masculino que se producen como resultado de un desarrollo embriológico alterado. Presentamos un caso de quistes del rafe medio perineal en un paciente pediátrico. Varón de 3 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivado a la consulta de dermatología pediátrica por presentar lesiones a nivel perineal desde el nacimiento. En la exploración, el paciente presentaba numerosos quistes de pequeño tamaño arrosariados y confluyentes con disposición lineal, desde la parte distal del pene siguiendo por el rafe ventral hasta la zona perianal, constituyendo un cordón. Las lesiones presentaban una consistencia blanda, de bordes bien definidos, no dolorosas a la palpación y sin signos de infección. Se realizó una ecografía de riñón, vías urinarias y de la lesión de mayor tamaño, confirmando que se trataba de una lesión hipoeoica, homogénea, de bordes bien definidos, sin vascularización al doppler y con refuerzo acústico posterior. Por las características de las lesiones, y por la ausencia de alteraciones en la prueba de imagen se realizó el diagnóstico final de quistes de rafe medio perineal. Los quistes de rafe medio son una afección del aparato genital masculino poco frecuente. Generalmente se encuentran desde el nacimiento, pero pueden ser imperceptibles y permanecer asintomáticos, por lo que son infradiagnosticados durante la infancia. Suelen localizarse desde la parte distal del pene hasta la zona perianal, siendo su diagnóstico clínico. Se consideran defectos del desarrollo embriológico por alteraciones en la fusión de los pliegues uretrales y la placa genital. La mayoría de los casos son asintomáticos siendo la complicación más frecuente la sobreinfección. A pesar de ser una entidad benigna, el tratamiento de elección suele ser quirúrgico para evitar complicaciones.

P09. FIBROMATOSIS DIGITAL INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Romero Bravo^a, J.A. Llamas Carmona^a, A. Arroyo Córdoba^a, E. López Vera^a, J.M. García Hirschfeld García^b y D.J. Godoy Díaz^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ^bHospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. El fibroma digital recurrente es un tumor benigno infrecuente, que se presenta en los dedos de manos y pies de pacientes en edad pediátrica. Suele aparecer al nacimiento o durante los dos primeros años de vida, y presenta ligera predominancia por el sexo masculino.

Caso clínico. Paciente de 3 meses de edad que acude a consulta por una lesión en el cuarto dedo de la mano derecha, que está presente desde las primeras tres semanas de vida, pero ha ido creciendo de forma progresiva. A la exploración se aprecia una tumoración color piel, ligeramente eritematosa e indurada, que no compromete la articulación ni los movimientos del dedo. En la ecografía se observó un nódulo hipoecogénico de 0,5 x 0,2 cm, de localización subcutánea, bien delimitado y sin vascularización evidente. Se procedió a resección quirúrgica de la lesión y posterior reconstrucción del defecto. En el estudio histológico se observó un nódulo localizado en la dermis profunda formado por haces entrelazados de células fusiformes. La inmunohistoquímica fue positiva para actina músculo liso específica y desmina. Ante estos hallazgos, se llegó al diagnóstico de fibromatosis digital infantil. Un mes después de la intervención, se observó nueva tumoración indurada bajo la cicatriz de la intervención previa, compatible clínicamente con recidiva de la lesión.

Discusión. El fibroma digital recurrente se manifiesta clínicamente como nódulos solitarios en las manos y pies, que respetan frecuentemente el primer dedo. Suelen ser asintomáticos y menores de 2 cm, pudiendo crecer lentamente o presentar un rápido aumento de tamaño. No produce metástasis a distancia, ni presenta relación con ningún síndrome ni enfermedad sistémica. La etiología está discutida. Aunque inicialmente se había descartado un origen vírico, actualmente se ha confirmado la presencia del VPH-4 en algunas muestras mediante el uso de técnicas genéticas más modernas. No existe un tratamiento estandarizado. Clásicamente se había optado por la resección quirúrgica con márgenes amplios, sin embargo, la lesión recurre hasta en el 74% de los pacientes en los dos primeros años. Además, no es infrecuente que presente una regresión espontánea. Por ello, actualmente se prefiere un enfoque más conservador, reservando la cirugía para casos seleccionados, en los que el paciente presente dolor o se ve comprometida la movilidad de la articulación.

P10. METÁSTASIS EPIDERMOTROPAS DE MELANOMA. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO FOTOGRÁFICO

M. Colmenero Sendra^a, P. Gutiérrez Hernández^b, N. Blázquez Sánchez^a, R. Fúnez Liebana^b, M. de Troya Martín^a e I. Fernández Canedo^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. Las metástasis cutáneas de melanoma son poco frecuentes. En ocasiones es difícil distinguirlas de los melanomas primarios múltiples, ya que los hallazgos histológicos de ambas entidades pueden solaparse. Diferenciar ambos procesos es de vital importancia debido a las implicaciones tanto para el manejo clínico como para el pronóstico.

Caso clínico. Varón de 75 años con antecedentes de HTA e hipotiroidismo. Fototipo II. Intervenido de melanoma maligno cutáneo primario en flanco derecho en 2013 (IB 3.5 mm, no ulcerado, 12 mitosis por mm², con nevus asociado) y biopsia de ganglio centinela

axilar derecho positivo. Linfadenectomía axilar (14 ganglios negativos). Estadío IIIA de la AJCC. Realizó INF adyuvante a dosis intermedias (5 millones tres días en semana durante 2 años). En marzo de 2022 durante el seguimiento dermoscópico digital se detectan cuatro lesiones pigmentadas de novo próximas a cicatriz del primario. La biopsia escisional de todas ellas revela metástasis epidermotropas de melanoma.

Discusión. Los criterios histopatológicos propuestos originalmente en 1978 para distinguir las metástasis epidermotropas (ME) del melanoma primario (MP) incluían la presencia de un collarite epidérmico; un componente dérmico que se extiende más allá del componente intraepidérmico; e invasión del espacio linfovascular, aunque posteriormente se han descrito casos que no cumplían ninguno de estos criterios. Otros hallazgos descritos a favor de las ME son el pequeño tamaño de las lesiones, la simetría, la afectación de los anejos, la ausencia de nevus y de infiltrado inflamatorio y el angiotropismo. Aun así, hoy en día los hallazgos histopatológicos por sí mismos se consideran insuficientes. Tampoco las técnicas de inmunohistoquímica son clave para llegar al diagnóstico. Es por ello que la correlación clínico-patológica resulta crucial, siendo fundamental el seguimiento fotográfico de los pacientes con melanoma.

