

51 CONGRESO  
NACIONAL DE  
DERMATOLOGÍA Y  
VENEREOLÓGIA

**AEDV**

**MADRID** **2024**  
22/25 MAYO

**Libro de Resúmenes de Comunicaciones Orales y Pósteres del  
51 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología.**

**(22/25 de mayo 2024)**



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLÓGIA

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

# Libro de Resúmenes de Comunicaciones Orales y Pósteres del 51 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología.

(22/25 de mayo 2024)

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

---

EDITORA JEFE

Yolanda Gilaberte Calzada

COMITÉ CIENTÍFICO

Yolanda Gilaberte Calzada, Presidenta de la AEDV

Isabel Belinchón Romero

Sergio Vañó Galván

Eduardo Nagore Enguidanos

Dr. Pablo de la Cueva Dobao

Dr. Pedro Herranz Pinto

Dra. Raquel Rivera Díaz

Dr. Esteban Daudén Tello

---

[www.aedv.es](http://www.aedv.es)

---

ISSN 1889-5352

Depósito Legal: M-2328-2024

Publicación anual

Academia Española de Dermatología y Venereología

C/ Ferraz, 100 1º Izq - 28008 Madrid

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

© Copyright 2008 Academia Española de Dermatología y Venereología.

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

Protección de datos: la Academia Española de Dermatología y Venereología declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 13/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

# 51 Congreso Nacional de Dermatología y Venerología

---

## COMITÉ ORGANIZADOR

Yolanda Gilaberte Calzada  
Isabel Belinchón Romero  
Antonio Clemente Ruiz de Almirón  
Sergio Vañó Galván  
Jesús del Pozo Losada  
Pablo de la Cueva Dobao  
Ana Molina Ruiz

## COMITÉ CIENTÍFICO

Yolanda Gilaberte Calzada, Presidenta de la AEDV  
Isabel Belinchón Romero  
Sergio Vañó Galván  
Eduardo Nagore Enguidanos  
Pablo de la Cueva Dobao  
Pedro Herranz Pinto  
Raquel Rivera Díaz  
Esteban Daudén Tello

---

## JUNTA DIRECTIVA DE LA AEDV

### Presidenta

Yolanda Gilaberte Calzada

### Vicepresidenta - Área Formación, Investigación e Innovación

Isabel Belinchón Romero

### Vicepresidente – Área de Dermatología Pública

José Manuel Carrascosa Carrillo

### Vicepresidente – Área de Dermatología Privada

Agustín Viera Ramírez

### Vicepresidente – Área de Grupos de Trabajo, secciones

Territoriales y Defensa del Dermatólogo

Pablo de la Cueva Dobao

### Secretario General

Sergio Vañó Galván

### Dirección Económica

Antonio Clemente Ruiz de Almirón

### Director de la Fundación Piel Sana de la AEDV

Agustín Buendía Eisman

### Dirección de Comunicación

Leandro Martínez Pilar

Ana Molina Ruiz

### Dirección Museo Olavide

Pablo Lázaro Ochaita

### Dirección de Campañas

Salvador Arias Santiago

### Representante Eméritos

Aurora Guerra Tapia

### Representantes Aspirantes

Gabriel Suárez Mahugo

Francisco José Rodríguez Cuadrado

### Dirección de Revista de la Academia "Actas"

Eduardo Nagore Enguidanos

### Redactor Jefe Revista de la Academia "Actas"

David Moreno Ramírez

### Dirección Asociaciones de Pacientes

Ana Martín Santiago

### Adjunto a Secretaría General

Álvaro González Cantero

### Área de Dermatología Pública

Agustín Viera

### Área Secciones Territoriales

Nacho Yanguas Bayona

### Área Grupos de Trabajo

Mar Llamas Velasco

Carlos Serra Guillén

### Área Ejercicio Público

Raquel Rivera Díaz

Amparo Pérez Ferriols

Ángeles Flórez Menéndez

### Área Ejercicio Privado

Juan García Gavín

Vicent Alonso Usero

Sara Carrasco Sánchez

Cristina Eguren Michelena

Área Formación, Innovación e Investigación

Juan José Andrés Lencina

Laura Salgado Boquete

Anna López Ferrer

Área Innovación y Nuevas Tecnologías

Antonio Martorell Calatayud

## PRESIDENTES DE HONOR

José M<sup>a</sup> Mascaró Ballester

Francisco Camacho Martínez

José Luis Díaz Pérez

Julián Conejo-Mir Sánchez

José Carlos Moreno Giménez

Pedro Jaén Olasolo

## COMITÉ ASESORES

Relaciones Internacionales

Julian Conejo Mir

Salvador González

Jose Luis López Estebanz

Susana Puig Sardá

Antonio Torrelo

Comunicación

Andrea Combalia Escudero

Juan García Gavín

Defensa al Dermatólogo

Pablo de la Cueva

Pablo Lázaro Ochaita

Cristina López Obregón

Amparo Pérez Ferriols

Antonio Clemente Ruiz de Almirón

Ignacio Yanguas Bayona

Dermatología Privada

Antonio Clemente Ruiz de Almirón

Agustín Viera Ramírez

Dermatología Pública

Lara Ferrandiz Pulido

Ricardo Ruiz Villaverde

Fundación Piel Sana

Salvador Arias-Santiago

Angeles Flórez

Juan García Gavín

Agustin Viera Ramírez

## PRESIDENTES SECCIONES TERRITORIALES

### SECCIÓN ANDALUZA

Leandro Martínez Pilar

### SECCIÓN ASTUR C. C. LEONESA

Susana Armesto Alonso

### SECCIÓN BALEAR

Vicenç Andreu Rocamora Durán

### SECCIÓN CANARIA

Leopoldo Borrego Hernando

### SECCIÓN CATALANA

Isabel Bielsa Marsol

### SECCIÓN CENTRO

Pablo de la Cueva Dobao

### SECCIÓN GALLEGA

Jesús del Pozo Losada

### SECCIÓN MURCIANA

Eugenia Cutillas Marco

### SECCIÓN VALENCIANA

Rafael Botella Estrada

### SECCIÓN VNAR

Jesús Gardeazabal García

## COORDINADORES DE GRUPOS DE TRABAJO

Dermatología Pediátrica Ángela Hernández Martín	Historia y Humanidades Francisco Menéndez Ramos
DermatoOncología y Cirugía Onofre Sanmartín Giménez	Hidradenitis Supurativa Antonio Martorell Calatayud
Dermatología y Psiquiatría Joan Escalas Taberner	Investigación de las ETS y Sida Irene Fuertes de Vega
Dermatopatología Mar Llamas Velasco	Investigación en Dermatitis Contacto y Alergia Cutánea José Carlos Armario Hita
Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas Eva Chavarria Mur	Linfomas Cutáneos Teresa Estrach Panella
Epidemiología y Promoción de la Salud en Dermatología Eliseo Martínez García	Profesores y Docentes de Dermatología Rosa Díaz Díaz
Dermatología Estética y Terapéutica Miguel Sánchez Viera	Psoriasis José Manuel Carrascosa Carrillo
e-Dermatología e Imagen David Moreno Ramírez	Tricología Gloria Garnacho Saucedo
Fotobiología José Aguilera Arjona	Enfermedades Infecciosas Ana Pulido Pérez

# ÍNDICE del 51 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología

## Casos Clínicos y Comunicaciones Orales

### JUEVES, 23 DE MAYO

- 7 DERMATOSIS INFLAMATORIAS  
09:00 – 11:00
- 13 LINFOMAS, MASTOCITOSIS E HISTIOCITOSIS Y NEVUS  
MELANOCÍTICOS Y MELANOMA  
09:00 – 11:00
- 21 ENFERMEDADES AMPOLLARES  
09:00 – 10:30
- 26 PSORIASIS Y ENFERMEDADES ERITEMATOESCAMOSAS  
11:00 – 12:40
- 32 REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO DE GEIDAC  
11:00 – 12:40
- 38 TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICA FÍSICA  
Y TRATAMIENTOS  
12:45 – 14:00
- 43 ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO PILOSO  
14:00 – 15:15
- 47 CASOS CLÍNICOS I  
14:00 – 15:30
- 52 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN Y TÉCNICAS DE IMAGEN  
E INTELIGENCIA ARTIFICIAL  
15:30 – 17:30
- 60 DERMATOPATOLOGÍA, ENFERMEDADES VASCULARES Y  
VASCULITIS, GENODERMATOSIS, TEMAS PROFESIONALES  
Y SOCIO SANITARIOS Y TUMORES BENIGNOS  
15:30 – 17:30

### VIERNES, 24 DE MAYO

- 67 DERMATOLOGÍA ESTÉTICA, DERMATOLOGÍA  
PEDIÁTRICA Y NEONATAL, ENFERMEDADES  
SISTÉMICAS Y CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES  
Y TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN  
09:00 – 11:00
- 73 TUMORES MALIGNOS  
09:00 – 11:00
- 79 CASOS CLÍNICOS II  
09:00 – 10:30
- 87 MISCELÁNEA  
11:00 – 12:45
- 93 ATOPIA, ECCEMAS Y URTICARIA  
11:00 – 12:45
- 100 INFECCIONES  
12:45 – 14:00

## Pósteres

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 104 ACNÉ Y TRASTORNOS<br>RELACIONADOS                           | 205 ENFERMEDADES VASCULARES<br>Y VASCULITIS        | 291 TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO                         |
| 109 ATOPIA Y OTROS ECCEMAS                                      | 211 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN                     | 293 TÉCNICAS DE IMAGEN E<br>INTELIGENCIA ARTIFICIAL |
| 124 DERMATITIS DE CONTACTO                                      | 213 GENODERMATOSIS                                 | 300 TEMAS PROFESIONALES Y<br>SOCIO SANITARIOS       |
| 130 DERMATOLOGÍA ESTÉTICA                                       | 218 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN<br>SEXUAL Y SIDA    | 301 TERAPÉUTICA FÍSICA                              |
| 131 DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y<br>NEONATAL                       | 221 INFECCIONES FÚNGICAS                           | 304 TOXICODERMIAS                                   |
| 141 DERMATOPATOLOGÍA  | 227 INFECCIONES POR BACTERIAS<br>Y MYCOBACTERIAS   | 310 TRASTORNOS DE LA<br>PIGMENTACIÓN                |
| 144 DERMATOSIS INFLAMATORIAS                                    | 232 INFECCIONES VÍRICAS                            | 313 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO                          |
| 165 ENFERMEDAD DE LAS MUCOSAS                                   | 235 INFESTACIONES Y PICADURAS                      | 321 TRATAMIENTO SISTÉMICO                           |
| 166 ENFERMEDADES AMPOLLARES                                     | 238 LINFOMAS, MASTOCITOSIS E<br>HISTIOCITOSIS      | 325 TRATAMIENTO TÓPICO                              |
| 173 ENFERMEDADES DE LAS<br>GLÁNDULAS SUDORÍPARAS                | 253 MISCELÁNEA                                     | 329 TUMORES BENIGNOS                                |
| 175 ENFERMEDADES DE LAS UÑAS                                    | 266 NEVUS MELANOCÍTICOS Y<br>MELANOMA              | 336 TUMORES MALIGNOS                                |
| 177 ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO<br>PILOSO                         | 274 PSICODERMATOLOGÍA                              | 357 URTICARIA                                       |
| 191 ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y<br>CONECTIVOPATÍAS<br>AUTOINMUNES | 276 PSORIASIS Y ENFERMEDADES<br>ERITEMATOESCAMOSAS |   |

**JUEVES 23 de mayo****09:00 - 11:00 h.****DERMATOSIS INFLAMATORIAS****1 MODERADORES**

Ofelia Baniandrés Rodríguez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antonio Martorell Calatayud, Hospital de Manises, Valencia.

**2 HIDRADENITIS FACIAL: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN UNA SERIE DE CASOS**

Carmen Alcoverro Godoy(1), Verónica Mora Fernández(1), Eugeni Prat Colilles(1), Manel Martínez Molina(1), Juan José Lluch-Galcerà(1) y Julio Bassas Vila(1) de (1) Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España.

**Objetivo:** Definir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con hidradenitis facial (HSF).

**Material y Métodos:** Serie de casos retrospectiva de pacientes con HSF. Se realizó revisión de historias clínicas e iconografía de pacientes diagnosticados de HSF. Se recopilaron los datos epidemiológicos, características clínicas y tratamientos realizados.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de siete pacientes con HSF, con predominio de varones (5:2) y una media de edad de inicio de los síntomas de 24 años. No compartían comorbilidades, un 3/7 eran fumadores, solo uno tenía antecedentes familiares de hidradenitis y 6/7 no presentaba obesidad. Solo un paciente no tenía HS en otras localizaciones y cinco tenían afectación de la espalda. Cinco pacientes habían sido previamente diagnosticados de acné, de los cuales cuatro habían realizado isotretionina oral sin respuesta. Dos habían sido intervenidos por quiste pinoidal.

La presencia de nódulos coalescentes con múltiples orificios de drenaje y las cicatrices deprimidas fueron las características clínicas de HSF más frecuentemente encontradas.

Todos los pacientes habían recibido tratamiento con doxiciclina y rifampicina (solos o en combinación), siendo la respuesta favorable en 3 de los siete pacientes. Cuatro pacientes fueron candidatos a tratamiento biológico con adalimumab o secukinumab. De los pacientes con adalimumab, uno perdió el seguimiento y el otro lo paró por decisión propia ante respuesta completa. Dos pacientes recibieron secukinumab, uno con mejoría y el otro está pendiente del seguimiento para valoración.

Tres pacientes fueron candidatos a cirugía, dos sin recidiva en las áreas intervenidas y uno está pendiente de revaloración.

**Discusión:** La HSF tiene unas características clínicas y epidemiológicas diferenciales. La ausencia de respuesta a la isotretionina oral debe hacer plantear el diagnóstico de una HSF y realizar un tratamiento precoz para evitar la aparición de secuelas. En nuestra serie el uso de secukinumab y adalimumab muestra resultados prometedores para los pacientes con HSF.

Esta serie nos permite generar hipótesis y ampliarla a un estudio multicéntrico para valorar la prevalencia real de esta entidad, respuesta a tratamientos clásicos, quirúrgicos y terapia biológica.

**3 EXPLORANDO LAS EVIDENCIAS: EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA**

Gemma Camiña-Conforto(1), Lluís Puig(1) y Eva Vilarrasa Rull(1) de (1)Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica con limitadas opciones de tratamiento efectivas. En este estudio se realiza una revisión sistemática de la literatura centrada en explorar el impacto de la nutrición en la patogénesis y la severidad de la HS, con el objetivo de identificar estrategias nutricionales efectivas para modificar su evolución y ayudar en su manejo.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura abarcando estudios que investigaran la relación entre nutrición e HS, siguiendo la lista de verificación de la declaración PRISMA. La búsqueda se realizó en dos bases de datos globales: PubMed (MEDLINE) y Google Scholar. De los 76 resultados obtenidos, 51 fueron seleccionados para revisión, tras excluir duplicados y estudios no relacionados con nuestro objetivo. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión rigurosos para seleccionar estudios pertinentes y se analizaron críticamente los estudios seleccionados.

**Resultados:** Diversos estudios abordan el posible impacto tanto de factores dietéticos concretos (como los carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales), así como de enfoques dietéticos específicos (como la dieta mediterránea, vegana, cetogénica y el ayuno intermitente), en el manejo de enfermedades inflamatorias dermatológicas, incluida la HS. Algunos de los factores dietéticos analizados podrían influir en la HS al modular la inflamación, ya sea mejorándola o empeorándola, aunque todavía se desconocen los mecanismos exactos detrás de cada factor dietético y si su impacto es homogéneo y generalizable a todos los pacientes con HS.

Aunque no hay consenso sobre dietas específicas, la dieta mediterránea (MD) podría ser beneficiosa para los pacientes con HS, aunque existen resultados contradictorios sobre la relación entre la adherencia a la MD y la gravedad de la enfermedad.

**Conclusiones:** La nutrición constituye un componente integral en el abordaje de la HS, aunque la evidencia al respecto es escasa, basada en datos observacionales y muestras de tamaño reducido. Se requieren ensayos clínicos controlados para ampliar la comprensión acerca de las influencias dietéticas en HS, así como validar y optimizar estrategias dietéticas específicas para futuras recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia científica.

**4 GUSELKUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA, EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

Cecilia Alonso Diez(1), Álvaro Aguado Vázquez(1), Pilar Villodre Lozano(1), Iván Blay Simón(1), Ramón García Ruiz(1) y Almudena Mateu Puchades(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia - España.

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebáceo-apocrina en cuya patogenia se ha visto implicado el eje IL-23/Th17. La inhibición de esta vía mediante el anticuerpo monoclonal guselkumab, dirigido contra la subunidad p19 de la IL-23 extracelular, podría resultar eficaz en su tratamiento. El objetivo de esta comunicación es contribuir en el conocimiento sobre efectividad y seguridad de guselkumab para el tratamiento de la HS moderada-severa en condiciones de práctica clínica.

**Métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, incluyendo los pacientes adultos con HS tratados con guselkumab en nuestro servicio. Nuestro criterio de valoración primario fue la proporción de pacientes que alcanzaron el HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) tras 16 semanas de tratamiento sin encontrar efectos adversos graves. Los criterios secundarios fueron la evolución de la puntuación HS-PGA (Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment), el IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System) y la necesidad de intensificar la dosis.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres, con una media de edad de 45,9 años (21-60). El grado de severidad según la clasificación de Hurley fue de III (75%) o de II (25%), y una media de tiempo de evolución de la enfermedad de 18,25 años (3-48). Todos los pacientes habían recibido múltiples terapias no biológicas, 3 de ellos un fármaco biológico previo y 5 dos fármacos biológicos previos. 6 pacientes (80%) alcanzaron el HiSCR a las 16 semanas, con una reducción en el PGA y el IHS4 en el 100%. En la mayoría fue necesaria la intensificación a seis (1 paciente) u ocho semanas (5 pacientes). Sólo una paciente discontinuó el tratamiento debido a ineficacia con respecto a su enfermedad inflamatoria intestinal comórbida, y no se observó ningún efecto adverso grave.

**Conclusiones:** La HS es una enfermedad crónica que puede afectar en gran medida la calidad de vida de los pacientes que la sufren, y su tratamiento puede constituir un reto debido a las limitadas opciones terapéuticas. En nuestra experiencia, guselkumab parece ser una alternativa eficaz y segura para casos refractarios a otros tratamientos.