Conclusión. Ante la ausencia de hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos certeros para diferenciar los MP de las ME, el seguimiento fotográfico del paciente adquiere un papel relevante para el diagnóstico. Los avances en el diagnóstico de esta entidad se basan en los estudios moleculares como la hibridación fluorescente in situ, que permite identificar la relación clonal del primario con las lesiones metastásicas.

P11. PUBALGIA SECUNDARIA A ENDOMETRIOMA ESPONTÁNEO

M.I. Fernández Canedo^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, P. Gutiérrez Hernández^b, N. Blázquez Sánchez^a y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. La endometriosis se define como el desarrollo por fuera de la cavidad uterina de glándulas y estroma endometrial. Esta patología afecta al 6%-10% de las mujeres en edad fértil. Comúnmente ocurre dentro de la pelvis y con menos frecuencia fuera de la misma, siendo la pared abdominal la localización más habitual. Tiende a localizarse adyacente a cicatrices de cirugías ginecológicas previas y aunque es infrecuente se han registrado casos de endometriomas abdominales espontáneos.

Caso clínico. Mujer de 30 años que consultó por dolor a punta de dedo en pubis derecho desde hacía un año. Refería que el dolor empeoraba con los ciclos menstruales. A la exploración se palpaba una lesión nodular indurada desplazable de 1 cm cubierta por piel normal. Se realizó una ecografía cutánea (Esaote Mylab 25, sonda lineal de 18 MHz) evidenciándose una lesión hipoecoica de bordes lobulados en tejido subcutáneo, con señal doppler intralesional. La resección quirúrgica de la misma reveló un endometrioma. La exploración ginecológica fue normal.

Discusión. Los endometriomas de pared abdominal suelen presentarse como una masa subcutánea dolorosa, asociada hasta en un 40% de los casos a dolor cíclico relacionado con el ciclo menstrual. En la literatura médica se ha descrito un caso de endometrioma espontáneo en pubis, similar a nuestra paciente. Ecográficamente se visualizan como una masa hipoecoica, sólida o mixta, bien delimitada con vascularización intralesional. La punción aspiración con aguja fina no solo no permite llegar al diagnóstico sino que además se asocia con un aumento de las recidivas. El tratamiento de elección incluso para las recurrencias, es la resección amplia con 1 cm de márgenes sanos.

Conclusión. Ante una paciente que ecográficamente presente una masa sólida o mixta, bien delimitada con vascularización intrale-

sional en la pared abdominal o en el pubis que curse con dolor que empeora con el ciclo menstrual, debe considerarse el diagnóstico de endometrioma dentro del panel de diagnósticos diferenciales.

P12. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EL MELANOMA CUTÁNEO DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA Y LA EXTRANJERA EN NUESTRO MEDIO? ESTUDIO OBSERVACIONAL

A. Gil Villalba, M.D Pegalajar García, M. Cebolla Verdugo, F.M. Almazán Fernández, J.J. Vega Castillo y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Nuestro hospital recibe gran cantidad de derivaciones de pacientes extranjeros procedentes de hospitales de 2º nivel. No existe evidencia que sugiera que la incidencia de melanoma en España sea más frecuente en población extranjera, ni que el pronóstico de estos pacientes se vea influenciado por el fototipo.

Material y método. Realizamos un estudio observacional longitudinal a todos los pacientes intervenidos de melanoma entre enero de 2015 y agosto de 2022 en nuestra Unidad de Dermatología Oncológica del Hospital Universitario San Cecilio, seleccionando a aquellos de procedencia extranjera. Evaluamos las variables sociodemográficas de estos pacientes y las características de sus melanomas, estadificación y tratamiento realizado.

Resultados. La muestra total fue de 70 pacientes, con una edad media de 63,7 años y una procedencia principalmente inglesa (58,3%) seguida de belgas (8,3%) y alemanes (6,7%). El 83,1% presentaban fototipo II con antecedentes de quemaduras en la infancia (65%, 38/58) y exposición solar intermitente (86%, 50/58). La localización más frecuente fue la espalda (24,3%), seguido de extremidades. El tamaño tumoral medio fue de 1,61 cm y el Breslow 2,49 mm. Según la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2018 los estadios predominantes fueron: IA (22,9%), IIA (22,9%), seguido de IB (15,7%), por lo que escasos pacientes precisaron adyuvancia (estadio > III, tratados 8/14 por pérdidas o rechazo). El 8% de la muestra presentaba más de un melanoma. El 27,1% de la muestra (n = 19 pacientes) se perdió en el seguimiento, solo hubo un fallecido como consecuencia de enfermedad metastásica.

Discusión. A pesar de que los resultados sean aún preliminares, nuestros datos muestran tendencias interesantes como la elevada exposición solar recreativa y quemaduras solares en esta población, lo que concuerda con la edad media de la muestra. Además, hemos encontrado una elevada incidencia de segundo melanoma en esta población, casi el 10%. La mayoría de los pacientes derivados ya acudían con los tumores extirpados para ampliación y técnicas de ganglio centinela, lo que nos dificulta la obtención detallada de las características clínicas e histológicas y supone un claro sesgo de selección. Esto sumado al importante número de pérdidas en el seguimiento hacen fundamental una mejor coordinación con los centros de derivación.

P13. COMUNICACIÓN DE UN CASO DE EMBOLISMOS SÉPTICOS CUTÁNEOS

M.E. Cobos Bonilla^a, R. Fúnez Liebana^b, A. del Arco Jiménez^c, I. Fernández Canedo^d y M. de Troya Martín^d

^aHospital Costa del Sol. ^bServicio de Anatomía Patológica.

^cServicio de Medicina Interna. ^dServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. La sepsis es una respuesta inflamatoria desorbitada ante infecciones, con una alta tasa de muerte. La frecuencia de aparición de lesiones cutáneas en la sepsis no es bien conocida, si bien suelen aparecer en las fases iniciales y su reconocimiento permite realizar un diagnóstico y tratamiento precoces. Se han de-

scrito 4 mecanismos fundamentales por los que se producen estas lesiones en el contexto de una sepsis: coagulación intravascular diseminada, vasculitis por mecanismo inmune, invasión directa de la pared vascular y émbolos sépticos.

Caso clínico. Varón de 64 años con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo II e ictus aterotrombótico. Es ingresado por cuadro de sepsis, con fiebre, desorientación, discurso incoherente y debilidad. Consultan al servicio de dermatología por aparición de lesiones cutáneas eritematoedematosas con pústula central en antebrazo izquierdo, periumbilical y muñeca derecha. La biopsia de una de las lesiones revela la presencia de émbolos sépticos, sospechándose endocarditis infecciosa, aunque no se vieran vegetaciones en el ecocardiograma. Posteriormente el paciente desarrolla hemianopsia bilateral, sospechándose nuevos émbolos a nivel cerebral, que no se detectaron en el TC craneal. Los hemocultivos fueron positivos para *S. aureus* meticilina sensible, recibiendo cloxacilina iv con buena evolución.

Discusión. El émbolo séptico se deposita en la parte distal de los vasos sanguíneos, produciendo placas purpúricas, pústulas y lesiones hemorrágicas, así como nódulos de Osler, lesiones de Janeway y hemorragias en astilla. Su causa principal es la endocarditis bacteriana. A nivel histológico se aprecian émbolos sépticos obstruyendo los vasos, con infiltrado inflamatorio al rededor. Según estudios recientes, la presencia de estos émbolos hace sospechar que también se puedan encontrar en otras localizaciones, como a nivel cerebral, por lo que estas lesiones cutáneas pueden ser consideradas marcadores de severidad y pueden justificar la indicación de pruebas de imagen cerebral.

Conclusión. La exploración dermatológica en pacientes sépticos es esencial tanto para buscar una posible puerta de entrada como también como ayuda al diagnóstico. Además, los émbolos sépticos cutáneos indican mayor severidad ya que predicen mayor riesgo de complicaciones en otros órganos, lo que justificaría la realización de pruebas complementarias.

P14. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HÁBITOS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS EN FOTOPROTECCIÓN EN LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE RIOBAMBA, ECUADOR

J. Cambil Martín^a, Y.E. Salazar Granizo^b, A. Salomé Herrera Molina^b, F. Rivas Ruiz^c, N. Blázquez Sánchez^d y M. de Troya Martín^d

^aUniversidad de Granada. ^bUniversidad Nacional de Chimborazo. Riobamba. Chimborazo. ^cHospital Costa del Sol. ^dServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Antecedentes y objetivos. Más del 80% de los casos de cáncer de piel podrían prevenirse reduciendo la exposición solar, especialmente durante la adolescencia, siendo por ello el grupo de edad que más se beneficia de las campañas de prevención primaria. Hasta la fecha, son numerosas las campañas escolares de prevención del cáncer de piel y los trabajos que evalúan la fotoexposición en la edad escolar. Sin embargo, tanto las campañas como los datos disponibles sobre hábitos, actitudes y conocimientos en fotoexposición en la población universitaria son muy escasos. Los objetivos del estudio son dos: estudiar los hábitos, actitudes y conocimientos sobre fotoprotección de profesores y estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador, y analizar las tasas de quemaduras solares del último año.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo mediante cuestionario validado y específico para población adulta CHACES, que estudia datos demográficos, hábitos de exposición solar, prácticas de protección, quemaduras solares en la última temporada, hábitos

de autoexamen cutáneo y una batería de actitudes y conocimientos relacionados con la fotoexposición y la fotoprotección. Se realiza un análisis descriptivo de los datos obtenidos y estudio comparativo bivariado entre alumnos y profesores.

Resultados. Se incluyeron 907 encuestas válidas (10,25% en profesores y 89,7% en estudiantes universitarios). Las edades medias de los encuestados fueron de 21 años (estudiantes) y 43,8 años (profesores), con predominio del sexo femenino (72,3%), nacionalidad ecuatoriana (98,8%) y fototipos II y III (34,8 y 46,8%). El grupo de población universitaria presentó una tasa de quemaduras solares en el año previo de 78,4% (1 o más quemaduras) frente al 52,7% en el grupo de profesores ($p < 0,001$). El estudio de las actitudes frente al sol no encontró diferencias significativas entre los dos grupos de población, mostrando actitudes positivas hacia la fotoprotección. **Conclusiones.** Nuestro estudio identifica a los estudiantes universitarios como un grupo de alto riesgo de cáncer de piel. Tanto en universitarios como en profesores, el estudio revela unas actitudes positivas hacia la fotoprotección, aunque con conocimientos y hábitos de exposición solar deficitarios.

P15. DESENMASCARANDO AL PSEUDOLINFOMA: REVISIÓN DE 3 CASOS TIPO

B. Ruz Portero^a, A.I. Sánchez del Campo^a, D. Moreno Ramírez^a y J.J. Ríos-Martín^b

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. Los pseudolinfomas cutáneos (PLC) son un grupo heterogéneo de dermatosis que simulan clínica e histopatológicamente linfomas cutáneos. Aunque el PLC es considerado una condición benigna, algunos tumores malignos no linfoides pueden simular un linfoma cutáneo y plantear un reto diagnóstico.

Desarrollo. En este trabajo se presentan 3 casos clínicos de etiología infecciosa, inflamatoria y tumoral con una proliferación linfóide que enmascara la verdadera causa de la lesión a estudio.