**5 USO DE INHIBIDORES DE JAK EN DERMATOMIOSITIS REFRACTARIA. SERIE DE CASOS**

Lluís Corbella Bagot(1), Xavier Bosch Amate(1), María Elena Gimeno Ribes(1), Javier Gil Lianes(1), Priscila Giavedoni(1), José César Milisenda(2), Sergio Prieto(3) y José Manuel Mascaró Galy(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (2)Medicina Interna. Hospital Clínic, Barcelona - España y (3)Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La dermatomiositis (DM) es un trastorno autoinmunitario multisistémico con opciones terapéuticas limitadas, lo que ha llevado a explorar tratamientos alternativos como los inhibidores de la Janus quinasa (JAK), especialmente en pacientes refractarios. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de los inhibidores de JAK en pacientes con DM refractaria.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con DM refractaria clásica, amiopática, paraneoplásica y juvenil, tratados con inhibidores de JAK (principalmente tofacitinib y baricitinib), durante los años 2020-2023, con o sin otros fármacos concomitantes. La medida de resultado primaria fue la reducción en la puntuación del Índice de Área y Severidad de la Dermatomiositis Cutánea (CDASI). También se evaluó la mejoría en la calcinosis, lesiones cutáneas, afectación muscular, enfermedad pulmonar intersticial y otras manifestaciones sistémicas con el tratamiento.

**Resultados:** Nuestra serie de casos incluyó a 14 pacientes. La puntuación mediana CDASI inicial fue de 30.6. Todos los pacientes presentaban inicialmente lesiones cutáneas, un 78.6% asociaba afectación musculoesquelética, un 14.3%, pulmonar y un 7.1%, laríngea. El tiempo mediano de respuesta fue de 2 meses. Se observó una reducción mediana de 25 puntos, equivalente a un 77.6%, en la puntuación CDASI (p=0.002). Desde el punto de vista dermatológico, un 28.6% de los pacientes presentaron resolución completa y un 64.3%, respuesta significativa. El 72.7% de los pacientes con manifestaciones musculares presentaron resolución completa de dicha clínica. Los eventos adversos fueron leves y manejables, en consonancia con los perfiles de seguridad ya establecidos en los inhibidores de JAK, y no requirieron en ningún caso la suspensión del fármaco.

**Conclusiones:** En nuestra serie, el uso de inhibidores de JAK fue efectivo en el manejo de la DM refractaria. Se requiere investigación adicional para optimizar las estrategias de tratamiento en la DM refractaria y evaluar las implicaciones de seguridad a largo plazo de los inhibidores de JAK en esta patología.

**Título tabla:** Inhibidores de JAK en dermatomiositis refractaria. Eficacia.

Tiempo mediano hasta mejoría, meses	2 (1-6)
Tiempo mediano de seguimiento, meses	16 (3-33)
<b>Manifestaciones cutáneas</b>	
Resolución completa	4 (28.6%)
Respuesta significativa	9 (64.3%)
Ausencia de respuesta	1 (7.1%)
CDASI con inhibidores de JAK	6.5 (0-35)

Calcinosis	
Respuesta significativa	1 (50.0%)
Ausencia de respuesta	1 (50.0%)
Manifestaciones musculares	
Resolución completa	8 (72.7%)
Respuesta significativa	1 (9.1%)
Respuesta pobre	1 (9.1%)
Ausencia de respuesta	1 (9.1%)
Manifestaciones pulmonares	
Respuesta moderada	1 (50.0%)
Ausencia de respuesta	1 (50.0%)
Manifestaciones laríngeas	
Resolución completa	1 (100%)

*Eficacia con el tratamiento con inhibidores de JAK, con o sin otros tratamientos concomitantes. Los datos continuos se presentan como mediana (rango). Los datos categóricos se presentan como número y porcentaje.*

## 6 DESPISTAJE DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA

Daniella Cullén Aravena(1), Jimena Sanz Bueno(1), Lucía Llanos Jiménez(1), Susana Pedreira Massa(1), Marta Monedero García(1) y María del Carmen Fariña Sabaris(1) de (1)Hospital Universitario. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

**Introducción:** Presentamos una cohorte de pacientes con HS estudiados dirigidamente para descartar metabolopatías.

**Material y Métodos:** Revisamos retrospectivamente a los pacientes visitados en la unidad de HS, durante el primer trimestre del año 2022.

Se recogieron datos demográficos y de comorbilidades referidas por los pacientes. Se realizó seguimiento con pesaje, medición de perímetro de cintura y toma de tensión arterial en cada consulta. Todos fueron estudiados con hemograma, bioquímica, sobrecarga oral de glucosa, Hb glicosilada, HOMA, perfil lipídico, hormonas sexuales y tiroideas. En los que se sospechó enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de ovario poliquístico y/o apnea del sueño, fueron derivados a digestivo, ginecología y/o neumología, respectivamente.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 115 pacientes. 71 (61,74%) eran mujeres, de las cuales 48% tenían un estadio de Hurley I, 45% Hurley II y 7% Hurley III. Mientras que en varones 27% tenía Hurley I, 48% un Hurley II y 25% Hurley III. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad con una prevalencia de 37, 39% (n=43). Más de la mitad (n=24) fueron diagnosticados en nuestra consulta. La segunda comorbilidad más frecuente fue la dislipidemia, en 26,09% (n=30) de nuestros pacientes. Nuevamente más de la mitad no era conocida.

Por el efecto proinflamatorio de la hiperglucemia, destacamos la frecuencia de diabetes mellitus en nuestra cohorte, que llegaba al 17,39% (n=20), de los cuales 14 (12,17%) fueron diagnosticados en las pruebas de screening. El diagnóstico de DM2 se correlaciona con el estadio de Hurley: en pacientes no diabéticos: 43,16% son tipo I, 45,26% son tipo II y 11,58% son tipo III. Mientras que en pacientes diabéticos 25% son Hurley I, 50 % son Hurley II y 25% son Hurley III. Otras comorbilidades menos frecuentes fueron: 5% enfermedad inflamatoria intestinal, e hiperandrogenismo en 9,52% (2/21) de las mujeres entre 13 y 50 años.

**Conclusiones:** Las comorbilidades más frecuentes en nuestra cohorte fueron las metabólicas. Recomendamos estudiar a todos los pacientes con HS para descartar alteraciones en el metabolismo de la glucosa. La importancia del diagnóstico de la DM2, radica en el efecto positivo de un control glucémico estricto en la evolución de la HS.

## 7 UTILIDAD DE LOS MARCADORES DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

Ana Beatriz Felipe Robaina(1), Natalia Naranjo Guerrero(1), Elena Castro González(1), Gabriel Suárez Mahugo(1), Pedro Naranjo Álamo(1), Ana Rebollo Ruiz(1) y Irene Castaño González(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es un proceso inflamatorio crónico inmunomediado. Los biomarcadores sanguíneos de inflamación sistémica se han vinculado con la actividad y pronóstico de enfermedades inflamatorias, cardiovasculares y oncológicas.

**Objetivos:** Describir la utilidad de los índices neutrófilo/linfocito (NLR), plaqueta/linfocito (PLR), monocito/linfocito (MLR), plaqueta/neutrófilo (PNR), índice de inflamación sistémica (SII) y valor pan-inmuno-inflamatorio (PIV) en la gravedad de la HS y su respuesta a terapia biológica.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó a 97 adultos con HS de enero de 2019 a diciembre de 2023 del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN). Se registró la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, dislipemia (DLP), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y tratamiento sistémico actual. La gravedad se puntuó mediante la estadificación de Hurley y

el International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4). Los marcadores se obtuvieron a partir de analíticas cercanas a la valoración clínica. Se analizaron los índices pre y post tratamiento en pacientes con terapia biológica como factor predictivo de respuesta clínica.

**Resultados:** La edad media fue de 40.74 años, siendo varones el 41.8%. 14 (13.9%) de los pacientes estaban en estadio I de Hurley, 48 (47.5%) en II y 35 (34.7%) en III, con un valor medio del IHS4 basal de  $9.43 \pm 0.86$ . En Hurley I, la mediana de los índices fueron: NLR 1.41 (1.02-2.27), PLR 73.59 (59.17-84.46), SII 313.00 (198.63-578.29) y PIV 214.98 (116.11-497.84); en II: NLR 1.98 (1.59-2.84), PLR 95.68 (78.06-117.27), SII 541.74 (428.97-733.60) y PIV 343.59 (234.96-526.01); y en III: NLR 1.87(1.58-2.50), PLR 102.51 (76.43-125), SII 482.42 (404.34-676.17) y PIV 334.98 (218.38-475.17).

En los 58 tratados con biológicos, la reducción porcentual de NRL, PLR, SII y PIV fue de 12.37%, 20.32%, 27.63% y 98.15% respectivamente.

**Conclusiones:** NLR, PLR, SII y PIV demostraron capacidad discriminativa entre estadios I y II/III de Hurley. Reducciones significativas post terapia biológica respaldan su potencial como indicadores sensibles de respuesta terapéutica, aunque deben interpretarse considerando factores como el tabaco, obesidad, infecciones y enfermedades inflamatorias y combinarlos con una correcta evaluación clínica y ecográfica.

## 8 HIDRADENITIS SUPURATIVA Y SU VÍNCULO CON PIODERMA GANGRENOSO EN UNA MUESTRA DE 573 PACIENTES

Javier Fernández Vela(1), Patricia Garbayo Salmons(2), Jorge Romani de Gabriel(1), Maria Cinta Sin i Soler(2), Joana Amat Calbet(1), Leonardo Bascón Rodríguez(1) y Antonio Guilbert Vidal(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona) - España y (2)Servicio de Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España.

La hidradenitis supurativa (HS) y el pioderma gangrenoso (PG) son dos entidades consideradas dentro de las dermatosis neutrofilicas que en ocasiones están asociadas con enfermedades inflamatorias sistémicas.

Hasta la fecha existen descripciones de casos aislados de pacientes que han presentado ambas enfermedades asociadas, con una revisión de la literatura en la que se identificaron 11 pacientes, pero no se han reportado series de casos propios.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de los pacientes afectados de HS que presentan PG.

Para ello recogimos pacientes de las bases de datos de 2 hospitales del área metropolitana de Barcelona con consultas monográficas de HS, obteniendo un total de 576 pacientes. Consideramos lesiones tipo PG aquellas alejadas de las áreas tradicionales de HS que clínicamente se presentaban como lesiones ulcerativas y/o vegetantes y que evolucionaron a una cicatriz cribiforme. Al revisar las historias clínicas se identificaron 18 pacientes (3,1% del total de la muestra) que presentaron lesiones como las anteriormente descritas en algún momento durante la evolución de la HS.

De los 18 pacientes identificados 8 eran mujeres y 10 eran hombres, con un índice de masa corporal (IMC) medio de  $26,8 \pm 4,70$  kg/m<sup>2</sup>, una edad media es de  $36,3 \pm 12,3$  años con predominio del PG tipo granulomatoso superficial.

Se llevó a cabo un análisis univariante de los datos obtenidos de las historias clínicas de estos pacientes. Para las variables categóricas se llevó a cabo un test de Chi<sup>2</sup> mediante el cual se identificó significación estadística para fenotipo folicular ( $p < 0,04$ ), estadio de Hurley ( $p < 0,001$ ), enfermedad inflamatoria intestinal ( $p < 0,02$ ), cicatrices ( $p < 0,004$ ) y para las zonas anatómicas de nuca ( $p < 0,001$ ), cara ( $p < 0,001$ ), tórax ( $p < 0,001$ ), espalda ( $p < 0,001$ ), abdomen ( $p < 0,001$ ), pubis ( $p < 0,002$ ), periné ( $p < 0,002$ ), genitales ( $p < 0,003$ ), perianal ( $p < 0,004$ ), piernas ( $p < 0,001$ ), submamarario ( $p < 0,002$ ). Para las variables no categóricas se realizó la prueba ANOVA obteniéndose únicamente significación estadística para el PGA ( $p < 0,001$ ).

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis multivariante mediante regresión lineal en el que se obtuvo significación estadística para el estadio de Hurley ( $p < 0,001$ ), localización en tronco ( $p < 0,001$ ) y presencia de enfermedad inflamatoria intestinal ( $p < 0,029$ ).

Por lo tanto, el PG es una entidad relativamente poco frecuente entre los pacientes afectados de HS. Parece ir asociada con una afectación troncular, una mayor gravedad, y con la enfermedad inflamatoria intestinal.

## 9 LINFEDEMA SECUNDARIO A HIDRADENITIS SUPURATIVA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

Aida Lara Moya(1), Patricia Garbayo Salmons(1), Eva Vilarrasa Rull(2), Sofía Haselgruber de Francisco(3), Marta Gamissans Cañada(4), Cristina Ciudad Blanco(5), Antonio Martorell Calatayud(6), Rafael Aguayo Ortiz(7), Jorge Romani de Gabriel(8), Rosa Fornons Servent(4), Alejandro Molina Leyva(3), Inés Gracia Darder(9), Joan Garcías Ladaría(9), Raquel Rivera Díaz(10) y Verónica Mora Fernández(11) de (1)Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (2)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (3)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (4)Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España, (5)Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (6)Hospital de Manises, Valencia - España, (7)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (8)Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona) - España, (9)Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears - España, (10)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (11)Hospital Unversitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El linfedema es una complicación rara de la hidradenitis supurativa (HS) que se presenta con mayor frecuencia en varones, afectando a la región genital.

Los objetivos de este estudio son describir las características de los pacientes con HS que presentaron un linfedema secundario y evaluar los factores de riesgo implicados en su desarrollo.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes con HS y linfedema secundario. Asimismo, llevamos a cabo un estudio analítico y comparativo de casos-controles agrupados por sexo y edad.

**Resultados:** En total recogimos 36 pacientes con HS y linfedema. El 61.1% fueron varones con una mediana de índice de masa corporal de 29.3 kg/m<sup>2</sup> y una edad de 54.1 años. El 91.7% fueron fumadores activos o exfumadores, con un estadio Hurley II-III en todos ellos. En cuanto al fenotipo clínico, el 91.6% presentaron un fenotipo inflamatorio y un 8.4% un fenotipo mixto. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de HS

hasta el desarrollo del linfedema fue de 19 años. A pesar de que el diagnóstico de linfedema es clínico, en el 52% de los casos se utilizó como exploración complementaria una resonancia magnética nuclear. Respecto a los factores de riesgo clásicos de linfedema, el 25% tenía antecedentes de cirugía previa, pero no se registró ningún caso de radioterapia o neoplasias en el área de drenaje. En el momento del diagnóstico del linfedema, la mediana de International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System fue 17 y el Dermatology Life Quality Index fue 18.5. Otras enfermedades concomitantes incluyeron: hipertensión arterial (36.1%), depresión (27.8%) y ansiedad (25%). En cuanto al tratamiento, el 47.2% había recibido dos o más tratamientos biológicos previamente y un 97.2% estaba recibiendo una terapia biológica. Además, un 50% requirió intervención quirúrgica del linfedema, siendo la exéresis regional la opción de elección en la mayoría de los casos.

**Conclusiones:** El linfedema es una de las posibles complicaciones de los pacientes con HS moderada-grave que afecta principalmente la región genital, con un gran impacto sobre su calidad de vida. La base del tratamiento se fundamentó en la combinación del tratamiento médico y quirúrgico.

## 10 NO TODO SON PICADURAS

Laura Taboada Paz(1), Nieves Martínez Campayo(1), Gabriela Pita da Veiga Seijo(1), Noelia Moreiras Arias(2), Cecilia Buján Bonino(2), Elena Vicente Basanta(1), Silvia Ojea Varona(1), Adrián Santiago López Caamaño(1), María Blanco Bellas(3) y J. Manuel Suárez Peñaranda(4) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España, (2)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (3)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España y (4)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España.



Las neoplasias hematológicas se asocian con multitud de manifestaciones cutáneas cuyo diagnóstico puede suponer un reto.

Concretamente las dermatosis eosinofílicas asociadas a procesos hematológicos son una entidad poco frecuente con una morfología muy variada como pápulas, nódulos eritemato-costrosos, lesiones ampollas, placas eritemato-edematosas... En muchas ocasiones el diagnóstico se ve dilatado en el tiempo por su similitud con picaduras de artrópodos. Se ha descrito su asociación con diversos procesos hematológicos (leucemia linfática crónica, linfomas de células del manto, linfoma MALT, mieloma múltiple, linfoma B difuso de células grandes o micosis fungoide) siendo el más frecuentemente asociado la leucemia linfática crónica.

A nivel histológico se caracteriza por la presencia de un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular, perianexial e intersticial, con presencia de numerosos eosinófilos.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con infiltración cutánea del proceso hematológico de base, toxicodermias, hipersensibilidad a picaduras de insectos, enfermedades ampollas o foliculitis eosinofílica, entre otros. Hasta el momento no se ha establecido una relación entre el curso del cuadro hematológico y la aparición de las lesiones cutáneas. Respecto al tratamiento, no hay una pauta terapéutica establecida, se han propuesto múltiples opciones como corticoides tópicos y orales, antihistamínicos, fototerapia UVB, quimioterapia específica, incluso omalizumab con respuestas variables.

Presentamos una serie de 4 nuevos casos asociados a leucemia linfática crónica diagnosticados en el último año. Consideramos importante el reporte de los mismos ya que el desconocimiento de esta entidad puede convertirla en un desafío diagnóstico. Además, la notificación de casos futuros puede ser fundamental para mejorar la caracterización de la enfermedad, permitiendo así establecer o descartar su influencia como factor pronóstico en el proceso hematológico de base.

## 11 LA CARGA TERAPÉUTICA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA A SECUKINUMAB EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

Sofía Haselgruber de Francisco(1), Pablo Fernández-Crehuet Serrano(2), María Dolores Fernández Ballesteros(3), Alicia Padial Gómez-Torrente(4), Juan Carlos Hernández Rodríguez(5), Juan Ortiz Álvarez(5), Pedro Navarro Guillamón(6), Carlos Cuenca Barrales(1) y Alejandro Molina Leyva(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera (Cádiz) - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España y (6)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Introducción:** Se sugiere que existe una ventana de oportunidad en el tratamiento de la hidradenitis supurativa (HS) con fármacos biológicos. Si se trata a los pacientes dentro de esta ventana, es más probable que respondan. Sin embargo, no está establecido cuándo empieza y acaba este periodo.

**Material y Métodos:** Diseñamos un estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Los criterios de inclusión fueron pacientes con HS, >18 años, que iniciaran tratamiento con Secukinumab. El seguimiento duró 24 semanas y las principales variables de interés fueron efectividad y seguridad. La efectividad se evaluó mediante el Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR) y la reducción de al menos un 55% en el International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System con respecto al basal (IHS4-55). La carga terapéutica (CT) se definió como el número de ciclos de tratamiento sistémico previos (biológico o no) más el número de intervenciones previas (excluidas incisión y drenaje). Se realizó análisis estadístico por intención de tratar. Se realizó análisis multivariante para determinar si alguna variable se asociaba a mayor probabilidad de respuesta.