Caso clínico. Caso 1: mujer de 49 años con una pápula eritematoamarillenta umbilicada de 6 mm. Se realizó afeitado de la lesión con diagnóstico de PLC asociado a molluscum contagioso. El estudio histopatológico demostró un infiltrado inflamatorio de predominio T (CD3+) y algunas células CD30+ con reordenamiento clonal negativo. Caso 2: mujer de 32 años con reacción inflamatoria en tatuaje de dorso de mano derecha de 1 mes de evolución. El estudio histopatológico demostró una reacción pseudolinfomatosa de predominio T (CD3+) con formación de granulomas no necrotizantes y escasas células plasmáticas, compatible con reacción inflamatoria por tatuaje. Caso 3: varón de 90 años con nódulo eritematovioláceo 1,5 cm de coloración negruzca central con vasos ramificados visibles a simple vista. El estudio histopatológico demostró un infiltrado intenso nodular de predominio T (CD3+) con predominio de células citotóxicas (CD8+).

Discusión. El PSL se describe en la literatura como una linfoproliferación reactiva que imita histopatológica y/o clínicamente a los linfomas cutáneos. Esta definición es muy amplia, por ello es evidente que muchos procesos cumplan los criterios del PLC. Muchas dermatosis y neoplasias cutáneas pueden presentar infiltrados linfocíticos atípicos, que pueden malinterpretarse fácilmente como PLC basándose únicamente en las características histopatológicas. Así, el término "pseudolinfoma" no es un diagnóstico per se, ya que abarca trastornos cutáneos de diferentes etiologías y presentaciones clinicopatológicas. El diagnóstico histopatológico puede ser difícil sin una correlación clínica, sobre todo si se trata de biopsias parciales, pequeñas o con secciones muy superficiales.

Conclusión. Estos 3 casos ofrecen nuevos conocimientos sobre los mecanismos (infeccioso, inflamatorio o tumoral) aun desconocidos, que originan al PLC.

P16. ISQUEMIA DIGITAL INDUCIDA POR GEMCITABINA, COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Á. Ayén Rodríguez, J.M. Llamas Molina, M. Cebolla Verdugo, C. Llamas Segura, D. Moyano Bueno y R. Ruiz Villaverde

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

La isquemia digital se presenta con poca frecuencia en pacientes oncológicos. Presentamos un caso de isquemia digital asociado al tratamiento combinado de gemcitabina y carboplatino.

Varón de 76 años, en tratamiento con gemcitabina/carboplatino por carcinoma urotelial metastásico, derivado a nuestro servicio por lesiones cutáneas dolorosas en manos de 3 semanas de evolución. El cuadro debutó 3 días después del segundo ciclo de quimioterapia, con intenso dolor a nivel digital. A la exploración se observaba edematización y cianosis en pulpejos de ambas manos, junto a hemorragias en astillas y subcórneas. La analítica no mostró alteraciones. En el angio-TC se visualizaba oclusión de la arteria radial izquierda, y de la arterias cubital y radial derechos. Ante la sospecha de acroisquemia digital inducida por gemcitabina se suspendió la quimioterapia e iniciamos tratamiento con prostaglandinas, junto a terapia analgésica, con mejoría paulatina del cuadro. La gemcitabina es un fármaco antimetabolito que se utiliza en el tratamiento de diversas neoplasias malignas. Los efectos adversos más frecuentes incluyen síntomas pseudogripales, náuseas, vómitos, diarrea o melodepresión. Sin embargo, también se ha asociado con acontecimientos adversos vasculares poco frecuentes, incluyendo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, microangiopatía trombótica, síndrome de fuga capilar o vasculitis. No existen guías establecidas sobre el tratamiento óptimo de la vasculopatía inducida por gemcitabina. En todos los casos revisados se suspendió la gemcitabina, siendo los análogos de prostaglandinas y prostaciclina el tratamiento más frecuentemente usado. También se ha comunicado el uso de antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes o bloqueantes de los canales de calcio. En algunos casos se han descrito intervenciones como la angioplastia y el bloqueo ganglionar simpático, y en aquellos más graves el desbridamiento o amputación. Además, debe proporcionarse una analgesia adecuada con antiinflamatorios no esteroideos u opiáceos. Como conclusión, la isquemia digital inducida por gemcitabina es un evento probablemente infracomunicado, por lo que este tipo de quimioterapia debería administrarse con precaución en pacientes con otros factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad arterial oclusiva, además de mantener una estrecha vigilancia de este posible efecto adverso.

P17. ALOPECIA TRANSITORIA TRAS PROCEDIMIENTO ENDOVASCULAR

M.D. Benedicto Maldonado, J. Luque Varela, I. Castaño Uhagón, P.J. Navarro Guillamón, M.S. Ocaña Wilhelmi y E. Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Caso clínico. Antecedentes personales: sin alergias a fármacos conocidos, sin hábitos tóxicos, ni factores de riesgo cardiovascular. Neurofibromatosis tipo 1, epilepsia sintomática, malformación arteriovenosa (MAV) cerebelosa izquierda. Tratamiento habitual: lev-etiracetam 500 mg 1 comprimido/8h. Anamnesis: acude a consulta un varón de 48 años, que consulta por pérdida de cabello asintomática en cuero cabelludo de unas 6 semanas de evolución. Refiere haberse sometido hacía 4 meses a tres sesiones de embolización por MAV cerebelosa. No refiere ninguna otra sintomatología. Exploración: en examen con dermatoscopio se aprecia una placa alopécica de 20 x 15cm en región parietooccipital izquierda con signos de repoblación. No miniaturización, signos de alopecia cicatricial, eritema, descamación o pérdida de orificios foliculares.

Pruebas complementarias: analítica de sangre general con perfil tiroideo sin alteraciones. Juicio clínico: alopecia rectangular tras embolización. Tratamiento: minoxidil 0,5% tópico y suplementos vitamínicos orales.

Discusión y conclusiones. Los procedimientos por radiología intervencionista intracraneales están en auge debido a su menor morbilidad respecto a la cirugía convencional. Sin embargo, son procedimientos que asocian complicaciones cutáneas como dermatitis o necrosis y su conocimiento es crucial para un manejo adecuado. Dentro de este espectro se encuentra la alopecia rectangular tras embolización, que se trata de una entidad poco frecuente y poco conocida, considerada un tipo de radiodermatitis y se produce por la sensibilidad a la radiación de los folículos pilosos que se encuentran en anagen. Semanas tras la intervención se produce repoblación de la zona de forma espontánea sin requerir tratamiento. Para el diagnóstico es fundamental conocer el antecedente de procedimiento endovascular. Aun así, el diagnóstico diferencial principal ha de realizarse con otras alopecias como la alopecia areata o alopecia por presión.

P18. PUSTULOSIS AGUDA GENERALIZADA, 2 CASOS Y UN ESPECTRO

R.P. Román Cheuque, A. Jiménez Antón, M. Viedma Martínez, D. Jiménez Gallo, I. Navarro Navarro, A.J. Durán Romero, J.F. Millán Cayetano y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Casos clínicos. Caso 1: un varón de 21 años consultó por 6 días con fiebre intermitente y erupción pruriginosa con pústulas rodeadas por un halo eritematoso, de predominio palmoplantar y aisladas en abdomen, muslos y glúteos, asociado a eritema amigdalino. Un cultivo faríngeo confirmó infección por *S. pyogenes*. La biopsia de piel evidenció dermatitis psoriasiforme y vasculitis leucocitoclástica. Con lo anterior se realizó el diagnóstico de pustulosis aguda generalizada (PAG). Se pautó tratamiento oral con clindamicina y corticoterapia, con remisión completa. Caso 2: un varón de 35 años consultó por cuadro de 3 días con odinofagia y erupción asintomática con pústulas rodeadas por halo eritematoso y piel circundante sana en manos, plantas y tronco. No presentó estigmas de psoriasis al examen. Un cultivo faríngeo resultó negativo. La biopsia de la piel evidenció una pústula subcórnea. Se evidenciaron títulos elevados de ASLO. Con lo anterior se realizó el diagnóstico de PAG. Se pautó tratamiento oral con doxiciclina con remisión parcial, cambiándose a ciclosporina 100 mg cada 12 horas logrando remisión completa.

Discusión. La PAG es una controversial entidad por su similitud con la psoriasis pustulosa (PP) y la pustulosis exantemática aguda generalizada, autores han propuesto agruparlas dentro del espectro de pustulosis reactivas a un fármaco o infección. Se caracteriza por la aparición de múltiples pústulas estériles con halo eritematoso sobre piel normal, inicialmente palmoplantar simétrica y que pueden extenderse a tronco y extremidades, asociando odinofagia, fiebre e infrecuentemente glomerulonefritis o artropatía, posterior a una infección faríngea estreptocócica. Confirmación de la infección mediante un cultivo faríngeo o títulos de ASLO apoyan al diagnóstico. Histopatológicamente se evidencia una pústula subcórnea esponjiforme y a veces vasculitis leucocitoclástica asociada. Suelen ser autolimitadas al ser tratada la infección. Algunos hallazgos del segundo caso, como ausencia de fiebre, cultivo faríngeo negativo y mejoría notable con ciclosporina son poco habituales en PAG y pueden asemejarse a una PP; consideramos que la ausencia de antecedentes familiares, estigmas psoriásicos o recaídas hacen poco probable esta opción. En nuestra opinión, ambos casos reflejan la dificultad de diferenciar las patologías de este espectro entre sí y la utilidad de un enfoque fisiopatológico.

P19. PRÚRIGO NODULAR, UN DESAFÍO TERAPÉUTICO AL QUE PODEMOS VENCER

C. Tienza Fernández, J.A. Suárez Pérez, P. Luque Varela, J.A. González Saavedra, C. Pérez Ruiz y E. Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos. Nuestro objetivo es superar el desafío terapéutico, que, en muchas ocasiones supone el prurigo nodular, dando una nueva alternativa de tratamiento basado en la etiopatogenia que subyace a esta patología.

Caso clínico. Mujer de 49 años en seguimiento por nuestro servicio desde 2016 por prurigo nodular y dermatitis atópica confirmado por biopsia en ambos casos. Ha realizado múltiples tratamientos incluyendo corticoides tópicos, intralesionales, sistémicos, fototerapia, azatioprina y ciclosporina. Todas ellas fracasaron, causando una disminución de la calidad de vida con un NRS itch de 10 y NRS sleep de 10, asociaba depresión y ansiedad precisando tratamiento ansiolítico y antidepresivo.

Se decide entonces el inicio de tratamiento con upadacitinib 30 mg/día. En la revisión nuestra paciente, había pasado de un EASI 21, BSA 25, IGA 4 a un EASI 2, BSA 0, IGA 0 con mejoría desde la primera semana de tratamiento y sin asociar eventos adversos. Detectamos además, mejoría de parámetros de calidad de vida con un NRS itch de 0 y un NRS sleep de 0, precisando menor dosis de medicación ansiolítica y antidepresiva.

Discusión. El prurigo nodular es un trastorno cutáneo que se caracteriza por un patrón de reacción distintivo en pacientes con prurito crónico como consecuencia del rascado continuo. Se caracteriza por nódulos firmes con forma de cúpula y que se localizan de forma característica en superficie extensora de brazos y piernas aunque también en tronco y zona sacra. Aproximadamente la mitad de todos los casos de prurigo nodular tienen antecedentes de dermatitis atópica, siendo este subgrupo de menor edad a la edad media de diagnóstico de prurigo nodular. La epidermis de estos pacientes se tiñe con anti-pSTAT6 un marcador de citocinas Th-2 interleucina (IL) 4, IL-5, IL-13 por lo que estas citocinas serían parte importante de la patogénesis de esta enfermedad.

Conclusiones. Aproximadamente un 50% de los pacientes con prurigo nodular tienen antecedentes de dermatitis atópica, especialmente en aquellos que el diagnóstico de la enfermedad se realiza de forma temprana. Una opción terapéutica para este subgrupo de pacientes serían los inhibidores de la JAK, en concreto upadacitinib, inhibidor de JAK 1, que puede proporcionar tanto una mejoría clínica como de la calidad de vida de forma rápida permitiendo además detectar a los pacientes respondedores de forma precoz.