**Resultados:** se incluyeron 67 pacientes. Hubo un 50.75% (34/67) de mujeres. La edad media fue 41.55 ( $\pm 11.94$ ) años. El 44.78% (30/67) de pacientes presentaban estadio Hurley III. El IHS4 basal medio fue 17.88 ( $\pm 11.13$ ). La CT media fue 6.06 ( $\pm 3.49$ ). En la semana 24, 7 pacientes

(10.45%) desarrollaron efectos adversos, 4 de ellos leves y 3 motivaron la suspensión del fármaco. En total, 21 pacientes (31.34%) cesaron secukinumab: 3 por efectos adversos, 15 por falta de respuesta y 3 perdieron seguimiento. El 41.79% (28/67) alcanzó HiSCR y el 44.78% (30/67) alcanzó IHS4-55. El análisis multivariante mostró que la CT estaba independientemente asociada a mayor probabilidad de alcanzar HiSCR e IHS4-55. La curva ROC demostró un punto de corte para la CT de 5. Del grupo de pacientes con CT  $\leq 5$ , 55.88% (19/34) y 67.65% (23/34) alcanzaron HiSCR e IHS4-55 respectivamente, frente a solo 27.27% (9/33) y 21.21% (7/33) respectivamente del grupo de pacientes con CT  $> 5$ .

**Conclusiones:** Secukinumab es seguro y efectivo en el tratamiento de HS refractaria a otras líneas de tratamiento. Una menor carga terapéutica se asocia a mayor probabilidad de respuesta. La carga terapéutica podría ayudarnos a definir el periodo de la ventana de oportunidad.

12

## HOSPITALIZACIONES POR HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ESPAÑA: UNA FOTOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Juan Ortiz Álvarez(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1), Juan Manuel Liñán Barroso(1), Guiovana Fernanda Osorio Gómez(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica que requiere de un manejo médico y quirúrgico cuyo abordaje, en ocasiones, se realiza en el contexto de un ingreso hospitalario. Los escasos datos publicados en otros países apuntan a un aumento creciente de las hospitalizaciones por HS y a un aumento del coste de estas.

El objetivo del trabajo es describir la epidemiología y tendencia de las hospitalizaciones por HS en España en un periodo de 6 años entre 2016 y 2021.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo empleando datos del Registro de Atención Especializada del Conjunto Mínimo de Bases de Datos (RAE-CMB). Se seleccionaron las altas en las que se recogía el código CIE-10 73.2 como diagnóstico principal. Para el cálculo de las tasas clínicas y de hospitalización se emplearon los datos de población total y por provincias recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Resultados:** Se analizaron un total de 4031 hospitalizaciones (70,9% hombre), la mayor parte de ellas en Cataluña (n=561), Andalucía (n=560) y Comunidad de Madrid (n=484). La duración mediana de ingreso fue de 2 días (rango inter-cuartílico=4) y el 80,1% fue ingresado para intervención quirúrgica. Los servicios que más ingresos reportaron fueron cirugía general (n=1843), cirugía plástica (n=1505) y dermatología (n=232). Se observó una tendencia creciente desde 2016 a 2019 con un descenso de los ingresos en los dos años posteriores. El coste medio por ingreso fue de 3550,4 euros.

**Discusión y Conclusiones:** Este estudio demuestra que la estancia hospitalaria de los pacientes con HS en nuestro país tiene un fin eminentemente quirúrgico. Las tasas de ingreso que reportamos son superiores a las reportadas en el país para otras enfermedades dermatológicas como psoriasis o trastornos ampollosos, pero se mantienen constantes respecto a periodos anteriores. Los costes, por otro lado, parecen ser superiores a los publicados en otros países europeos.

**JUEVES 23 de mayo****09:00 - 11:00 h.****LINFOMAS, MASTOCITOSIS E HISTIOCITOSIS Y NEVUS MELANOCÍTICOS Y MELANOMA****1 MODERADORES**

Rosa María Izu Belloso, Hospital Universitario de Basurto HUB, Bilbao (Vizcaya).

Cristina Muniesa Montserrat, Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital de Viladecans, Barcelona.

**2 REACCIONES A MOGAMULIZUMAB SIMULADORAS DE PROGRESIÓN GANGLIONAR DE LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS**

Lozano Calderón Lozano(1), Pablo Luis Ortiz Romero(1), M<sup>a</sup> Concepción Postigo Llorente(1), Eloy José Tarín Vicente(1), An Wang(1), Borja González Rodríguez(1), Raquel Cavestany Rodríguez(1), Carlos Calvo Asín(1), Luisa María Guzmán Pérez(1), Antonia Rodríguez Izquierdo(1) y Daniel Falkenhain López(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

Mogamulizumab es un inhibidor del CCR4 (receptor 4 de quimiocina CC) para el tratamiento de la micosis fungoide y del síndrome de Sezary. Este receptor se expresa en células malignas de los linfomas cutáneos T así como en células T reguladoras. Mogamulizumab induce citotoxicidad sobre estas células, disminuyendo el número de células malignas y causando la desinhibición de las células T citotóxicas CD8, aumentando la actividad antitumoral del huesped y desencadenando otras reacciones mediadas por linfocitos T CD8.

El ensayo MAVORIC permitió la aprobación de mogamulizumab al demostrar superioridad en la supervivencia libre de progresión de la enfermedad frente a vorinostat. De los 186 pacientes del brazo tratado con mogamulizumab, 76 discontinuaron el tratamiento por progresión de la enfermedad según los criterios definidos en el consenso de la sociedad internacional de linfoma cutáneo, del consorcio americano y de la organización europea de linfoma cutáneo de 2011, que define progresión ganglionar como el aumento del número o tamaño de adenopatías en pruebas de imagen (tomografía axial computerizada o tomografía por emisión de positrones).

Presentamos 2 casos de pacientes con micosis fungoide que durante el tratamiento con mogamulizumab tuvieron aparente progresión ganglionar según los criterios radiológicos definidos, demostrándose a nivel histológico ausencia de enfermedad maligna en dichas adenopatías ni a ningún otro nivel (piel, sangre u órganos) durante el tratamiento, el cual mantienen en la actualidad.

Entre los efectos adversos de mogamulizumab destacan reacciones relacionadas con la infusión, diarrea, fatiga y erupciones cutáneas. Sin embargo, no hay nada publicado sobre simulación de progresión ganglionar provocada por el fármaco, suponiendo hasta el momento la detección de esta un motivo de suspensión del tratamiento.

Por lo tanto presentamos una reacción a mogamulizumab no conocida hasta la fecha, que cambiaría los criterios de evaluación de la respuesta y de discontinuación del fármaco. Se hace evidente la necesidad de confirmación histológica de la progresión adenopática, no pudiendo valorarla exclusivamente por pruebas de imagen. Además, este descubrimiento plantea hipótesis como si puede tratarse de un marcador de buena respuesta, como ha sido descrito con las reacciones cutáneas asociadas a mogamulizumab.

**3 MASTOCITOSIS EN ADULTOS EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE DERMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

María Cecilia Juárez Dobjanschi(1), Berta Ferrer Fàbrega(1), Álvaro Gómez Tomás(1), Sergi Pujadas Vila(1), Mar Guilarte Clavero(1), Olga Salameo García(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

Las mastocitosis comprenden un grupo heterogéneo de condiciones caracterizadas por la proliferación de mastocitos clonales, siendo la piel la localización más comunmente afectada. Nuestro objetivo es profundizar el estudio de las características clínicas de las mastocitosis con afectación cutánea en adultos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional que incluyó pacientes con mastocitosis y afectación cutánea de inicio >18 años, atendidos en la consulta especializada de un hospital de tercer nivel desde 2018 hasta la actualidad. Se recopilaron datos demográficos, patológicos y manifestaciones específicas de la enfermedad. El proceso diagnóstico incluyó biopsias de piel, médula ósea y digestivas, estudios moleculares, pruebas de imagen; y el tratamiento.

**Resultados:** De 28 pacientes incluidos hasta el momento (14 mujeres), 61% fueron formas sistémicas, 11% cutáneas puras y 28% "mastocitosis en la piel". En 53% de los casos se detectó un retraso en el diagnóstico de >5 años. El tipo maculopapular monomorfo fue la regla (96%), con un 50% que mostró el signo de Darier. El 71% experimentó síntomas de liberación (prurito y flushing más frecuentes). Los desencadenantes incluyeron calor, fricción, emociones y fármacos. La triptasa varió, siendo <10ng/ml en 7 casos, entre 10-20ng/ml en 4 y >20ng/ml en 17 (60%). La disposición perivascular de mastocitos fue común en la biopsia cutánea (82%). El estudio molecular (PCR C-kit) en sangre fue positivo en el 50%. La biopsia medular se realizó en 18 (64%), cumpliendo el criterio mayor en 13 ocasiones; y 10 biopsias digestivas, confirmándose infiltración en 7 individuos. Se registró osteopenia/porosis en 16. El tratamiento incluyó fármacos antimedidores, 2 pacientes recibiendo tratamiento sistémico y 3 en ensayo clínico (avapritinib/elenesténib vs placebo).

**Discusión:** Estos resultados revelan la predominancia de formas maculopapulares monomorfas en adultos, alineándose con la literatura. Se identificaron 8 pacientes aún en estudio para una clasificación precisa. La sorprendente discrepancia en el signo de Darier plantea interrogantes sobre la realización o interpretación de la prueba, subrayando la necesidad de estandarización. Estos resultados sugieren una variabilidad en la presentación clínica, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinar para un correcto diagnóstico y un tratamiento individualizado.

4

**PRIMER ANÁLISIS PROVISIONAL DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL INTERNACIONAL REAL DE MOGAMULIZUMAB EN PACIENTES ADULTOS CON MICOSIS FUNGOIDE Y SÍNDROME DE SEZARY (ESTUDIO PROSPER NCT05455931)**

Cristina Muniesa Montserrat(1), Julia Scarisbrick(2), Miriam Teoli(3), Arvind Arumainathan(4), Richard Cowan(5), Jennifer Desimone(6), Larisa Geskin(7), Shahrukh Hashmi(8), Eleanor James(9), Amy Musiek(10), Luca Nassi(11), Livio Pagano(12), Alessandro Pileri(13), Ramón M. Pujol Vallverdú(14), Koen Quint(15), Sima Rozati(16), Erika Morsia(17), Michi Shinohara(18) y Alfonso Mouriz Villar(19) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología. University Hospital Birmingham, Birmingham - Reino Unido, (3)Servicio de Dermatología. IFO-San Gallicano IRCCS, Roma (Italy (General)) - Italia, (4)Servicio de Hematología. Clatterbridge Hospital, Wirral University Teaching Hospital NHS Foundation Trust, Liverpool - Reino Unido, (5)Servicio de Oncología. The Christie NHS Foundation Trust, Manchester - Reino Unido, (6)Servicio de Dermatología. Inova Dwright and Martha Schar Cancer Institute, Fairfax (Virginia) - Estados Unidos, (7)Servicio de Dermatología. Columbia University Medical Center, Nueva York (New York) - Estados Unidos, (8)Servicio de Hematología y Oncología. Sheikh Shakhbout Medical City, Abu Dhabi (Abu Dhabi) - Emiratos Arabes Unidos, (9)Servicio de Oncología. Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham - Reino Unido, (10)Sede Dermatología. Washington University School of Medicine, St Louis (Missouri) - Estados Unidos, (11)Servicio de Dermatología. Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Florencia (Toscana) - Italia, (12)Servicio de Hematología y Oncología. Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (Italy (General)) - Italia, (13)Servicio de Dermatología. IRCCS A.O.U. Policlinico S. Orsola, Bologna (Emilia-Romagna) - Italia, (14)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (15)Servicio de Dermatología. Leiden University Medical Centre (LUMC), Leiden (Zuid-Holland) - Holanda, (16)Servicio de Dermatología. The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore (Maryland) - Estados Unidos, (17)Servicio de Hematología. Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti do Ancona, Ancona (Marche) - Italia, (18)Servicio de Dermatología. University of Washington, Seattle (Washington) - Estados Unidos y (19)Kyowa Kirin, Madrid - España.

**Introducción:** La micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sézary (SS) son subtipos de linfomas cutáneos de células T (LCCT). La carga sintomática de estos pacientes puede ser muy elevada, con prurito, dolor y trastornos del sueño, que afectan a la calidad de vida (HRQoL). En el estudio fase 3 MAVORIC, mogamulizumab, un anticuerpo monoclonal anti-CCR4, mejoró significativamente la HRQoL en comparación con vorinostat. El estudio PROSPER evalúa los cambios notificados por los pacientes en los síntomas de la enfermedad y la HRQoL tras el inicio de mogamulizumab en un entorno clínico real.

**Métodos:** PROSPER es un estudio observacional prospectivo internacional que incluye pacientes con MF y SS que inician tratamiento con mogamulizumab según indicación. Mediante un cuaderno de recogida, los pacientes valoran semanalmente la gravedad de sus síntomas cutáneos en las últimas 24 horas utilizando una escala NRS (0-10) durante las primeras 16 semanas. Los pacientes también informan semanalmente de la frecuencia de sus problemas para dormir y las dificultades para regular la temperatura corporal en los últimos 7 días durante las primeras 16 semanas. Este primer análisis presenta de forma descriptiva los datos de los primeros 20 pacientes incluidos.

**Resultados:** Se incluyeron pacientes con MF (8) y SS (12). En la tabla 1 se muestran las puntuaciones de los síntomas al inicio, a las 4, 8, 12 y 16 semanas. Al inicio, el picor obtuvo la puntuación más alta (6,63), seguido del eritema (6,21) y la descamación (5,89), mientras que el dolor de la piel obtuvo la puntuación más baja (4,00). Más del 50% de los pacientes declararon tener problemas para dormir con frecuencia o todas las noches, mientras que el 47% declararon tener dificultades para regular la temperatura corporal al inicio. En la semana 4 mejoraron todos los síntomas. En la semana 16, la gravedad de los síntomas disminuyó considerablemente para el eritema (-2,92), el picor (-2,75), la descamación (-2,54) y el dolor de la piel (-2,12). Además, los pacientes con problemas para dormir o para regular la temperatura corporal se redujeron al 17,65%.

**Conclusión:** Los pacientes incluidos informaron de una elevada carga de síntomas al inicio del estudio en los 6 síntomas analizados. Todos los síntomas registrados mostraron una mejora considerable durante las primeras 16 semanas tras el inicio de mogamulizumab.

**Tabla 1.** Puntuaciones de los síntomas referidos por los pacientes al inicio, en la semana 4, en la semana 8, en la semana 12 y en la semana 16.

Síntomas	Inicio	S4	S8	S12	S16
Picor de la piel (0-10) - media (SD) - n	6,63 (3,02) 19	4,44 (2,99) 16	4,72 (2,65) 18	4,18 (2,70) 7	3,88 (2,71) 17
Dolor de la piel (0-10) - media (SD) - n	4,00 (3,25) 19	3,38 (2,39) 16	3,35 (2,52) 17	1,82 (1,88) 17	1,88 (2,13) 16
Eritema (0-10) - media (SD) - n	6,21 (3,05) 19	4,27 (2,52) 15	4,78 (2,67) 8	3,88 (2,31) 16	3,29 (2,42) 17
Descamación de la piel (0-10) - media (SD) - n	5,89 (2,92) 19	3,75 (2,41) 16	3,89 (2,81) 18	3,82 (2,32) 17	3,35 (2,37) 17
Problemas para dormir - Frecuentes o todas las noches, n (%) - n	10 (55,56) 18	8 (53,33) 15	3 (17,65) 17	5 (29,41) 17	3 (17,65) 17
Regulación temperatura corporal - Frecuente o siempre, n (%) - n	9 (47,37) 19	3 (20,00) 15	5 (27,78) 18	2 (11,76) 17	3 (17,65) 17

SD: Desviación estándar. n: número de pacientes. %: Porcentaje. S: Semana

## 5 UTILIDAD DE LA TÉCNICA DE MAPEO ÓPTICO DEL GENOMA EN EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE SÉZARY

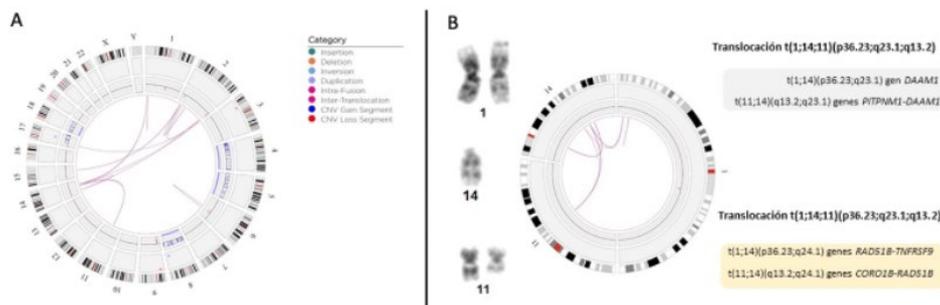
Laura Parra Navarro(1), Marta Salido(2), Evelyn Andrades López(3), Blanca Espinet(2), Anna Puiggros(2), María Rodríguez-Rivera(2), Arnau Iglesias Piqueras(3), Ramón M. Pujol(1) y Fernando Gallardo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (2)Laboratorio de Citogenética Molecular, Laboratorio de Citología Hematológica y Servicio de Patología. Hospital del Mar, Barcelona - España y (3)Grup de Recerca Translacional en Neoplàsies Hematològiques and Cancer Research Programme. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona - España.

**Introducción y Objetivo:** El síndrome de Sézary (SS) es una forma leucémica de linfoma cutáneo de células T (LCCT) de evolución agresiva. Estudios citogenéticos iniciales identificaron un grupo muy heterogéneo de alteraciones cromosómicas subyacentes y distintos trabajos de secuenciación de exoma han evidenciado una gran complejidad genómica con alteraciones del número de copias (deleciones y/o duplicaciones), genes de fusión y mutaciones puntuales. El mapeo óptico del genoma (OGM) es una tecnología basada en la obtención de imágenes de moléculas de ADN largas marcadas en sitios específicos que generan un patrón único permitiendo detectar anomalías cromosómicas numéricas y estructurales con alta resolución y sensibilidad. El objetivo de este trabajo es establecer la utilidad y el rendimiento diagnóstico del OGM en el SS.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 4 pacientes diagnosticados de SS, 3 hombres y 1 mujer. Se recogieron muestras de sangre periférica en el momento del diagnóstico, realizándose un estudio citogénico convencional (cariotipo) y analizándose el ADN tumoral mediante OGM (Bionano Genomics).

**Resultados:** Los resultados del OGM se compararon con los del cariotipo en 3 pacientes con información citogenética. OGM detectó todas las alteraciones identificadas por cariotipo junto a reordenamientos crípticos que en algunos casos generaban genes de fusión [ASXL2:TET3 resultado de una t(2;2)] o alteraciones del número de copias con tamaño inferior a 10Mb (por debajo de resolución del cariotipo). En 2 de los casos se objetivó una deleción en 9p21 afectando los genes CDKN2A-INK4A y en otros dos una deleción en 1p36p35. En un paciente, OGM identificó un evento catastrófico en el cromosoma 10 (cromoplejía). Las alteraciones recurrentes fueron la trisomía 4, la ganancia de 8q, 17q y pérdida de 8p y 17p como resultado de una translocación entre ambos cromosomas, la deleción de 1p36 y de 9p21 (CDKN2A).

**Discusión y Conclusiones:** El OGM es una herramienta diagnóstica que permite identificar alteraciones genómicas complejas, detectar anomalías estructurales adicionales por debajo del límite de resolución del cariotipo convencional y caracterizar genes de fusión asociados a reordenamientos. Los resultados preliminares obtenidos en esta serie parecen confirmar la utilidad de la OGM en el estudio de las bases genéticas implicadas en el desarrollo de un SS.



Caracterización de la complejidad genómica mediante OGM (ejemplo de un caso).

## 6 FOTOAFÉRESIS EXTRACORPÓREA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LINFOMA CUTÁNEO. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 15 AÑOS

María del Amparo Sánchez López(1), Ana Tobalina García(2), María Genma Pérez Paredes(1), Miguel Ángel Cortés Vázquez(2), Gala Aglaia Méndez Navarro(2), José Íñigo Romón Alonso(2), M. Carmen González Vela(3), Santiago Montes Moreno(3), Cristina Abaira Meriel(1), Saray Simón Coloret(1), Inmaculada Bertomeu Genis(1), Cristina Gómez Fernández(1), Lucía Quintana Castanedo(1), Beatriz Castro Gutiérrez(1), Cristina Naharro Fernández(1), Pablo Munguía Calzada(1), Marta Drake Monfort(1), María Marcellan Fernández(1), Susana Armesto Alonso(1), Sonsoles Yáñez Díaz(1) y Marcos Antonio González López(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Hematología y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.

La fotoaféresis extracorpórea (FAEC) es un tratamiento sistémico basado en la leucoaféresis y fotoinactivación de linfocitos con 8-metoxip-soraleno previa a la reinfusión. La FAEC, sola o en combinación, es un tratamiento para el síndrome de Sézary (SS) y la micosis fungoide (MF) eritrodérmica que permite controlar la enfermedad sin los efectos secundarios de otras terapias.

**Objetivos:** A) Describir el perfil de los pacientes con linfomas cutáneos primarios (LCP) que han sido tratados con FAEC, B) Evaluar la eficacia y tolerabilidad de la FAEC, C) Posicionar la FAEC en el tratamiento de los LCP.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel, de pacientes diagnosticados de LCP que han recibido tratamiento con FAEC desde enero de 2008 a diciembre de 2023. Se empleó un sistema abierto: aféresis de linfocitos, fotoinactivación ex-vivo y reinfusión del producto. La respuesta se evaluó según los criterios propuestos por la Sociedad Internacional de Linfomas Cutáneos.

**Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes (Tabla 1), 3 mujeres y 8 hombres, con una edad media de 59 años, 8 pacientes diagnosticados de SS y 3 de MF. Todos presentaban eritrodermia al inicio de la FAEC excepto uno con MF y lesiones tumorales. La mediana de sesiones fue 48 (4-103), durante una mediana de 18 meses (1-41). La periodicidad de las sesiones se estableció según el procedimiento vigente en el centro, individualizándolo en función de la respuesta. Un paciente recibió FAEC en monoterapia, en el resto, los tratamientos concomitantes más frecuentes

fueron: corticoides orales (63,6%), interferón alfa (36,3%) y bexaroteno (36,3%). La FAEC no fue valorable en 3 pacientes por duración del tratamiento inferior a 3 meses. De los nueve pacientes valorables: uno alcanzó respuesta completa, 6 respuesta parcial (de los cuales 2 obtuvieron una respuesta >90%) y en 1 paciente no se consideró efectiva. 2/11 pacientes presentaron bacteriemia secundaria al catéter venoso central. 10/11 pacientes refirieron mejoría del prurito y de la calidad de vida.

**Conclusión:** La FAEC, en combinación con otras terapias, es un tratamiento útil en pacientes con diagnóstico de SS y MF avanzada. Mejora la sintomatología del paciente (especialmente el prurito) y presenta un óptimo perfil de seguridad con menos efectos secundarios que otros tratamientos sistémicos.

**Título tabla:** Pacientes con linfoma cutáneo primario que han recibido tratamiento con fotoaféresis extracorpórea

Paciente	Diagnóstico Edad Sexo	Estadio pre-FAEC	Clínica	Sesiones /meses	Tratamiento concomitante	Mejor respuesta al tratamiento	Motivo de suspensión	Estadio post-FAEC	Tipo de vía Complicaciones	SLP/SG/ estado
1	SS/51/F	T3N0M0B0 (IIB)	Eritrodermia 60% Prurito	4/1	GCO	No valorable	Progresión	T3NXM1B2 (IVB)	CVC Sin complicaciones	0/NC/NC
2	SS/56/M	T4N0M1B1 (IVB)	Eritrodermia 100% Prurito	NC/1	Gemcitabina y Oxaliplatino	No valorable	Progresión	T4N0M1B1 (IVB)	CVC Bacteriemia SA 2º a CVC	0/9,5/E
3	SS/31/F	T4NXM1B2 (IVB)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	NC/8	Gemcitabina y Metotrexato	RP>90% T1N0M1B2 Sin prurito	Progresión	T4NXM1B2 (IVB)	CVC Sin complicaciones	6/9/E
4	MF/50/M	T4N0M0 (IIIA)	Eritrodermia 100% Prurito	75/28	GCO	RP:T1N0M0 Sin prurito	Progresión	T4N0M0 (IIIA)	CVC Bacteriemia SA 2º a CVC	24/85/V
5	SS/67/M	T4N1M0B0 (IVA)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	48/18	GCO	RP:T2N0M0B0 Sin prurito	Progresión	T4N1M0B0 (IIIA)	CVC Sin complicaciones	10/72/V
6	SS/75/M	T4N0M0B2 (IV)	Eritrodermia 100% Prurito	103/41	GCO e IFN	RC:T0N0M0 Sin prurito	Progresión	T4N3M0B2 (IVA2)	Periférica Sin complicaciones	30/11/V
7	SS/67/M	T4N1M0B2 (IVA1)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	10/1,5	Ninguno	No valorable	Progresión	T4N1M0B2 (IVA1)	Periférica Sin complicaciones	0/10,5/E
8	MF/60/M	T4NXM0 (IIIA)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	102/31	GCO y BX	RP>90%:T1N0M0 Sin prurito	Continúa en tratamiento	T1N0M0 (IA)	Periférica Sin complicaciones	30/33/V
9	MF/76/F	T3N0M0 (IIB)	Tumoral	13/3	Carmustina tópica, corticoi- des intralesio- nales, BX, IFN	No respuesta	Progresión	T3N0M0 (IIB)	Periférica Sin complicaciones	0/25/V
10	SS/52/M	T4N2M0B1 (IIIB)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	53/17	GCO, BX, IFN	RP:T2N0M0B0 Sin prurito	Progresión	T4N0M0B1 (IIIB)	Periférica Sin complicaciones	9/2/V
11	SS/63/M	T4N1M0B2 (IVB)	Eritrodermia 100% Adenopatías Prurito	32/7	GCO, BX, IFN	RP:T2N0M0B0 Sin prurito	Progresión	T4N0M0B0 (IIA)	Periférica Sin complicaciones	6/3/V

SS: Síndrome de Sézary; MF: micosis fungoide; F: femenino; M: masculino; FAEC: fotoaféresis extracorpórea; NC: no conocido; GCO: glucocorticoides orales; IFN: interferón; BX: bexaroteno; RP: respuesta parcial; RC: respuesta completa; CVC: catéter venoso central; SA: Staphylococcus aureus; SLP: supervivencia libre de progresión; SG: supervivencia global; E: éxitus; V: vivo.

7

## LINFOMA EXTRA NODAL NK/T TIPO NASAL ASOCIADO A SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: SERIE DE 2 CASOS CLÍNICOS CON EXPRESIÓN INICIAL EN LA PIEL

Saray Simón Coloret(1), Cristina Naharro Fernández(1), Adrián de Quintana Sancho(1), Fernando Moro Bolado(2), Susana Armesto Alonso(1), Pablo Munguía Calzada(1), Cristina Abaira Meriel(1), María del Amparo Sánchez López(1), Inmaculada Bertomeu Genís(1), Santiago Montes Moreno(3), Remigio Mazorra Horts(3), M. Carmen González Vela(3), Sara Álvarez Alonso(3), Ignacio Caubet Sáez Torres(4), Sergio Sánchez Santolino(4), Noemi Fernández Escalada(5), Rodrigo Cantera Estefanía(5), Nuria Puente Ruiz(6), Marta Drake Monfort(1), Cristina Gómez Fernández(1), Lucía Quintana Castanedo(1) y Marcos Antonio González López(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (2)Dermatología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España, (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (4)Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (5)Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España y (6)Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.



Afectación palatina

El linfoma de células natural killer/T (NK/T) extranodal nasal, es un linfoma no Hodgkin (LNH) que generalmente se localiza en la cavidad nasal y senos paranasales. Su localización en piel es poco frecuente, y el síndrome hemofagocítico es una de sus complicaciones con elevada mortalidad.

Se trata de una entidad infrecuente, pero de curso rápido y agresivo en la que la inespecificidad de las características clínicas iniciales puede retrasar el diagnóstico.

Presentamos dos casos clínicos que pueden ilustrar acerca de esta entidad y sus complicaciones.

**Caso 1:** Varón de 71 años que consulta por lesiones cutáneas en ambas extremidades inferiores de 3 meses de evolución. Las lesiones se iniciaron en la pierna derecha como placas de coloración eritematosa y morfología anular. Durante los 3 meses posteriores las lesiones se generalizaron con extensión a la pierna contralateral, ambos brazos, tórax, abdomen, espalda y nuca, respetando palmas, plantas y cara.

En el estudio anatomopatológico fue compatible con LINFOMA DE CÉLULAS NK/T. Se observó expresión de Virus de Epstein-Barr (VEB) por la neoplasia.

Su evolución durante el ingreso fue tórpida con desarrollo de fallo multiorgánico provocado por síndrome hemofagocítico y posterior fallecimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Caso 2:** Mujer de 63 años que acude a urgencias por aparición de úlceras orales en paladar duro y en mucosa labial que se iban extendiendo progresivamente. Coincidiendo con este episodio se objetivan lesiones ampollas en muslo izquierdo y lesiones nodulares y placas en abdomen.

Se realizaron biopsias de las lesiones de mucosa oral, de muslo y abdomen, que confirmaron la presencia de un proceso linfoproliferativo de fenotipo NK/T (CD3+, CD8+, CD56+ con expresión de marcadores citotóxicos) y Virus de Epstein-Barr (VEB) positivo, compatible con LINFOMA DE CÉLULAS NK/T de tipo nasal.

Durante su ingreso a cargo de Dermatología desarrolla un síndrome hemofagocítico.

Actualmente se encuentra en situación de respuesta completa tras tratamiento de segunda línea (dexametasona, cisplatino, gemcitabina, y peg-asparaginasa) pendiente de trasplante alogénico haploidéntico.

8

## CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS SECUNDARIOS A NEOADYUVANCIA CON PEMBROLIZUMAB EN MELANOMA

María Cruz Álvarez-Buylla Puente(1), Isabel Villegas Romero(2), Myriam Viedma Martínez(2), José Francisco Millán Cayetano(2), David Jiménez Gallo(2) y Mario Linares Barrios(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España y (2)Servicio de dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

**Antecedentes:** Pembrolizumab, un anticuerpo monoclonal inhibidor de PD1, está financiado para el tratamiento adyuvante de los pacientes con melanoma estadio IIB-C, IIC-D y tratamiento del melanoma irreseccable o metastásico. A pesar de que su uso en régimen neoadyuvante ha demostrado mejoras en las tasas de supervivencia, aún no se encuentra recogido en ficha técnica.

**Métodos:** Se estudiaron histológicamente 5 piezas quirúrgicas de pacientes con melanoma avanzado intervenidos tras 1-3 ciclos de pembrolizumab. Se evaluó su respuesta histológica siguiendo las recomendaciones del International Neoadjuvant Melanoma Consortium. Se estudió la presencia de fibrosis y necrosis y se realizó un estudio inmunohistoquímico con SOX10 para el estudio de células tumorales viables (CTV). Se definió la respuesta patológica (pR) en función del porcentaje de CTV: respuesta patológica completa (pCR) <1% CTV; respuesta patológica casi completa (n-pCR) < 10% de CTV; respuesta patológica parcial (pPR) 10-50% de CTV; y ausencia de respuesta patológica (pNR) >50% de CTV.

**Resultados:** Una de las 5 pacientes presentó una n-pCR con un sólo ciclo de pembrolizumab, otra paciente presentó una pPR y 3 presentaron pNR, siendo la tasa de respuesta objetiva de la serie del 40%. 3 de las 4 pacientes continuaron el tratamiento adyuvante con pembrolizumab tras la cirugía sin presentar recaídas durante el seguimiento. En el cuarto y quinto caso se decidió un cambio de tratamiento a terapia dirigida dada la progresión de la enfermedad y la pNR tras 2 y 3 ciclos de pembrolizumab respectivamente. Los datos epidemiológicos y características clinicopatológicas se resumen en la tabla 1.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de casos de melanoma estadio III en el límite de reseccabilidad, que recibieron neoadyuvancia con pembrolizumab. Se trata de la primera serie de casos con este régimen de tratamiento en melanoma descrita en práctica clínica real de nuestro país. Los resultados obtenidos son equiparables a los observados en los ensayos pivotaes, abriendo un nuevo paradigma en el manejo del melanoma de estadios avanzados y mejorando su supervivencia libre de progresión (SLP) y su supervivencia global (SG) en la vida real.

Destacamos el papel del estudio anatomopatológico con la medición de la pR como guía en esta terapia, correlacionándose con la SLP y la SG y siendo de gran utilidad en la elección del tratamiento adyuvante posterior.

**Tabla 1.** Datos epidemiológicos y características clinicopatológicas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	41	47	23	52	39
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Estadio	IIIC (T4bN3bM0)	IIID (T2bN2cM0)	IIIC (T2aN3cM0)	IIIC (T2aN3bM0)	IIIC (T3bN3bM0)
LDH	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Subtipo de melanoma	Nodular	Nodular	Nodular	Nodular	Nodular
Ulceración	Si	No	No	No	Si
BRAF	Mutado	Mutado	Mutado	No mutado	Mutado
PD-L1	Negativo	Negativo	Desconocido	Negativo	Positivo
Metástasis de melanoma	Cutánea y adenopatías axilares derechas	Ganglionar muslo derecho y subcutáneo muslo derecho	Adenopatías axilares izquierdas	Adenopatías axilares izquierdas	Adenopatías axilares izquierdas
Terapia sistémica empleada	Pembrolizumab 2 ciclos	Pembrolizumab 2 ciclos	Pembrolizumab 1 ciclo	Pembrolizumab 1 ciclo	Pembrolizumab 3 ciclos
Técnica quirúrgica	Linfadenectomía axilar derecha	Tumorectomía muslo derecho	Linfadenectomía axilar izquierda	Linfadenectomía axilar derecha	Linfadenectomía axilar izquierda
Respuesta patológica	Respuesta parcial	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	Respuesta casi completa	Ausencia de respuesta
Adyuvancia posterior	Pembrolizumab	Encorafenib+ Binimetinib	Pembrolizumab	Pembrolizumab	Terapia dirigida
Toxicidad presentada	No	No (Pembrolizumab) Posible paniculitis por MEKi	Artralgias y astenia	No	Astenia Mialgias

9

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEVUS Y MELANOMA CON TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL: UNA EVALUACIÓN DE MODELOS HÍBRIDOS MEDIANTE APRENDIZAJE PROFUNDO Y APRENDIZAJE AUTOMÁTICO**

María Garrido Ruiz(1), José Luis Rodríguez Peralto(1), Víctor Sánchez Arevalo(1), Álvaro García Tejedor(2), Andrés Bullosa García(2) y Alberto Nogales Moyano(2) de (1)Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (2)Computación. Centro de Innovación Experimental del Conocimiento de la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid - España.

**Contenido. Antecedentes:** La técnica "gold estándar" para el diagnóstico del melanoma es la histopatología. Sin embargo, sigue existiendo un subconjunto de neoplasias melanocíticas que no se puede clasificar inequívocamente en categorías benignas y malignas y representan una fuente de error diagnóstico. Existen tasas de discordancia en el diagnóstico que oscilan entre el 14% y el 38%, incluso entre dermatopatólogos expertos. Hoy en día se están desarrollando técnicas de inteligencia artificial que manejan grandes cantidades de imágenes para tareas de clasificación.

El objetivo principal proponemos un método fácil, preciso y rápido para diagnosticar nevus y melanomas utilizando imágenes histopatológicas con IA.

**Material y Métodos:** Escaneamos 116 lesiones que incluían nevus, melanomas. Con la ayuda de los investigadores del CEIEC de la Universidad Francisco de Vitoria, evaluamos el desempeño de diferentes modelos híbridos. Todos ellos, utilizan un codificador automático para extraer las características principales de las imágenes. Posteriormente, se utilizan cuatro clasificadores para discriminar entre melanoma y nevus: máquinas de vectores de soporte, bosque aleatorio, perceptrón multicapa y K-vecinos más cercanos.

**Resultados:** El mejor de todos los experimentos hechos tiene una precisión del 84.31% en diagnóstico usando para clasificar el algoritmo de los k-vecinos más cercanos. Cuando tenemos en cuenta la especificidad y la sensibilidad, los valores de dichas métricas para el mejor modelo son 84.5% y 83,3% respectivamente.

**Conclusiones:** Algunos artículos establecen la precisión de los patólogos al diagnosticar lesiones melanocíticas 59-80% dependiendo de la. En nuestro caso es del 84,3% lo que supone una mejora de 4 puntos en el peor de los casos. Por tanto, nuestros estudios preliminares demuestran el potencial de la patología computacional para extraer información que no puede ser detectada por el examen humano y por tanto puede ayudar al diagnóstico de lesiones melanocíticas.

Sin embargo, estamos al principio del desarrollo de estas técnicas y existen múltiples limitaciones: el patólogo ve las WSI, puede pedir IHQ u otras técnicas, la naturaleza binaria de estas categorías, etc. Son necesarios estudios prospectivos que utilicen datos completos para refinar estos resultados preliminares.