P20. FACOMATOSIS CESIOFLAMMEA, HALLAZGOS NEUROLÓGICOS

I. Pérez López, Á. Ayén Rodríguez, J.P. Velasco Amador y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Las facomatosis pigmentovasculares son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por malformaciones vasculares cutáneas y lesiones melanocíticas. Publicaciones recientes lo han relacionado con mutaciones activadoras somáticas en los genes GNAQ y GNA11. Presentamos un caso de facomatosis cesioflamea con quistes aracnoideos temporales bilaterales.

Caso. A Dermatología Pediátrica acudió una niña de 10 meses, sin antecedentes personales o familiares de interés, con una mancha violácea en la zona lumbar y múltiples manchas azuladas presentes desde el nacimiento en el resto del tronco. El examen cutáneo reveló una mancha rojo-vinosa, vascular, en la zona lumbar compatible con una malformación capilar. Además, tenía varias manchas mongólicas aberrantes en las nalgas, la espalda, los hombros y la raíz de las extremidades superiores. El diagnóstico fue facoma-

tosis cesioflammea. El estudio por parte de oftalmología y neurope-
diatría fue normal, sin embargo, la resonancia magnética mostró
quistes aracnoideos temporales bilaterales.

Discusión. Las manifestaciones extracutáneas están presentes en el
50% de las facomatosis pigmentovasculares, incluyen principalmente
alteraciones en el sistema nervioso central, defectos oculares, alo-
pecia, agenesia renal, síndrome de Klippel Trenaunay y síndrome de
Sturge Weber. Las manifestaciones neurológicas incluyen ventriculo-
megalia, calcificaciones cerebrales, atrofia y angiomas lepto-
menínges. La incidencia de quiste aracnoideo representa el 1% de
las lesiones ocupantes de espacio intracraneales, y en la mayoría de
los casos, la lesión es única. De hecho, la presencia de quistes bilate-
rales recomienda descartar trastornos metabólicos y/o la asociación
con otras facomatosis. En la literatura, no hemos encontrado ningún
informe sobre la asociación entre la facomatosis pigmentovascular y
los quistes aracnoideos temporales bilaterales. Sin embargo, se in-
formó que algunos pacientes con neurofibromatosis tenían quistes
bilaterales y también en 2007 un caso de esclerosis tuberosa pre-
sentó dicha asociación. Por otra parte, en el síndrome de Sturge
Weber, relacionado igualmente con mutaciones activadoras somáti-
cas en los genes *GNAQ* y *GNA11*, también están documentados los
quistes aracnoideos bilaterales.

Conclusión. Con base en estas observaciones, pensamos que los
factores genéticos son los responsables de dicha asociación.

P21. EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO INDUCIDO POR NAPROXENO

A. Arroyo Córdoba, I. López Riquelme, E. López Vera,
M. Romero Bravo, D.J. Godoy Díaz y L. Martínez Pilar

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una reacción cutánea a
medicamentos que recurre característicamente en los mismos lu-
gares tras la reexposición al fármaco causante. Los antimicrobianos
y antiinflamatorios no esteroideos son las causas más frecuentes. El
EFM generalmente se presenta con máculas redondas u ovaladas, de
color rojo-violáceo con centro marrón oscuro, que pueden evolucio-
nar a placas o ampollas. Las zonas más afectadas incluyen labios,
genitales y extremidades. Presentamos el caso de una mujer de 40
años, con antecedentes de hipertiroidismo primario autoinmune.
Consulta por lesiones en forma de máculas eritemato-violáceas bien
delimitadas en dorso de manos, pies, labios, encías y región perianal.
La paciente refiere que cursa en brotes, coincidiendo con la menstru-
ación y la posterior toma de naproxeno como analgesia. No presenta
síntomas generales. Sin alteraciones analíticas incluyendo autoinmu-
nidad y serologías de VIH, VHB y VHC negativas. La biopsia mostró
degeneración hidrópica de la epidermis basal e incontinencia pig-
mentaria compatible con exantema fijo medicamentoso. Las lesiones
agudas del EFM aparecen generalmente de 30 minutos a 8 horas
después de la administración del fármaco. Para el diagnóstico, junto
con la morfología e historia de las lesiones, es primordial interrogar
sobre los antecedentes de toma de medicación y la recurrencia en la
misma zona al reintroducir el fármaco u otro químicamente similar.
Esta recurrencia se explica por la persistencia de linfocitos T CD8 +
en estado quiescente a lo largo de la unión dermo-epidérmica en las
zonas con lesiones. Estos linfocitos de memoria residentes son sus-
ceptibles de reactivarse si existe una nueva exposición al fármaco. El
EFM puede presentarse con características atípicas, incluyendo en el
diagnóstico diferencial el eritema multiforme, la dermatosis neu-
trófila o la dermatitis de contacto. Además del tratamiento sintomático
enfocado al alivio del prurito, la clave es interrumpir y evitar el
fármaco causante y familias similares, resolviéndose la lesión en
pocos días con una probable hiperpigmentación residual postinflamatoria.
En el caso de nuestra paciente, no volvió a presentar nuevas lesiones
tras la recomendación de evitar la ingesta de naproxeno así como otros
antiinflamatorios no esteroideos.