10

**MELANOMA HEREDITARIO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES**

Rebeca Pérez Blasco(1), M<sup>a</sup> Rosario González Hermosa(1), Marta Mendieta Eckert(1), José María Villa-González(1), Manuel Pascual Ares(1), Patricia Andrés Ibarrola(1), Sergio Carrera Revilla(1) y Lara Lombardero Gutiérrez(1) de (1)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) - España.

**Introducción:** El 5-12% de los melanomas se detectan en individuos o familias en las que existe agregación de casos de melanoma o de otros tumores relacionados con este, de los cuales un 7-22% se atribuye a mutaciones germinales. Entre los genes implicados destaca el CDKN2A, aunque también se han asociado otros como CDK4, TERT1, ACD, BAP1, TERF2IP o POT1, entre otros.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye a los pacientes del Hospital Universitario Cruces desde 2016 a 2023 que cumplieran alguno de los siguientes criterios: individuos con  $\geq 2$  melanomas invasivos y/o cáncer de páncreas, o pacientes con melanoma invasivo y/o cáncer de páncreas y al menos un familiar de primer o segundo grado con alguna de las neoplasias mencionadas.

**Resultados:** Se incluyen 59 familias (69 pacientes) con los criterios descritos, de las cuales 18 familias (30.5%) [22 pacientes (31.9%)] presentaron alteraciones genéticas. Se hallaron variantes patogénicas/probablemente patogénicas en CDKN2A en 6 familias (10.2%) [10 pacientes (14.5 %)], y en cada uno de los genes ATM, BAP1, BRCA1 y TERF2IP en 1 familia (1.7%) [1 paciente (1.4%)].

**Discusión y Conclusiones:** Los trabajos que analizan la frecuencia de mutaciones germinales en casos de melanoma que cumplen criterios de estudio genético son escasos, y aún más, aquellos en población española. A pesar de que existe una gran heterogeneidad entre los estudios, se ha descrito una frecuencia de mutaciones germinales patogénicas/probablemente patogénicas del 7-22% en estos casos, lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio en el que el 16.9% de las familias (20.3% de los pacientes) presentaban dichas mutaciones. Considerando que el efecto de las alteraciones genéticas se modifica en función de la variante hallada, sería de gran interés promover el conocimiento de los distintos perfiles genéticos en población española, de cara a optimizar el manejo de los pacientes.

11

**ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL MELANOMA ANORRECTAL: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS EN SU MANEJO**

Vicente Peris Espino(1), Aram Boada García(1), Nina Richarz(1), Ane Jaka Moreno(1), José Luis Manzano Mozo(2), Javier Corral Rubio(3), Ariadna Quer Pi-Sunyer(4) y José Manuel Carrascosa Carrillo(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, (2)Servicio de Oncología Médica, (3)Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España.

El melanoma anorrectal (MA) es una entidad rara y de pronóstico desfavorable. A pesar de su baja incidencia, su abordaje requiere nuevas investigaciones, especialmente considerando la falta de esquemas terapéuticos definidos.

Presentamos una serie de 6 casos basada en la recopilación de pacientes diagnosticados de MA en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, desde 1994 hasta la actualidad. Esta investigación tiene como objetivo principal analizar retrospectivamente las variables clínicas e histopatológicas, las opciones terapéuticas y de seguimiento.

La muestra obtenida refleja un predominio femenino (66,6%), con una mediana de edad al diagnóstico de 74,5 años. Acerca de los síntomas iniciales, la mitad de los casos se orientaron inicialmente como hemorroides, un caso presentó estreñimiento de meses de evolución y hubo un hallazgo incidental tras fistulectomía. El retraso diagnóstico promedio fue de alrededor 4 meses. La media del índice de Breslow de las piezas analizadas fue de 9,16, con un índice mitótico medio de 10,25. La exéresis simple fue la opción terapéutica quirúrgica principal, excepto en dos casos, donde se realizaron resecciones más amplias, una de las cuales fue motivada por el diagnóstico sincrónico de neoplasia de colon. En términos de adyuvancia, se utilizó la quimioterapia en el 66,6%, y se empleó la radioterapia de carácter paliativo en un único caso. Con respecto a la estadificación final, tres pacientes fueron clasificados como estadio 3 (metástasis a distancia), con una supervivencia media de 1,96 años desde el diagnóstico. Dos pacientes fueron clasificados como estadio 2 (afectación linfática regional) y un paciente fue clasificado como estadio 1 (enfermedad localizada), con una supervivencia actual mantenida de 4,33, 7,16 y 3,5 años respectivamente.

En conclusión, este estudio pretende realizar una descripción detallada de los casos de MA atendidos en nuestra institución, subrayando que su presentación clínica con frecuencia simula afecciones anorrectales benignas, que contribuye a diagnósticos tardíos y estadios avanzados. Es notable la escasez de series de casos acerca MA en la literatura médica a nivel nacional, ya que la atención se centra mayormente en las distintas opciones quirúrgicas. Esta limitación resalta la necesidad de investigaciones futuras para completar los vacíos existentes en la comprensión del MA.

## 12 EVALUACIÓN DEL IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIOLABORAL EN PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO

Gabriel Suárez Mahugo(1), Ana Beatriz Felipe Robaina(1), Pedro Naranjo Álamo(1), Ana Rebolledo Ruiz(1), Blanca Madrid Álvarez(1), Elena Castro González(1) y Irene Castaño González(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El melanoma presenta una incidencia creciente, con un mayor número de opciones terapéuticas prometedoras y un mejor conocimiento de la biología tumoral, pero existen limitadas publicaciones sobre la repercusión psicológica y sociolaboral en estos pacientes. Por lo tanto, nuestro objetivo es evaluar este impacto e identificar sus potenciales causas.

**Metodología:** Estudio transversal analítico. Muestra consecutiva de casos diagnosticados de melanoma en seguimiento por Dermatología del Hospital Doctor Negrín entre 2022 y 2023. Los datos demográficos y clínicos se recogen de la historia clínica y la calidad de vida a través de una encuesta autoadministrada constituida por cuestionarios validados. Los datos se analizan con SPSS Statistics versión 27.

**Resultados:** Muestra constituida por 65 pacientes, 50,8% mujeres con edad media de  $56,1 \pm 9,8$  años. Media del diagnóstico de  $5,6 \pm 4,2$  años y localización más frecuente el tronco (44,6%). 36,9% estadio avanzado (IIC o superior) y 6,2% antecedentes personales de melanoma. 36,9% recibió terapia sistémica, 9,2%, radioterapia y 12,3%, linfadenectomía, con 23,1% de efectos adversos (mayoría leves). 48,5% estudios superiores y 69% laboralmente activos. DLQI medio de  $3,1 \pm 4,8$ , afectación de calidad de vida del 55,4%, con datos de ansiedad y depresión en el 24,6% y 6,2%, respectivamente. Síntomas depresivos mayores con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en los pacientes linfadenectomizados. Además, la gravedad del estigma alcanza una media de  $14,1 \pm 6,3$  sobre 30. A nivel laboral, 23,1% ha dejado de trabajar por su enfermedad y la sumatoria de absentismo y presentismo alcanza 32,6%. Este valor, así como el estigma y la ansiedad, han resultado mayores de forma significativa ( $p = 0,04$ ) en los pacientes con melanoma avanzado.

**Conclusiones:** Una revisión sistemática de siete estudios encuentra que los principales determinantes de baja calidad de vida son bajo soporte social, edad, estadio al diagnóstico y comorbilidades. Nuestros datos lo apoyan y orientan a que un manejo más complejo que la extirpación simple del primario supone una mayor morbilidad psicológica con importante repercusión social (síntomas de aislamiento en el 20% en escala Skindex-17) y disminución de la productividad laboral. Sin embargo, es necesario un mayor tamaño muestral para obtener una potencia estadística superior.

JUEVES 23 de mayo

09:00 - 10:30 h.

## ENFERMEDADES AMPOLLARES

## 1 MODERADORES

Agustín España Alonso, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

José Manuel Mascaró Galy, Hospital Clinic, Barcelona.

## 2

## EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL PENFIGOIDE AMPOLLOSO. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN ESPAÑA

Álvaro Aguado Vázquez(1), Andrea Estébanez Corrales(1), Francisco Javier Melgosa Ramos(2), José Manuel Mascaró Galy(3), Jon Fulgencio Barbarin(4), Xavier Bosch Amate(3), Laia Curto Barredo(5), María del Mar Blanes Martínez(6), Ricardo Ruiz Villaverde(7), María Asunción Ballester Martínez(8), Daniel Martín Torregrosa(9), Juan Luis Castaño Fernández(10), Rita Cabeza Martínez(10), Amparo Pérez Ferriols(11), Daniel Ramos Rodríguez(12), Julián Boix Vilanova(13), Gemma Melé Ninot(14), Vicente Expósito Serrano(15), Agustín España Alonso(16) y Almudena Mateu Puchades(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España, (7)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España, (8)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (9)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (10)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (11)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España, (12)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife - España, (13)Servicio de Dermatología. Hospital de La Plana, Vila-real (Castellón) - España, (14)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud, Barcelona - España, (15)Servicio de Dermatología. Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España y (16)Servicio de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Introducción:** El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente. La mayoría de pacientes son ancianos y asocian múltiples comorbilidades. Los corticoides tópicos y orales son considerados de primera línea en el tratamiento del PA y los inmunosupresores clásicos son utilizados como ahorradores de corticoides pero ambos tratamientos asocian efectos secundarios y contraindicaciones que son especialmente frecuentes en los pacientes de edad avanzada. Se han propuesto nuevos tratamientos dirigidos contra interleuquinas y receptores involucrados en la patogénesis del PA con el objetivo de reducir dichos efectos secundarios a la vez que se obtiene una respuesta terapéutica igual o incluso mejor a los tratamientos convencionales.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la IgE que se ha propuesto como posible tratamiento del PA dado la evidencia existente de que los autoanticuerpos de tipo IgE juegan un rol esencial en la patogenia del PA.

**Objetivos y Métodos:** Determinar la eficacia y seguridad de Omalizumab en el tratamiento del PA.

Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico, observacional incluyendo pacientes diagnosticados de PA que hubieran recibido Omalizumab durante al menos 3 meses de 15 hospitales terciarios en España.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se utilizó el porcentaje de mejoría de la Superficie Corporal Afecta (BSA). Además, se evaluó la posible relación de los niveles de IgE previos al tratamiento con la respuesta clínica obtenida.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes. La gran mayoría ancianos que asociaban múltiples comorbilidades y habían empleado otros tratamientos sistémicos además de corticoides previo al uso de Omalizumab. Un 83% de pacientes experimentaron algún grado de mejoría con el tratamiento y un 42% alcanzaron una respuesta completa. No se evidenció correlación entre los niveles elevados de IgE y una mejor respuesta clínica.

El total de los pacientes toleraron bien Omalizumab y no se reportó ningún efecto adverso.

**Conclusiones:** Omalizumab constituye una buena alternativa terapéutica para el PA obteniendo una mejoría clínica en la mayoría de los pacientes y una resolución de la clínica en casi la mitad de pacientes tratados.

No se reportaron efectos adversos lo cual es un aspecto clave en el contexto de la enfermedad dado la edad media elevada de los pacientes que la sufren.

## 3

## PRURIGO PARECE, PENFIGOIDE ES. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE NUEVE CASOS DE PENFIGOIDE NODULAR Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ruth del Cristo Cova Martín(1), Alba Lecumberri Indart(1), Daniel Hernández Calle(1), Luis Alonso Martínez de Salinas(1), Francisco Javier Pérez Bootello(1), Andrés González García(2), Carmen Moreno García del Real(3), Montserrat Fernández Guarino(1) y María Asunción Ballester Martínez(1) de (1)Dermatología, (2)Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Introducción:** El penfigoide nodular (PN) es una variante poco frecuente del penfigoide ampolloso (PA) caracterizada por la superposición de las características clínicas del prurigo nodular y los hallazgos inmunohistológicos del PA. Constituye una entidad de difícil diagnóstico y manejo, ya que puede ser indistinguible del prurigo nodular.

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio incluyen la presentación de una serie de casos confirmados de PN ofreciendo una visión general del

proceso diagnóstico, la evolución de la enfermedad y las diferentes estrategias terapéuticas empleadas; así como la revisión de la literatura publicada hasta la fecha.

**Métodos:** Para ello se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico en el que se incluyeron nueve pacientes (5 varones y 4 mujeres) con una edad media de 68 años (entre 54 y 85) que presentaban nódulos excoriados e hiperqueratósicos, con un análisis de inmunofluorescencia directa positivo para depósitos lineales de IgG y/o C3 a lo largo de la membrana basal. Se recogieron variables relacionadas con las características clínicas al inicio y durante la evolución de la enfermedad, comorbilidades, tratamientos concomitantes, pruebas complementarias; así como las diferentes intervenciones terapéuticas realizadas.

**Resultados:** Los hallazgos observados en este estudio son concordantes con los reflejados previamente en la literatura, destacando la prevalencia en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades, su presentación clínica y evolución polimorfa, así como la refractariedad a múltiples tratamientos; incluyendo corticoides tópicos y orales, doxiciclina y terapias inmunosupresoras como metotrexato o azatioprina.

Destacamos en nuestra serie cinco pacientes resistentes a las alternativas clásicas que lograron la estabilidad clínica y un control satisfactorio de la sintomatología con dupilumab utilizado fuera de indicación.

**Conclusión:** Estos casos resaltan la importancia de considerar el PN como diagnóstico diferencial ante un paciente de edad avanzada, con una erupción persistente, crónica y excoriaciones inexplicables. En esta situación sería aconsejable realizar una biopsia cutánea para estudio histológico y DIF/IIF para detectar PN.

4

#### DESCIFRANDO LOS MECANISMOS INMUNOLÓGICOS SUBYACENTES EN EL PENFIGOIDE AMPOLLAR ASOCIADO A FÁRMACOS: TEST DE TRANSFORMACIÓN LINFOCITARIA Y PRUEBAS EPICUTÁNEAS

Belén de Nicolás Ruanes(1), María Asunción Ballester Martínez(1), Carlos Fernández Lozano(2), Natalia Rodríguez Otero(3), Patricia Gutiérrez Canales(3), Javier Martínez Botas(2), Belén de la Hoz Caballer(3), Ana Andrés Martín(4), Emilio Solano Solares(3), Laura Gisella Díaz Montalvo(2), Vivian Lizeth Stewart Delcid(4), Emilio García Mouronte(1), Carlos Azcárraga Llobet(1), Emilio Berna Rico(1) y Montserrat Fernández Guarino(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Unidad de Microarrays. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid - España, (3)Servicio de Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (4)Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Antecedentes:** Aunque la etiología del penfigoide ampollar (PA) sigue siendo una incógnita, se ha relacionado con la exposición a casi un centenar fármacos diferentes. No obstante, la relación con estos fármacos se sustenta en datos epidemiológicos basados en relaciones temporales, pero la evidencia sobre los mecanismos inmunológicos subyacentes es prácticamente inexistente.

**Métodos:** Estudio prospectivo con pacientes recientemente diagnosticados de PA. A los 3 meses se realizan pruebas epicutáneas y test de transformación linfocitaria (TTL), con un seguimiento clínico hasta los 6 meses desde el diagnóstico.

El TTL es el test in vitro de referencia para diagnosticar las reacciones de hipersensibilidad tardías a fármacos. Las células mononucleares del paciente se incuban con el fármaco sospechoso durante 6 días, tras lo cual se añade H3-timidina y se cuantifica la proliferación de los linfocitos T expuestos al fármaco en comparación con los no expuestos. Hemos considerado como positivo un índice de estimulación mayor o igual a 3.

**Resultados:** Se han incluido 20 pacientes con una edad media de 78,6 años y un 40% de mujeres, de los que 8 pacientes (40%) habían recibido tratamiento con gliptinas. Se ha testado una media de 2,1 fármacos en cada paciente, incluyendo gliptinas y otros antidiabéticos, diuréticos, antihipertensivos, hipolipemiantes, anticonvulsivantes e inmunoterapia.

El TTL ha dado resultado positivo en el 60% de los pacientes (3 casos gliptinas, 3 diuréticos de asa, 2 tiazidas, 1 levetiracetam, 1 nivolumab, 1 enalapril, 1 amlodipino). Las pruebas epicutáneas fueron negativas en todos los casos salvo en una paciente, en la que fueron positivas a furosemida coincidiendo con el resultado TTL positivo a este mismo fármaco.

No se ha identificado relación entre la suspensión del fármaco con TTL positivo y el curso clínico de la enfermedad, lo cual apoya la hipótesis de que el PA se comporta más como una patología autoinmune desencadenada por fármacos que realmente como un trastorno inducido por fármacos.

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos aportan una base objetiva que confirma la existencia de una reacción inmunitaria tras la exposición a determinados fármacos en los pacientes con PA. La realización de un TTL podría ayudar a identificar fármacos potencialmente relacionados con el desarrollo del PA y así contribuir al mejor conocimiento de su etiopatogenia.

5

#### DERMATOSIS AMPOLLOSAS AUTOINMUNES EN PACIENTES CON CÁNCER TRATADOS CON INMUNOTERAPIA. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Priscila Giavedoni(1), Francesc Alamon-Reig(1), Xavier Bosch Amate(1), José Manuel Mascaró-Galy(1), Adriana García Herrera(1) y Cristina Carrera Álvarez(1) de (1) Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España.

El creciente empleo de inhibidores de los puntos de control inmunitarios en el tratamiento de enfermedades neoplásicas avanzadas ha dado lugar a un incremento notable de efectos adversos cutáneos de importancia, vinculados con el sistema inmunitario. Presentamos una serie de cinco pacientes con enfermedades ampollasas del tipo penfigoide ampolloso (PA) y liquen plano penfigoide (LPP) como resultado del tratamiento con nivolumab, pembrolizumab y durvalumab. Los pacientes tenían las siguientes enfermedades oncológicas: carcinoma hepático (n=2), carcinoma urotelial (n=1), carcinoma de mama (n=1) y carcinoma de pulmón (n=1). La latencia desde el inicio del fármaco hasta el desarrollo de la enfermedad ampollasas autoinmune fue desde dos meses hasta cinco años. Este tiempo tan prolongado representa uno de los casos más tardíos documentados en la literatura.