P22. MICOSIS FUNGOIDE VARIANTE PALMO-PLANTAR

L. Aguilar González, G. Gallo Pineda, A. Jiménez Antón,
A.J. Durán Romero, I. Nieto Montesinos y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Un varón de 69 años con antecedentes de HTA e hipercolesterolemia
en tratamiento con valsartán, hidroclorotiazida y simvastatina con-
sultó por la aparición de una erupción cutánea en manos de dos
meses de evolución que no respondió a tratamiento con corticoides
tópicos. A la exploración presentó maculo-pápulas hiperqueratósicas
de 1 cm de diámetro en palmas de ambas manos, sin afectación de
otras superficies corporales. No se hallaron adenopatías ni megalias
en la exploración. La analítica no mostró alteraciones y las serologías
fueron negativas. La biopsia demostró un infiltrado linfocitario dérmico
en banda, con ligera espongiosis y epidermotropismo, siendo las
células proliferantes atípicas con inmunotinción positiva para CD45,
CD3 y CD4. Asimismo, el inmunofenotipo fue compatible con micosis
fungoide variante palmar. La citometría de flujo no reveló altera-
ciones en células T, y no se constató enfermedad a distancia. Por
todo lo anterior, el paciente fue diagnosticado de micosis fungoide
variante palmar T1N0M0B0 (estadio IA). Posteriormente, se inició
tratamiento con acitretino oral 25 mg que no fue tolerado por queili-
tis labial, por lo que fue sustituido por metotrexato 15 mg semanal
consiguiendo remisión de las lesiones cutáneas. La micosis fungoide
(MF) es un linfoma cutáneo de células T epidermotropas producido
por la proliferación clonal de linfocitos T neoplásicos con núcleo cer-
ebriforme. Es el linfoma cutáneo más frecuente suponiendo el 50%
de los mismos. En un 11% de los casos se encuentra afectación de
palmas y plantas, sin embargo, solo un 0,6% de los pacientes presen-
tan afectación exclusiva a dicho nivel. Por tanto, la MFPP es una
entidad rara e infrecuente, que se caracteriza por la afectación
únicamente de palmas y plantas en forma de parches, placas o tu-
mores al igual que el resto de MF. En la mayoría de los casos la MFPP
se muestra como lesiones eccematosas anulares. Las imágenes his-
tológicas muestran epidermotropismo y la inmunohistoquímica re-
vela linfocitos T clonales CD3 y CD4 positivos. Esta variante presenta
un curso clínico indolente y suele responder a corticoides tópicos o
PUVA. Otras posibilidades terapéuticas incluyen el tratamiento con
acitretino o metotrexato, como en nuestro caso, generalmente con
buena respuesta.

P23. MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS DERMATOLÓGICAS DIFERIDAS EN UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL DURANTE 5 MESES

J. M. Liñán Barroso, J.J. Pereyra Rodríguez, C. Cruz Catalán,
J. Ortiz Álvarez, J. C. Hernández Rodríguez y J. Conejo-Mir Sánchez

*UGC Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen
del Rocío. Sevilla. España.*

Antecedentes y objetivos. Las consultas a Servicios de Urgencias
Hospitalarias por motivos dermatológicos son frecuentes en nuestro
medio. En nuestro centro las urgencias dermatológicas que no pre-
cisan ingreso hospitalario son derivadas a criterio del facultativo de
urgencias a consultas de "Dermatología de Urgencias". El objetivo
de este estudio es describir y analizar las características de los
pacientes atendidos en una consulta de dermatología de urgencias.
Material y métodos. Se realizó un estudio transversal de los pa-
cientes atendidos en consultas de Dermatología de Urgencias desde
septiembre de 2022 a enero de 2023. Se recogieron datos demográ-
ficos, juicio clínico y actitud terapéutica en el servicio de urgen-
cias, demora en la derivación, juicio clínico dermatológico y
manejo diagnóstico/terapéutico en la UGC de Dermatología. Se
excluyeron los casos que requirieron ingreso directo desde Urgen-
cias. Los resultados fueron analizados de forma descriptiva.

Resultados. Se incluyeron un total de 566 pacientes (hombres:
47,7%; mujeres: 51,6%) con una edad media de 45 años, de los

cuales acudió a consulta el 91%. La demora media de atención en la UGC Dermatología desde la UGC Urgencias fue de 7 días. La enfermedad más diagnosticada fue la escabiosis (14%). En un 40% de los casos no se emitió un juicio clínico dermatológico en UGC Urgencias. La prueba diagnóstica más solicitada fue la analítica básica (20%), seguido de la biopsia cutánea (14%). El 53% de los pacientes fueron datos de alta, mientras que el 38% fue citado para revisión en consultas regladas de la UGC Dermatología.

Conclusiones. El perfil de paciente atendido es paciente de mediana edad sin predominio de sexo. Consideramos que la demora media en la atención entre la visita en Urgencias y Dermatología puede deberse al volumen de enfermedades cutáneas, la falta de formación en Dermatología de otros especialistas, la ausencia de criterios de derivación desde Urgencias y la saturación del sistema sanitario. Esto pone de manifiesto la necesidad de colaboración entre médicos de familia, médicos de urgencias y dermatólogos.

P24. NEVO SPILUS SEGMENTARIO GIGANTE

M. D. Pegalajar García, Á. Ayén Rodríguez, A. Gil Villalba, J.M. Llamas Molina, R. Ruiz Villaverde y M. A. Fernández Pugnaire
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Mujer de 23 años sin antecedentes personales de interés que consulta por una mácula pigmentada marrónácea desde el nacimiento que ocupa toda la región lateral izquierda de abdomen y región lumbar correspondiente, extendiéndose hacia la cara interna y anterior de muslo homolateral. Sobre ella aparecen máculas de color marrón más oscuro y distinto tamaño. Realizamos dermoscopia con sistema Fotofinder y observamos una pigmentación marrón claro homogénea con pequeñas áreas de retículo pigmentado más marcado en relación con nevus juntuales. Este patrón dermoscópico junto con la clínica nos llevan a establecer el diagnóstico de nevo Spilus (NS) segmentario gigante.

Discusión. Los NS son lesiones hiperpigmentadas sobre las que durante el crecimiento se van superponiendo máculas o pápulas de color más oscuro. Afectan al 0,2-2,3% de la población general. Aunque generalmente son lesiones únicas y pequeñas asociadas a la mutación HRAS, existen casos descritos de gran tamaño o con patrón zosteriforme. La variante macular, como nuestro caso, puede asociarse a facomatosis de tipo pigmentovascular en presencia de otras lesiones vasculares, y a la neurofibromatosis tipo 5. El diagnóstico diferencial incluye el nevo melanocítico congénito gigante y el nevo agminado. El riesgo de aparición de melanoma sobre los NS se considera bajo, en torno a un 0,13 %, siendo el subtipo más frecuente el melanoma de extensión superficial y parece que en relación al tamaño (> 40 cm), y a la variante macular de NS. Por ello se recomienda seguimiento y realización de biopsia ante la aparición de lesiones sospechosas.