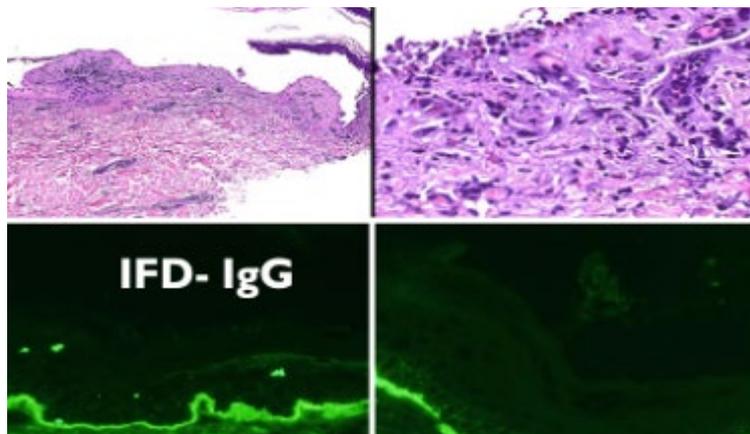
Los síntomas fueron: prurito en tres pacientes y manifestaciones cutáneas en forma de placas eritematosas con vesículas, ampollas tensas

aisladas y también combinación de lesiones del tipo liquen plano asociadas a ampollas. Un paciente tuvo afectación de mucosa oral, genital y anal; y otro de los pacientes de la mucosa anal. El resto (n=3) sólo presentaron lesiones cutáneas.

Los síntomas respondieron a dosis bajas de prednisona oral y no se suspendió la inmunoterapia en 4 de los 5 pacientes. Sin embargo, un paciente requirió dosis de 1 mg/kg/día e ingreso hospitalario y fue en este paciente que la inmunoterapia se suspendió por la gravedad de la reacción adversa cutánea.

Se realizaron biopsias con estudio de hematoxilina-eosina e inmunofluorescencia directa (IFD) en todos los pacientes. Los hallazgos fueron de dermatitis espongiforme, psoriasiforme y dermatitis de interfase. Todas las IFD mostraron depósitos de IgG y C3, y en uno de los pacientes también depósitos de IgA.

Aunque el PA y el LPP inducidos por los inhibidores de puntos de control inmunitario siguen siendo poco frecuentes, es crucial que los dermatólogos conozcan estos importantes efectos adversos cutáneos relacionado con el sistema inmunitario, dado el aumento continuo en el uso de estos fármacos. El rol del dermatólogo es fundamental para poder continuar con estos tratamientos oncológicos cuando las lesiones cutáneas no ponen en riesgo la vida del paciente y responden favorablemente a los tratamientos administrados.



Ampolla subepidérmica. Depósitos de IgG y C3 en la membrana basal. Paciente con carcinoma pulmonar en tratamiento con Nivolumab

6

## SERIE RETROSPECTIVA DE 13 PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA ADQUIRIDA. REVISIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS, TERAPÉUTICA Y EVOLUCIÓN

María Elena Gimeno Ribes(1), José Manuel Mascaró Galy(1), Pilar Irazo Fernández(1) y Xavier Bosch Amate(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La epidermólisis bullosa adquirida (EBA) es una enfermedad ampollosa subepidérmica autoinmune causada por anticuerpos contra el colágeno VII. Su baja incidencia, clínica heterogénea, posibles secuelas y difícil manejo hace necesaria la creación de series para su estudio y comprensión.

El objetivo del trabajo es revisar los pacientes visitados en Hospital Clínic de Barcelona en los últimos 40 años con diagnóstico confirmado de EBA.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de la clínica, histología, inmunología, terapéutica y evolución de 13 pacientes con EBA.

**Resultados:** La edad media de diagnóstico fue 58 años, siendo 6 mujeres y 7 varones. Hay otro posible caso en estudio. Cinco pacientes presentaron otras enfermedades autoinmunes (2 enfermedad inflamatoria intestinal, 2 hematológicas, 1 neuritis óptica), 3 tuvieron neoplasias (pulmón, mama y melanoma), así como 2 infección VHC. En tres casos existió relación temporal con el inicio de antihipertensivos, hipolipemiantes y vacuna COVID. La demora diagnóstica media fue 30 meses y el seguimiento de 5,6 años.

El 100% tuvo clínica cutánea, el 70% en mucosa oral y el 30% en genital y nasal. En histología, el 85% mostró ampolla subepidérmica, siendo el infiltrado inflamatorio variable. Todos se diagnosticaron con inmunofluorescencia directa positiva con depósitos en membrana basal. Solo en 7 se describió el patrón u-serrado. La inmunofluorescencia indirecta fue positiva el 59% de los casos, presentando principalmente depósito en el lado dérmico de la piel separada con NaCl. Los anticuerpos anti-Col VII detectados por ELISA/Inmunoblot fueron positivos el 37% de las ocasiones.

El 75% de los pacientes recibieron prednisona, dapsona y colchicina. En menor proporción se usaron doxiciclina e inmunoglobulinas (40%), azatioprina (30%) o Rituximab (20%). En la evolución, 5 fallecieron (principalmente por su neoplasia de base), 3 perdieron el seguimiento, 2 están en remisión parcial con tratamiento activo y 3 en remisión completa sin tratamiento. En 2 casos quedaron cicatrices cutáneas y en 2 oncodistrofia como secuelas.

**Conclusiones:** La EBA es una enfermedad poco prevalente y con clínica heterogénea, siendo frecuente el retraso diagnóstico. Requiere un alto índice de sospecha y pruebas complementarias para su diagnóstico y tratamiento precoz, evitando así las secuelas y mejorando la calidad de vida.

7

## EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN 103 PACIENTES CON PENFIGOIDE AMPOLLAR

Nidia Planella-Fontanillas(1), Xavier Bosch-Amate(2), Alicia Jiménez Antón(3), María Gamo Guerrero(4), Carlos Moreno Vílchez(5), María del Mar Blanes Martínez(6), M. Asunción Ballester Martínez(7), Patricia Bassas(8), Juan Luis Castaño Fernández(9), Andrea Estébanez Corrales(10), Daniel Virseda González(11), Sergio Santos Alarcón(12), Ana Bauzá Alonso(13), Marina Torrent(14), Adrián Ballano Ruiz(15), Cristina Collantes Rodríguez(16), Agustín España(17), Eduardo Fonseca Capdevila(18), Inmaculada Gil Faure(19), Carlos Pelayo Hernández Fernández(20), Francisco Javier Melgosa Ramos(21), Jorge Spertino(22), Violeta Zaragoza Ninet(23), Lucía Armillas(24), Isabel Bielsa(25), Cristina Carrera Álvarez(2), Mireia Esquius Rafat(26), Jon Fulgencio Barbarin(27), Javier Fernández Vela(28), Miguel Lova Navarro(29), Clara Martín Callizo(30), Sara Martín Sala(31), Rosa Ojeda(32), María Elisabet Parera Amer(33), Anna Sánchez Puigdollers(34), José Manuel Mascaró Galy(2) y Laia Curto Barredo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España, (7)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (8)Servicio de Dermatología. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona - España, (9)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (10)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia - España, (11)Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (12)Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España, (13)Servicio de Dermatología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (14)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España, (15)Servicio de Dermatología. Hospital de Henares, Coslada (Madrid) - España, (16)Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España, (17)Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) - España, (18)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña - España, (19)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España, (20)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (21)Servicio de Dermatología. Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España, (22)Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (23)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España, (24)Servicio de Dermatología. Hospital de Inca, Inca (Illes Balears) - España, (25)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (26)Servicio de Dermatología. Althaia Centro Hospitalario de Manresa, Barcelona - España, (27)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (28)Servicio de Dermatología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona) - España, (29)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (30)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España, (31)Servicio de Dermatología. Hospital Dos de Maig, Barcelona - España, (32)Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Boi, Barcelona - España, (33)Servicio de Dermatología. Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España y (34)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El penfigoide ampollar (PA) es la enfermedad ampollar autoinmune más frecuente. Afecta mayoritariamente a personas de edad avanzada con múltiples comorbilidades. Por este motivo, el tratamiento habitual con corticoides, tetraciclinas, dapsona o inmunosupresores no se puede emplear en todos los pacientes. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti IL-4 e IL-13 indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave que ha mostrado buenas respuestas en algunas series de pacientes con PA.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en el tratamiento del PA.

**Métodos:** Estudio observacional, ambispectivo y multicéntrico realizado en 32 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes con PA tratados con dupilumab con un seguimiento mínimo de 4 semanas.

**Resultados:** Se incluyeron 89 pacientes (57.3% varones) con una edad media de 74±12.8 años. El 98.9% de los pacientes presentaban PA generalizado, siendo el 32.3% graves (Investigator Global Assessment (IGA)=4). La dosis de dupilumab fue 300mg cada 2 semanas en el 96.6% de los pacientes (n=86).

A las 4 semanas se observó mejoría en todas las escalas clínicas con una reducción del 58.1% (de 3.1 a 1.3 puntos) en el IGA; del 70.0% (50.7 a 15.1) en el Bullous Pemphigoid Disease Area Index (BPDAI) y del 63.9% (7.2 a 2.6) en el prurito (Numerical Rating Scale).

Veintitrés pacientes llegaron a la semana 52 de seguimiento, evidenciando una reducción aún más marcada en todas las escalas (87.1% en IGA, 97.4% en BPDAI y 95.8% en prurito). La tasa de remisión completa fue del 25.8% en la semana 4, incrementándose al 57.3% en la semana 16. El 11.2% presentaron algún efecto adverso (EA), siendo los más comunes exacerbación de psoriasis (n=2) y conjuntivitis (n=2). El fármaco se retiró en 16 pacientes por los siguientes motivos: EA (n=2), falta de respuesta (n=4), respuesta completa y duradera (n=5) u otros (n=5).

**Conclusiones:**El tratamiento con dupilumab en pacientes con PA ha demostrado una rápida y sostenida mejoría en las escalas clínicas. La mejoría evidenciada en la semana 4 aumentó en la 52, respaldando su efectividad a largo plazo. Además, la baja incidencia de efectos adversos nos plantea su uso como fármaco de primera línea en ciertos pacientes, debiéndose realizar futuros estudios prospectivos y ensayos clínicos.

8

## SERIE DE 4 CASOS DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO ESCROTAL LOCALIZADO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Núria Riera Martí(1), Vicente Expósito Serrano(1), Marc Corbacho Monné(1), María Cinta Sin i Soler(1), Aida Lara Moya(1), Anna Porta Vilaró(1), Empar Sáez Artacho(2) y Mireia Sàbat Santandreu(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Patología. Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España.

**Antecedentes:** El penfigoide ampollado localizado (PAL) es una variante clínica poco frecuente del penfigoide ampollado. Aunque su patogénesis es aún desconocida, se han descrito algunos factores de riesgo y posibles desencadenantes como la radiación, algunos fármacos, la luz ultravioleta, procedimientos quirúrgicos o incluso traumatismos. Más específicamente, y con menor frecuencia, existe un subtipo de PAL localizado en la zona genital, y que en varones suele afectar la zona escrotal. Esta última, se trata de una entidad muy poco frecuente con sólo 5 casos descritos en la literatura hasta el momento.

**Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo sobre las características demográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de penfigoide ampollado escrotal localizado (PAEL) en la consulta monográfica de enfermedades ampolladas de nuestro hospital.

**Resultados:** En total se incluyeron 4 pacientes con una mediana de edad de 72 años (49-94 años). Todos los casos fueron confirmados mediante biopsia, inmunofluorescencia directa y/o técnica de ELISA. El debut de la enfermedad hasta el diagnóstico fue muy variable, entre 1 mes y 10 años. Entre los posibles desencadenantes implicados encontramos el uso de gliptinas, un antecedente de una hipoestesia de la zona

genital por una intervención medular y una intervención quirúrgica urológica previa. Tres casos respondieron favorablemente al tratamiento con corticosteroides tópicos de alta potencia, y sólo uno requirió la administración de corticosteroides orales y doxiciclina para alcanzar la remisión clínica.

**Conclusiones:** El PAEL es una variante clínica muy poco frecuente de PAL, que, con tan solo 5 casos descritos en la literatura hasta el momento, suele tener una buena respuesta al tratamiento tópico. Añadimos 4 nuevos casos a los ya descritos en la literatura, siendo esta la serie más larga descrita hasta el momento.

## 9

## AFECTACIÓN OROFARÍNGEA EN PACIENTES CON PÉNFIGO VULGAR: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Daniel Virseda González(1), María Córdoba García-Rayó(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Luis Zamarró Díaz(1), Marina de la Puente Alonso(1) y Ricardo Suárez Fernández(2) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología y (2)Servicio de Dermatología y Venereología, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IIISGM). Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** La afectación orofaríngea en el pénfigo vulgar (PV) a menudo es infradiagnosticada debido a su difícil acceso por exploración física. En trabajos previos, parece que su presencia se asocia a peor pronóstico de la enfermedad. El objetivo de nuestro trabajo es realizar una descripción de los casos en nuestro centro y su posible valor pronóstico.

**Material y Métodos:** Se recogieron los pacientes con PV (de acuerdo a los criterios diagnósticos) en seguimiento actual o previo en la consulta monográfica de nuestro centro entre 2010 y 2023. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de malignidad activa.

De la muestra, se seleccionaron aquellos pacientes que presentaron afectación orofaríngea (definida como presencia de erosiones en o más allá de los pilares amigdalinos).

**Resultados:** Se recogieron 52 pacientes con PV, de los que 17 (32,7%) tuvieron afectación orofaríngea (13 mujeres y 4 varones). Todos ellos presentaban afectación de mucosa oral; 52,9% de la mucosa nasal; 41,2% de la genitourinaria. 12 sujetos presentaron afectación concomitante de piel. El PDAI medio en mucosa fue de 21,76 +/- 11,63, siendo en piel de 5,65 +/- 8,18. Once pacientes manifestaron odinofagia y siete de ellos disfagia. Seis pacientes fueron asintomáticos. Ocho pacientes (47,1%) precisaron ingreso, en su mayoría, por imposibilidad para la ingesta oral. Respecto al tratamiento, la media de la dosis máxima de prednisona requerida fue de 53,23 mg/día. Trece pacientes (76,5%) requirieron rituximab, siendo necesarios una media de 1,87 ciclos.

En comparación con los pacientes sin afectación orofaríngea, recogidos en el mismo periodo, la afectación orofaríngea se asoció con un PDAI medio en mucosas estadísticamente superior y un PDAI medio en piel menor. La afectación orofaríngea fue más frecuente en sujetos de sexo femenino, con afectación nasal y con afectación en hipofaringe y laringe, pero sin significación estadística. No hubo diferencias significativas en la proporción de ingresos. Los pacientes con afectación orofaríngea recibieron de media más ciclos de rituximab pero sin significación estadística.

**Conclusiones:** En pacientes con PV, la afectación orofaríngea es frecuente y parece asociarse a mayor afectación mucosa. Su implicación como valor predictivo de respuesta al tratamiento no está claro, siendo preciso estudios futuros de mayor tamaño muestral.

**JUEVES 23 de mayo**  
11:00 - 12:40 h.

**PSORIASIS Y ENFERMEDADES  
ERITEMATOESCAMOSAS**

**1 MODERADORES**

Esteban Daudén Tello, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Celia Horcajada Reales, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

**2 ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SECUENCIAL CON BIOLÓGICOS EN LA PSORIASIS EN PLACAS**

Rebeca Alcalá García(1), José Vicente Arcos Machancoses(2), Joaquín Borrás Blasco(3) y Rafael Botella Estrada(4) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Sagunto, Sagunto (Valencia) - España, (2)INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (3)Servicio de Farmacia. Hospital de Sagunto, Sagunto (Valencia) - España y (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España.

**Antecedentes:** Los informes de posicionamiento de los anti-IL23, por una cuestión de presumible eficiencia, restringen su uso al tratamiento de la psoriasis en placas moderada y grave en pacientes que no han respondido ni al tratamiento sistémico clásico ni a anti-TNF. No existen estudios de evaluación económica que comparen las diversas secuencias de tratamiento y que incluyan fármacos biosimilares (BS).

**Materiales y Métodos:** Se ha desarrollado un modelo de Markov que representa todas las secuencias de cuatro líneas de biológicos para la psoriasis. Los parámetros de transición entre líneas se estimaron a partir la persistencia de las terapias incluidas: ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, bimekizumab, brodalumab, guselkumab, risankizumab y los BS de adalimumab y ustekinumab. Los precios de venta del laboratorio (PVL) de 2023 sirvieron para el cálculo de los costes. Se asumió un descuento del 90% del PVL para el BS de adalimumab y de un 75% para el de ustekinumab. Se obtuvieron los años de vida ajustados por calidad (AVAC) a los 10 años. Para ello se tuvo en cuenta la respuesta PASI y se penalizó por abandonar la 1ª línea. El coste por respondedor se calculó como el cociente del coste capitativo acumulado y la proporción de pacientes que alcanzan la respuesta PASI 75, 90 y 100.

La coste-efectividad determinística de cada una de las secuencias se expresó en €/AVAC. Se seleccionó tanto la secuencia más eficiente como la óptima en AVAC.

Finalmente, tras 5.000 ensayos tipo Monte-Carlo, se obtuvo probabilísticamente la distribución de razones de coste-efectividad incremental (RCEI) entre ambas. El umbral de disposición a pagar (UDP) se estableció en 30.000 €/AVAC.

**Resultados:** La secuencia UST(BS)-ADA(BS)-BIM-BRO fue las más coste-efectiva, con 5.960 €/AVAC a los 10 años, gracias a ser la de menor coste acumulado (52646 €/paciente). El menor coste por respondedor en €/PASI 90 y en €/PASI 100 fue UST(BS)-ADA(BS)-GUS-RIS. La secuencia RIS-BRO-GUS-IXE, con 11.981 €/AVAC, fue la que arrojó una mayor calidad de vida: 9,3 AVAC. La RCEI entre la opción más eficaz y la más eficiente fue de mediana 99.048 €/AVAC (rango intercuartílico 82.405 a 12.0779 €/AVAC) y en ningún ensayo se superó el UDP.

**Conclusiones:** A pesar de que los anti-IL17 e IL23 son muy eficaces, la estrategia inicial de tratamiento más eficiente es usar los BS de ustekinumab y adalimumab como 1ª y 2ª línea.

**3 MODIFICACIÓN DE LOS MARCADORES INDIRECTOS DE NETOSIS EN PACIENTES CON PSORIASIS. ESTUDIO PROSPECTIVO**

Jorge Arroyo Andrés(1), Julia Montero Menárguez(1), Jon Fulgencio Barbarin(1), Ana Moraga Yebenes(2), Blanca Díaz-Benito(2), Ignacio Lizasoain Hernández(2), Pablo Luis Ortiz Romero(1) y Raquel Rivera Díaz(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Unidad de Investigación del Grupo de Enfermedades Neurovasculares. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

Las NETs (trampas extracelulares de neutrófilos) son fibras similares a una red formadas por ADN y proteínas granulares liberadas por los neutrófilos. Previamente hemos demostrado la asociación con la gravedad de la psoriasis, el riesgo cardiovascular en pacientes leves y la presencia de artritis.