Conclusión. El NS segmentario gigante constituye una variante infrecuente de NS. El seguimiento periódico mediante dermatoscopia digital es altamente recomendable, lo que nos permitirá detectar cambios de manera precoz pese al bajo potencial maligno del NS.

P25. UN METAANÁLISIS DE TRANSCRIPTOMAS REVELA IMPORTANTES DIVERGENCIAS MOLECULARES ENTRE LAS ALOPECIAS CICATRICIALES PRIMARIAS LINFOCÍTICAS

P.J. Gómez Arias^a, I. Rivera Ruiz^a, M.J. Cencerrado^a, F. Gómez García^b, M. Aguilar Luque^b, J.L. Sanz Cabanillas^a, J. Gay Mimbrera^b y J. Ruano Ruiz^a

^aUGC de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía. ^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.

Objetivo. Las alopecias cicatriciales representan un grupo de enfermedades inflamatorias que conllevan la pérdida irreversible del cabello por la destrucción y fibrosis de los folículos pilosos.

Materiales y métodos. Se utilizó un modelo metaanalítico para integrar los perfiles de expresión génica de cuatro conjuntos de datos independientes alojados en Gene Expression Omnibus que involucraban a 29 pacientes con alopecias cicatriciales (alopecia frontal fibrosante [FFA], n = 10; liquen plano pilaris [LPP], n = 11; alopecia central centrífuga [CCCA], n = 8; pseudopelada de Brocq [PsPB], n = 4) y 29 controles, tanto internos como sanos. Se realizaron un metanálisis empleando un modelo de efectos aleatorios y un análisis de enriquecimiento de rutas biológicas con imaGEO y GeneCodis o GSEA.

Resultados. Ningún gen estaba expresado diferencialmente en todos los tipos de alopecias ($\log_2\text{FCH} > 2,5$ o $< -2,5$ y $\text{FDR} < 0,05$). Sin embargo, sí había características comunes y diferenciadores en las diferentes rutas analizadas. En todas las alopecias se observaron cambios relacionados con la homeostasis de la matriz extracelular, con expresión al alza del colágeno (COL14A1 y COL3A1 en FFA; COL16A1 en PsPB) y a la baja de proteínas relacionadas con la degradación de la matriz extracelular (ITGB1 en FFA y CCCA; SERPINE1 y MMP13 en FFA y LPP; SPP1 en LPP y CCCA y KLKB1 en FFA y PsPB). El componente inflamatorio fue mayor en FFA frente al resto de alopecias, con aumento de expresión de genes relacionados con interferón (EGR1, CIITA, HLA-DPA1), Th1 (DLL4, ISG20, ICAM1), Th2 (IL4, MAF, NOTCH1), y disminución de Th17 (IL17A, TGFB1, SMAD3) y activación de macrófagos (NOS1, PLCG2). En CCCA se observó una mayor representación del metabolismo del colesterol y en FFA de la síntesis de ácidos grasos, las señales de insulina y la neoglucogénesis. Es de destacar que CCCA (MSAPK8) y LPP (GSK3B) se asociaron a la resistencia a la insulina. Los genes de la ruta de señalización Hedgehog se encontraban regulados a la baja en CCCA y al alza en FFA. Se encontraron cambios epigenéticos en la CCCA (EP300, KANSL1), FFA (ATF7IP, CREBBP) o ambas (NCOR1), pero no en el LPP ni la PsPB.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra por primera vez la heterogeneidad molecular de los tipos más representativos de alopecias cicatriciales linfocíticas primarias en base a una meta-análisis de estudios de expresión génica.

P26. COEXISTENCIA DE ALOPECIA AREATA, ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE Y ALOPECIA FIBROSANTE DE PATRÓN DIFUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Linares López, Á. del Espino Navarro Gilabert, M.B. Cívico Ruíz, J.M. Morón Ocaña, M.L. Martínez Barranca y J. Escudero Ordóñez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial autoinmune, que se caracteriza por placas alopécicas. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial linfocítica que predominantemente afecta a la línea de implantación frontotemporal. La alopecia fibrosante en patrón difuso (FAPD) es una alopecia cicatricial que afecta a áreas andrógeno-dependientes. A diferencia de la AA, estas dos últimas presentan pérdida irreversible del folículo piloso.

Caso. Mujer de 77 años, con antecedentes de hipotiroidismo y familiares de alopecia androgénica, consultaba por alopecia en zona de línea de implantación frontotemporal junto con alopecia parcial de cejas, que debutaron durante la perimenopausia. En su seguimiento, aparecieron placas alopécicas bien definidas en región parieto-temporal y occipital y nos refería pérdida de densidad interparietal progresiva. A la exploración, presentaba retroceso de línea de implantación frontotemporal junto con hiperqueratosis y eritema perifolicular a la tricoscopia. En área interparietal andrógeno dependiente se observó hiperqueratosis perifolicular, ani-

sotricosis y halo marrónáceo peripilar. En región occipito-temporal derecha y vértex, placas alopécicas junto con pelos peládicos, puntos amarillos, zonas de poliosis y tracción positiva. La biopsia en área de cohesión de AA y de región interparietal con FAPD, mostró discreta fibrosis perifolicular, sin pérdida del folículos pilosos y pústulas con esporas fúngicas intracorneales, con cultivo negativo.

Discusión. Hasta el momento hay reportados 7 casos de AA en coexistencia con AFF. Se ha descrito en AFF que el 9,7%- 30% de los pacientes tienen un trastorno inmunológico asociado, como es el hipotiroidismo, el liquen plano o una AA. Tanto AFF como FADP com-

parten hallazgos clínicos y patológicos similares, y a pesar de que ambas parecen presentar una influencia hormonal, en la FAPD existe un fondo genético de AGA. En resumen, presentamos un caso que coinciden ambos supuestos. Por una parte, la posibilidad de desarrollar una AA como enfermedad concomitante en pacientes con AFF, y por otro lado, la posibilidad de desarrollar una FAPD en pacientes con AFF que además tienen base genética de AGA. Sería interesante definir los factores genéticos y/o ambientales compartidos para facilitar una mayor comprensión de la patogenia y mejorar el manejo de las mismas.