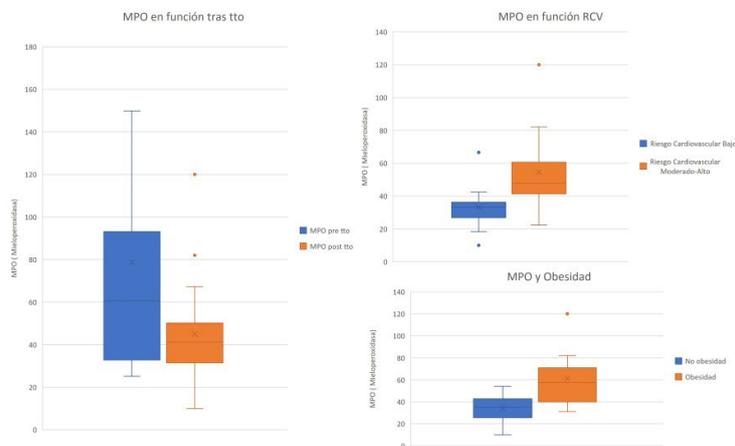
**Objetivo:** estudiar la variación de marcadores indirectos de NETs tras instaurar un tratamiento sistémico.

**Material:** Presentamos un estudio observacional, prospectivo de 20 pacientes tras la instauración de tratamiento sistémico. Sobre las muestras de sangre periférica se cuantificó el nivel Mieloperoxidasa en el momento basal y tras alcanzar un PASI <3. Se estudió la posible relación de MPO como predictor de respuesta a tratamiento, con la obtención de un PASI 0, y con otros factores relacionados con la inflamación crónica como la obesidad y el riesgo cardiovascular.

**Resultados:** Incluimos a 20 pacientes con una edad media de 46.95 años, el 60% varones. 40 % de los pacientes eran obesos, y el 55% tenían un riesgo cardiovascular moderado o alto. El PASI basal medio era 16.01. El 85% recibió algún tratamiento biológico. La segunda muestra en sangre se recoge en los pacientes cuando se encuentran con un PASI<3. PASI medio postratamiento de 0.93. El tiempo medio de seguimiento tras la respuesta fue de 17,6 meses.

El nivel de MPO medio disminuyó desde 78.69, hasta 44.97(p=0.044). No hubo diferencias en la disminución de MPO en los distintos grupos de tratamiento. Los niveles de MPO no disminuyeron de forma homogénea en todos los pacientes, a pesar de que todos los pacientes tenían la psoriasis controlada, siendo superiores en aquellos pacientes obesos 61.31 vs 34.07) (p=0.031), y en pacientes con RCV moderado-alto 54.54 vs 33.27 ( P =0.028).

**Conclusiones:** Los niveles indirectos de NETs medidos a través de MPO disminuyen de forma significativa una vez hemos controlado la psoriasis con tratamiento sistémico. Sin embargo, los niveles se mantienen elevados de forma significativa en aquellos pacientes con otras comorbilidades que han demostrado la existencia de una inflamación crónica subyacente como la obesidad y el riesgo cardiovascular. Al menos en el corto plazo el tratamiento sistémico de la psoriasis no modifica esos factores.



Modificación de Mieloperoxidasa (MPO) antes y después de tratamiento sistémico.

**4 ESTUDIO DE POLIMORFISMOS COMO BIOMARCADORES DE RESPUESTA A BRODALUMAB**

Beatriz Butrón Bris(1), Mar Llamas-Velasco(1), Aurora Fernández Galván(1), Ester Muñoz Aceituno(1), Susana Armesto Alonso(2), Antonio Sauquillo-Torrallba(3), Ricardo Ruiz Villaverde(4), Alberto Romero Maté(5), Luis Gastón-Roustan(6), Pablo de la Cueva(7), Eva Villarrasa-Rull(8), María Carmen Ovejero Benito(1), Carmen Palomar-Moreno(9), Marcos Navares(10), Francisco Abad-Santos(10), Hortensia de la Fuente(11) y Esteban Daudén(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (2)Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (3)Dermatología. Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (4)Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España, (5)Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España, (6)Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (7)Dermatología. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España, (8)Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (9)Unidad de Biología Molecular. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (10)Farmacología clínica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España y (11)Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** Brodalumab es un anticuerpo monoclonal inhibidor de la IL-17RA, aprobado para la psoriasis en placas moderada a severa. Actualmente son escasos los estudios sobre el posible uso de polimorfismos para predecir la respuesta a este fármaco. El objetivo del estudio fue determinar si existe una asociación entre polimorfismos y la respuesta a brodalumab a los 6 y 12 meses de tratamiento en práctica clínica real.

**Métodos:** Estudio multicéntrico nacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de psoriasis en placa tratados con brodalumab durante al menos 24 semanas. La respuesta al tratamiento se evaluó a los 6 y 12 meses mediante PASI absoluto  $\leq 3$ ,  $\leq 2$  y  $\leq 1$ . Se genotiparon 180 polimorfismos de genes asociados a la inmunopatogenia de la psoriasis. En el análisis estadístico se utilizó el método de arrastre de la última observación. Se realizó un análisis multivariante en el que se incluyeron los polimorfismos y las variables clínico-demográficas con un valor de False Discovery Rate  $\leq 0.25$ .

**Resultados:** Se incluyeron 119 pacientes (52% varones, media de edad  $51,1 \pm 13$  años, media de peso  $84,5 \pm 20,4$  kg). El 22% de los pacientes eran naïve para tratamiento biológico y el 24% presentaban artritis psoriásica. Después de 6 meses de tratamiento el 87% alcanzaron un PASI d3, 76% PASI d2 y el 68% PASI d1. A los 12 meses, el 87% alcanzó un PASI d3, el 77% un PASI d2 y el 62% un PASI d1.

Para el análisis de asociación se excluyeron 5 pacientes por errores en el genotipado. El uso previo de biológicos, el diagnóstico de artritis psoriásica y el peso de los pacientes se asoció de forma significativa con la respuesta a brodalumab. El análisis univariante no detectó asociación entre ningún polimorfismo y alcanzar un PASI d1 (super-respondedores) a los 6 meses. El análisis de asociación a los 12 meses reveló que los polimorfismos rs495337 (SPATA), rs6311 (HTR2A) y rs4085613 (LCE3D) se asocian con alcanzar un PASI  $\leq 1$  independientemente del uso previo de biológicos, artritis psoriásica o el peso. El área bajo la curva de este modelo fue de 0,83 (95% IC: 0.75-0.91), sensibilidad de 0,69 y especificidad de 0,91.

**Conclusiones:** En este estudio se identifican una serie de polimorfismos asociados con la respuesta a brodalumab que podrían predecir la potencial respuesta/no respuesta a este fármaco en pacientes con psoriasis en placas.

**5 EXPERIENCIAS CON ROFLUMILAST ORAL EN PSORIASIS LEVE-MODERADA: UNA SERIE DE CASOS**

José María Camino Salvador(1), Jaime Martínez Mariscal(1), Alicia Martínez Fernández(1), Isabel Zapata Martínez(1), Iván Checa Recio(1), Clara Chiloeches Fernández(1), Consuelo Sánchez Herreros(1), Patricia González Muñoz(1), Adriana Martín Fuentes(1) y Esther de Eusebio Murillo(1) de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España.

**Antecedentes:** Roflumilast, inhibidor de fosfodiesterasa-4, reduce IL-17A, IL-23 y factores quimiotácticos en psoriasis. FDA aprobó su uso en crema (2022). Existe evidencia limitada sobre el uso de roflumilast oral en práctica clínica.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes con psoriasis tratados con roflumilast oral. Se recopilaron datos clínicos y se evaluaron cambios con PASI y PGA. Consentimiento otorgado por pacientes.

**Resultados:** Incluidos 11 pacientes (63% mujeres, edad media  $56 \pm 9$  años). Durante seguimiento, 63,6% discontinuaron tratamiento por falta de respuesta (27%) o efectos adversos (36%). Efectos adversos comunes: cefalea (27%), diarrea (18%). Duración media del tratamiento: 6 meses. Supervivencia global a los 6 y 9 meses: 63,6% y 45,4%, respectivamente. 27% alcanzaron reducción del 75% en PASI a las 26 semanas, y 54,5% reducción de al menos 1 punto en PGA.

**Conclusiones:** Aunque roflumilast oral puede ser efectivo en psoriasis, efectos adversos pueden limitar su utilidad clínica. Se necesitan estudios más robustos para evaluar su eficacia y tolerancia.

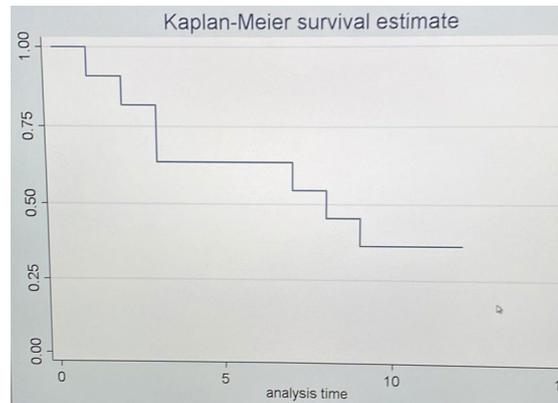


Figura 1. Curva de Kaplan Meier de la supervivencia global de roflumilast oral en la serie (tiempo en meses).

## 6

## ESTUDIO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE INHIBIDORES DE INTERLEUCINA 23 EN PACIENTES CON PSORIASIS

Diego de la Vega Ruiz(1), Diana Patricia Ruiz Genao(1), Román Miñano Medrano(1), José Gregorio Álvarez Fernández(1), Miguel Vela Ganuza(1), Mildred Sánchez Díaz(1), Yolanda Pérez Serna(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El espaciado de dosis en fármacos biológicos en psoriasis no está recogido en su ficha técnica. Sin embargo, es una estrategia empleada a menudo en nuestra práctica clínica diaria.

El objetivo primario de nuestro estudio es describir las características basales y de enfermedad de pacientes con psoriasis bajo tratamiento con inhibidores de IL-23 optimizados y no optimizados. Entre los objetivos secundarios se encontrarían: conocer la metodología / estrategia de optimización empleada, intentar determinar posibles factores predictores de éxito en la optimización de dosis y evaluar la eficacia y seguridad de las estrategias utilizadas.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico que incluía a todos aquellos pacientes con psoriasis en tratamiento con inhibidores de IL-23. Entre los criterios de exclusión se incluían: pacientes que habían interrumpido el biológico en cuestión, pacientes a los que se les había perdido seguimiento, pacientes con artritis psoriásica y haber empleado fármacos inmunosupresores clásicos concomitantes.

**Resultados:** No se encontraron diferencias entre ambos grupos (espaciados y no espaciados) en cuanto a las características basales ni comorbilidades asociadas. En cuanto a características de la enfermedad, no se encontraron diferencias en cuanto al Índice de la Severidad del Área de Psoriasis (PASI) basal, ser "naïve" a biológicos o número de biológicos previos.

Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de evolución de psoriasis, el tiempo bajo tratamiento con el biológico en cuestión y el porcentaje de super-respondedores entre ambos grupos, siendo mayor en las 3 variables en los optimizados. En cuanto al fármaco utilizado, dentro de los espaciados, risankizumab se empleó en un 60% de ellos, siendo este dato estadísticamente significativo. El tiempo medio desde inicio del biológico al inicio de espaciamiento fue de 12 meses, el PASI máximo pre-espaciamiento fue de 1,2 y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el PASI pre y post espaciamiento.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de casos de pacientes con psoriasis bajo tratamiento con anti IL-23 optimizados y no optimizados que aporta datos para estudios multicéntricos, con mayor cantidad de pacientes, que permitan arrojar datos de mayor calidad y a largo plazo.

## 7

## PSORIASIS PALPEBRAL PEDIÁTRICA: SIGNO PSOPAPE

Ángel Fernández Camporro(1), Eloy Rodríguez Díaz(1), Valia Beteta Gorriti(1), Paula Penanes Alonso(1), Elias Alejandro Albarrán Coria(1), Teresa González de las Heras(1) y Lucía Palacio Aller(1) de (1)Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España.

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica frecuente, que afecta a un 0,4 – 11,4% de los adultos y a un 0 – 1,4% de los niños. Así como en el adulto la afectación de la cara es relativamente infrecuente, en los niños ocurre lo contrario, y se estima que en un 4-5% de los casos pediátricos la presentación de la psoriasis es exclusivamente facial, con predilección por la región orbitaria.

En los últimos años hemos observado varios casos pediátricos de una singular y hasta ahora poco reconocida presentación clínica de la psoriasis que, aislada habitualmente o asociada a otras manifestaciones, consiste en placas eritemato-descamativas de bordes muy netos en el canto interno de los párpados (especialmente los superiores) de forma uni o bilateral. La morfología puede ser bien la de una placa lenticular aislada en zona interna del párpado superior, o bien la de una lesión arciforme o "en herradura", con concavidad hacia el ojo.

Varios de estos pacientes presentaron además (o desarrollaron más tarde) una forma clínica más extensa de psoriasis. Con intención mnemotécnica hemos llamado a esta forma de presentación de la enfermedad signo "Psopape" (acrónimo de psoriasis palpebral pediátrica). Presentamos 8 casos clínicos que a lo largo de su seguimiento presentaron este signo.

La afectación unilateral o bilateral del canto interno palpebral en los niños (signo Psopape) puede ser en ocasiones la primera manifestación de la psoriasis en la edad pediátrica. Varios autores han propuesto previamente que la psoriasis facial es un posible marcador de gravedad de la enfermedad y de resistencia a los tratamientos. Por ello, conocer esta particular manifestación clínica de la psoriasis, en ocasiones muy sutil, puede resultar de gran interés al dermatólogo para plantearse este diagnóstico clínico y un seguimiento oportuno.

## 8 INFLAMACIÓN RESIDUAL EN PACIENTES CON PSORIASIS BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Alba Lecumberrí Indart(1), Emilio Berna Rico(1), Carlota Abbad-Jaime de Aragón(1), Fernando Neria Serrano(1), Diana Monge Martín(1), María Asunción Ballester Martínez(1), Cristina Pindado Ortega(1), Pedro Jaén Olasolo(1) y Álvaro González Cantero(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La inflamación sistémica crónica se ha implicado como causa de diferentes enfermedades, como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y el hígado graso no alcohólico; que colectivamente representan las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial. Controlar la inflamación se ha vuelto, por tanto, un reto en la medicina contemporánea. Dicha inflamación puede ser identificada por una proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP)  $\geq 2$  mg/L. El concepto de riesgo inflamatorio residual se introdujo para describir a los pacientes con alto riesgo ateroesclerótico que a pesar de estar en tratamiento con estatinas, presentaban hs-CRP  $\geq 2$  mg/L, presentando un aumento de mortalidad por todas las causas.

En cardiología han utilizado fármacos antiinflamatorios con el objetivo de disminuir el riesgo cardiovascular, con resultados prometedores. Hasta la fecha, ningún estudio ha evaluado el riesgo inflamatorio residual en pacientes con psoriasis, siendo el objetivo principal del presente estudio.

**Métodos:** Se definió la inflamación residual como la presencia de hs-CRP  $\geq 2$  mg/L a pesar de un PASI (Psoriasis Area and Severity Index)  $\leq 2$  tras un año de tratamiento biológico para la psoriasis. Se incluyeron pacientes candidatos a tratamiento biológico para la psoriasis desde enero de 2020 hasta mayo de 2023, atendidos en un hospital terciario de Madrid. Se tomaron datos clínicos y analíticos tanto al comienzo como al año del tratamiento. Se compararon las características de los pacientes en función de si presentaban inflamación residual al año o no.

**Resultados:** En total se incluyeron 71 pacientes. Treinta de ellos presentaron inflamación residual al año. Como características diferenciales, presentaban significativamente un mayor IMC (índice de masa corporal) y mayor prevalencia de esteatosis hepática. Aquellos pacientes tratados con fármacos anti-TNF  $\alpha$  (tumor necrosis factor  $\alpha$ ) presentaron menor prevalencia de inflamación residual.

**Conclusiones:** Existe un porcentaje relevante de pacientes con psoriasis que presentan inflamación residual a pesar de estar en tratamiento biológico con una respuesta cutánea adecuada. Dichos pacientes presentan un mayor IMC y mayor presencia de esteatosis hepática, resaltando la importancia de identificar a dichos pacientes para poder establecer las medidas preventivas adecuadas.

**Tabla:** Diferencias en las características basales de los pacientes sin y con inflamación residual

	Sin inflamación residual (n=41)	Con inflamación residual (n=30)	p valor
Edad, años	49,2	46,5	0,135
Hombres, n (%)	33 (80,5)	21 (70,0)	0,306
Diabetes, n (%)	1 (2,4)	2 (6,7)	0,570
IMC, kg/m <sup>2</sup>	28,4	32,4	0,009
Síndrome metabólico, n (%)	13	13	0,353
Colesterol total, mg/dl	204,7	196,4	0,281
Colesterol LDL, mg/dl	130,5	123,9	0,336
Colesterol HDL, mg/dl	48,0	45,5	0,093
Índice de esteatosis hepática (HSI)	37,9	43,8	0,001
PASI	9,5	7,0	0,221
Artritis psoriásica, n (%)	8 (19,5)	5 (16,7)	0,759
Familia de biológico, n (%)			0,003

	Sin inflamación residual (n=41)	Con inflamación residual (n=30)	p valor
anti-TNF	27 (65,9)	8 (26,7)	
anti-IL17	9 (22,0)	11 (36,7)	
anti-IL12/23	5 (12,2)	11 (36,7)	

IMC (índice de masa corporal), LDL (low density lipoprotein), HDL (high density lipoprotein), PASI (Psoriasis Area and Severity Index), TNF (tumor necrosis factor)

9

## ACTUALIZACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON ROFLUMILAST ORAL EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS

Carolina Manzanos Yustas(1), María Dolores Mendoza Cembranos(1), Jaime García Sanz(1), Miguel Recio Monescillo(1), Belén Ruffin Vicente(1), Susana Pedreira Massa(1), María Jesús García Valencia(1), Marta Monedero García(1), María del Carmen Fariña Sabaris(1), Inmaculada Alcaraz León(1) y Rubén García Castro(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

**Antecedentes:** Los inhibidores de la fosfodiesterasa, concretamente apremilast, se han utilizado para el tratamiento de la psoriasis. De la misma familia, contamos con roflumilast oral, un fármaco ya empleado para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Entre las ventajas de este fármaco es que presenta un bajo coste, se administra vía oral, tiene un perfil de seguridad adecuado, con pocas contraindicaciones y no necesita monitorización analítica durante el tratamiento. A nivel tópico, roflumilast se encuentra ya aprobado para el tratamiento de la psoriasis.

Roflumilast oral podría tratarse de una alternativa para aquellos pacientes que no son candidatos a otros tratamientos sistémicos como son el metotrexato o la ciclosporina.

Proponemos un estudio descriptivo en que se evalúe la eficacia, seguridad y tolerancia de roflumilast oral en monoterapia en psoriasis.

**Métodos:** El objetivo del estudio es evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia de roflumilast oral en monoterapia en psoriasis. Se ha seleccionado una muestra de pacientes (N=30) que acuden al Hospital Fundación Jiménez Díaz. Se debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: edad mayor o igual a 18 años, diagnóstico clínico de psoriasis en cualquiera de sus formas, un periodo de lavado de 14 días de tratamiento tópico, un periodo de lavado de 28 días de tratamiento sistémico y la firma del consentimiento informado.

**Resultados:** Como resultados, se obtuvo una reducción del PASI del 64,64% en la muestra, así como una reducción de la superficie corporal afecta del 47,33%, una reducción de prurito del 53,50% y una reducción del DLQI del 65,93%. En nuestra muestra, un 70,83% de los pacientes alcanzaron un PASI50, un 40,48% alcanzaron un PASI75 y un 27,27% alcanzaron un PASI90.

Durante el periodo de seguimiento se reportaron síntomas gastrointestinales, insomnio y pérdida de peso como los efectos adversos más frecuentes. En el 64,71% de los casos, los efectos adversos a nivel gastrointestinal desaparecieron al final del seguimiento.

**Conclusiones:** Roflumilast oral parece una buena alternativa para el tratamiento sistémico de la psoriasis. Presenta una serie de ventajas con respecto a otros fármacos sistémicos como son el bajo coste, las escasas interacciones farmacológicas y los escasos efectos secundarios. Además de que existe la posibilidad de aplicación en otras enfermedades aparte de la psoriasis.

10

## CÁLCULO DE PASI MEDIANTE IMAGEN CORPORAL TOTAL 3D: ESTUDIO PRELIMINAR EN PRÁCTICA CLÍNICA

Josep Riera-Monroig(1), Laura Serra García(1), Alba Català Gonzalo(1), Miriam Sidro Sarto(1), Silvia Riera(1), Abel Caño(1) y Josep Malvehy Guilera(2) de (1)Hospital Clínic, Barcelona - España y (2)Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Puig i Sunyer (IDIBAPS), CIBERER, Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El Psoriasis Area and Severity Index (PASI) es la escala más utilizada en el cálculo de la gravedad de la psoriasis en placas. A pesar de su amplio uso en ensayos clínicos y en práctica clínica real, existe una variabilidad inter e intra-observador ya descrita previamente en varios trabajos. Son escasos los estudios en los que se ha comparado el cálculo estandarizado de PASI y BSA automatizado en comparación con la valoración por un dermatólogo y han utilizado sistemas 2D para su valoración. El objetivo del presente trabajo es comparar el cálculo de PASI y BSA mediante imagen corporal 3D.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, unicéntrico y no intervencionista. Se recogieron pacientes con psoriasis en placas moderada-grave candidatos a iniciar tratamiento sistémico.

Se realizó una toma de imágenes mediante VectraWB360 (Canfield) y se realizó una posterior reconstrucción corporal 3D. Se calculó el PASI y superficie corporal afecta con la imagen de reconstrucción corporal 3D y se compararon dichas medidas de gravedad con las calculadas en la visita correspondiente.

**Resultados:** Entre octubre de 2022 y enero de 2024 se incluyeron 27 pacientes con psoriasis en placas moderada-grave. Sólo se incluyó en el cálculo del PASI la cabeza y cuello en el caso de 11 pacientes en los que el pelo no interfería en dicha medida.

El PASI medio y el BSA medio en curso clínico fueron de  $14,2 \pm 4,5$  y  $20,1 \pm 9,7$ , mientras que en el cálculo basado en la reconstrucción 3D fueron de  $10,8 \pm 5,1$  y  $19,3 \pm 4,7$ , respectivamente. La diferencia entre el PASI curso clínico y el PASI medido a posteriori tras la reconstrucción 3D fue de  $3,35 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ), y para el BSA de  $1,9 \pm 7,6$  ( $p = 0,264$ ). El índice de correlación intraclase fue de 0,81.

**Conclusiones:** Existen diferencias entre el PASI calculado mediante reconstrucción en imagen corporal y el calculado en práctica clínica, diferencia no observada en la superficie corporal afectada.

El índice de correlación intraclase fue de 0,81. Entre las limitaciones se encuentra el PASI en pacientes con psoriasis moderada-grave, no incluidos globalmente pacientes con psoriasis leve, la no posibilidad de cálculo de cuero cabelludo ni plantar a través de la reconstrucción de imagen 3D, así como la posible diferencia en la valoración del eritema. Este estudio preliminar puede servir para sentar las bases para un sistema de cálculo automatizado que reduzca la variabilidad inter e intraobservador en el cálculo del PASI.

11

#### MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PSORIASIS Y RELACIÓN CON LA CARGA INFLAMATORIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

Luca Schneller-Pavelescu Apetrei(1), María José Sánchez Pujol(2), Carlos Mora Martínez(3), Yolanda Sanz Herranz(3), Esther Caparrós Cayuela(4), Rubén Francés Guarinos(4), José Manuel Ramos Rincón(4) y Isabel Belinchón Romero(5) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante) - España, (2) Servicio de Dermatología. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa (Alicante) - España, (3)Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos (IATA), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Valencia - España, (4)Departamento Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández, Alicante - España y (5)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.

**Antecedentes y objetivos:** La relación entre cambios en composición de la microbiota intestinal (disbiosis) y enfermedades inflamatorias es conocida, aunque mal caracterizada en la psoriasis.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de casos y controles. Se incluyeron 36 pacientes con psoriasis y 23 controles. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, muestras de heces para determinar la composición de microbiota en géneros o especies medidas como Amplicon Sequence Variants (ASV), así como muestras de sangre para determinar interleucinas (IL) inflamatorias (IFN $\gamma$ , IL17, IL22, IL23, IL31, IL33, IL36, TGF, TNF).

**Resultados:** No se encontraron diferencias en diversidad alfa, que mide la abundancia de ASV en una muestra biológica, ni en diversidad beta, que mide cómo de diferentes son las ASV de la microbiota de diversas muestras.

En cuanto a las abundancias absolutas, sólo se encontraron diferencias en el phylum Synergisota, menos representado en muestras de pacientes con psoriasis.

El análisis de abundancia diferencial, realizado por PERMANOVA, encontró abundancia mayor de *Subdoligranulum* sp., *Lactobacillus* sp. y *Bacteroides plebeius* y menor de *Senegalimassilia anaerobia* y *Ruminococcus* sp. en pacientes con psoriasis.

Tras controlar los factores confusores, mediante el modelo DESeq2, únicamente *Subdoligranulum* sp. mantenía significancia estadística tras ajustar por edad, género, IMC y tabaquismo.

Se encontraron niveles superiores de todas las IL en los pacientes con psoriasis, viendo que las ASV relacionadas positivamente con las IL son más abundantes en pacientes con psoriasis y las ASV relacionadas negativamente con las IL son menos abundantes.

**Conclusiones:** La abundancia y composición de la microbiota intestinal en pacientes con psoriasis difiere de pacientes sanos. Parece haber relación entre los géneros y especies de la microbiota intestinal y las IL inflamatorias. La psoriasis justificaría el 1,9% de las variaciones de microbiota intestinal en el estudio.

**JUEVES 23 de mayo**  
**11:00 - 12:40 h.**

## REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO DE GEIDAC

### 1 MODERADORES

José Carlos Armario Hita, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz

Pedro Mercader García, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

### 2

#### DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FLORETINA EN UN COSMÉTICO DE LUJO EN UNA MUJER CON DERMATITIS ATÓPICA

María Elena Gatica(1), María Cotarelo Hernández(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Natalia Aranda Sánchez(1), Cristina Pérez Hortet(1) y M<sup>a</sup> Antonia Pastor Nieto(2) de (1)Dermatología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España y (2)Dermatología. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

Una mujer de 35 años con dermatitis atópica y asma, consultó por brotes de reacciones eczematosas pruriginosas faciales y cervicales de 5 meses de evolución. Afectaban predominantemente a párpados y labios. Requirió atención médica en urgencias y tratamiento con corticoides intramusculares en seis ocasiones diferentes. Además, recibió corticoides orales durante dos meses. Se realizaron pruebas epicutáneas (PE) con la batería estándar del GEIDAC y productos propios siendo positivo el alérgeno tiomersal con relevancia desconocida y un "serum antioxidante" de lujo con relevancia actual. Tras suspender su uso, las lesiones eczematosas se resolvieron a lo largo de varias semanas. Posteriormente, se realizaron PE con nueve ingredientes del serum, siendo positivas para floretina 2% 50 aqua/ 50 alcohol: ?+ en el día (D) D2; y, ++ en D4 y D7. Veinte controles con la misma preparación de floretina fueron negativos.

La floretina (INCI) (número CAS 60-82-2), es un flavonoide con múltiples grupos hidroxilo fenólicos que se encuentra naturalmente en el manzano y otras plantas. Se utiliza en productos cosméticos por sus propiedades antioxidantes y antisebáceas. Las aplicaciones de la floretina se han investigado in vitro y en estudios preclínicos para varias afecciones dermatológicas, como el fotoenvejecimiento, la hiperpigmentación, el acné y el melanoma.

Con respecto al eczema, se ha publicado que la floretina reduce el engrosamiento epidérmico, así como los niveles séricos de citoquinas proinflamatorias, incluidas la interleucina (IL)-6, IL-4, la linfopoyetina del estroma tímico (TSLP), el interferón- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) y la IL-17A en un modelo murino de dermatitis alérgica de contacto (DAC) inducida por dinitroclorobenceno. Se le ha atribuido un potencial terapéutico para la dermatitis atópica.

Se presenta el primer caso de DAC causada por floretina. La falsa creencia generalizada de que los productos derivados de plantas son inofensivos, así como el retraso en la aparición de las reacciones, pueden haber contribuido al hecho de que el paciente no fuera consciente del serum como el culpable de las reacciones.

Destacamos el riesgo de sensibilización y DAC causado por sustancias de origen vegetal en cosmética. Las fórmulas más sencillas con pocos ingredientes son más adecuadas para pacientes más vulnerables con una función cutánea de barrera previamente alterada, como en la atopía.

### 3

#### ROFLUMILAST VÍA ORAL EN EL TRATAMIENTO DEL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS

Sofía Gómez Martínez(1), Victoria Amat-Samaranch(1), José Manuel Mascaró Galy(1) y Constanza Riquelme Mc Loughlin(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes:** El eccema crónico de manos (ECM) es una dermatosis frecuente con un impacto significativo en la calidad de vida. Roflumilast es un inhibidor selectivo de la enzima fosfodiesterasa-4 (PDE4) aprobado en formato oral para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave asociada a bronquitis crónica. Su mecanismo de acción incrementa los niveles intracelulares de monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) al interferir con su degradación. Esto tiene como consecuencia la inhibición de la quimiotaxis, reducción de la infiltración inflamatoria y de la liberación de mediadores inflamatorios y citotóxicos. Fuera de ficha técnica, roflumilast vía oral está siendo estudiado en dos ensayos clínicos, un fase IIa (NCT04378569) y un fase IV (NCT05682859) para evaluar su eficacia en el ECM.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de ECM tratados con roflumilast vía oral. Los pacientes otorgaron consentimiento para su uso fuera de ficha técnica. El tratamiento se administró en monoterapia y con dosis iniciales de 250 microgramos (ug) al día. El aumento de dosis a 500 mg/día se valoró al mes acorde a la respuesta terapéutica y tolerancia.

**Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes con ECM de predominio mujeres (83%) con una edad media de 54+-14 años. Todos habían recibido tratamiento tópico y sistémico previo, siendo los más frecuentes ciclosporina (n=4; 66%) y metotrexate (n=3; 50%). Tras 1 mes de tratamiento, la dosis se mantuvo en 250ug/24h (n=3; 43%) o se redujo a 250ug/48h (n=1; 14%) debido a efectos adversos o por alcanzar la respuesta clínica deseada. En un 43% (n=3) se incrementó la dosis a 500ug/24h. El 83% experimentó efectos adversos (n=5), principalmente gastrointestinales (n=5; 83%), seguidos de insomnio (n=4, 67%) y pérdida de peso (n=2; 33%). No se reportaron efectos adversos graves. Dos pacientes (33%) suspendieron el tratamiento por falta de respuesta tras recibirlo durante un promedio de 2,4+-0,78 meses. Actualmente el 67% (n=4) mantiene una respuesta favorable con dosis de 250ug/24h tras un seguimiento promedio de 9,3+-2,8 meses.

**Conclusiones:** Roflumilast podría ser una alternativa terapéutica para el tratamiento del eccema crónico de manos refractario a tratamientos convencionales. Se necesitan más estudios para poder valorar su eficacia y tolerancia a largo plazo.

**Tabla 1:** Características clínicas de la cohorte, respuesta a roflumilast y efectos adversos.

Num. caso	Sexo	Edad (años)	Comorbilidades	Duración ECM (años)	Tratamientos previos	HECSI basal	HECSI tras 3 meses roflumilast	Efectos adversos	Suspensión de tratamiento (Sí/No) y razón
1	Mujer	31	DCA, Asma	5	Corticoides tópicos, CsA, MTX, Fototerapia			Náuseas	No
2	Mujer	60	DCA, alergias alimentarias	3	Corticoides tópicos, fototerapia		35	Náuseas e insomnio	No
3	Mujer	46	Dermatitis atópica, obesidad	4	Corticoides tópicos y sistémicos, CsA, MTX, adalimumab	124	31	Pérdida de peso, diarrea e insomnio	Sí, por falta de eficacia
4	Mujer	66	Dislipemia, hipertensión arterial	15	Corticoides tópicos, CsA, acitretino, fototerapia, secukinumab	106	51	Diarrea, mareo e insomnio	No
5	Mujer	66	Depresión	3	Corticoides tópicos, CsA	12	16	Pérdida de peso, diarrea e insomnio	No
6	Varón	52	Obesidad	2	Corticoides tópicos			Ninguno	Sí, por falta de eficacia

DCA: dermatitis de contacto alérgica, ECM: eccema crónico de manos, CsA: ciclosporina A, MTX: metotrexato, HECSI: hand eczema severity index.

**4 EFICACIA Y SEGURIDAD DE AMLITELIMAB (ANTICUERPO ANTI-OX40L) EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE: RESULTADOS DEL ENSAYO FASE 2B (STREAM-AD) A SEMANA 24**

José Luis Moreno Amador(1), Stephan Weidinger(2), Andrew Blauvelt(3), Kim A. Papp(4), Adam Reich(5), Lee Chih-Hung(6), Margitta Worm(7), Charles Lynde(8), Yoko Kataoka(9), Peter Foley(10), Christine Weber(11), Wanling Wong(12), Natalie Rynkiewicz(13), Karl Yen(14), John T. O'malley(15) y Charlotte Bernigaud(11) de (1)Department of Immunology, Sanofi, Barcelona - España, (2)Center for Inflammatory Skin Diseases, Department of Dermatology, Venereology and Allergology, University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania, (3)Oregon Medical Research Center, Portland (Oregon) - Estados Unidos, (4)University of Toronto, Toronto (Ontario) - Canadá, (5)University of Rzeszow, Rzeszow - Polonia, (6)Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung (Kao-hsiung) - Taiwan, (7)University Medical Center Berlin, Berlin - Alemania, (8)University of Toronto, Markham (Ontario) - Canadá, (9)Osaka Habikino Medical Center, Habikino (Osaka) - Japón, (10)Skin Health Institute, Carlton (Victoria) - Australia, (11)Sanofi, Paris (Ile-de-France) - Francia, (12)Sanofi, Bridgewater (New Jersey) - Estados Unidos, (13)Sanofi, Cambridge (Cambridgeshire) - Reino Unido, (14)Sanofi, Rotkreuz (Zug) - Suiza y (15)Sanofi, Cambridge (Massachusetts) - Estados Unidos.

**Introducción y Objetivos:** La respuesta inmune persistente que impulsa la fisiopatología de la dermatitis atópica (DA) puede abordarse mediante la inhibición del ligando OX40 (OX40L) expresado en células presentadoras de antígenos. Amlitelimab (SAR445229; KY1005) es un anticuerpo monoclonal anti-OX40L totalmente humano, no depletor. Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de amlitelimab a 24 semanas de un ensayo de rango de dosis fase 2b en curso (Parte 1), con parte 2 aun ciega

**Materiales y Métodos:** Study Testing Response Effect of KY1005 Against Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis (STREAM-AD; NCT05131477) es un ensayo fase 2b, doble ciego, controlado con placebo (PBO) de 52 semanas de duración. El período de tratamiento es de 24 semanas (Parte 1) con nueva aleatorización para bien continuar tratamiento hasta semana 52 o retirarlo (Parte 2), siempre con seguimiento hasta semana 68. Adultos (18 a <75 años; n=390) con DA moderada-grave fueron asignados aleatoriamente 1:1:1:1 a amlitelimab subcutáneo cada 4 semanas (q4w) (250 mg con dosis de carga (LD) de 500 mg, n=77; 250 mg sin LD, n=78; 125 mg sin LD, n=77; o 62.5 mg sin LD, n=79) o PBO q4w (n=79).

Los objetivos primarios y secundarios fueron: porcentaje de cambio en las escalas Eczema Area and Severity Index (EASI); porcentaje de pacientes que alcanzó EASI-75; respuesta de 0/1 con reducción de ≥2 puntos vs basal de escala Investigator Global Assessment (IGA); reducción promedio semanal de ≥4 puntos vs basal de escala Peak Pruritus Numerical Rating Scale (PP-NRS)

**Resultados:** Amlitelimab demostró mejoría estadísticamente significativa en el porcentaje de cambio de EASI a semana 16 en todas las dosis vs PBO. El grupo de 250 mg con LD tuvo la mejor respuesta a semana 16 (-32.1%, IC 95%: -43.9, -20.3; P<0.0001), con respuestas similares en el resto de grupos: 250 mg (-27.3, P<0.0001), 125 mg (-22.2, P=0.0002) y 62.5 mg (-30.2, P<0.0001). La proporción de pacientes que alcanzaron IGA 0/1 a semana 24 fue del 45,5 %, 33,3 %, 40,3%, 29,1 % y 11,4 % para las dosis de 250 mg con LD, 250 mg, 125 mg, 62,5 mg y PBO (q4w), respectivamente. Amlitelimab fue bien tolerado en todos los grupos, sin problemas de seguridad

**Conclusión:** Amlitelimab demostró una eficacia clínicamente significativa durante 24 semanas con un perfil de seguridad aceptable en todos los grupos de estudio en adultos con DA moderada-grave

5

RELEVANCIA DEL TEST DE ACTIVACIÓN DE BASÓFILOS EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA E INDUCIBLE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN 274 PACIENTES

David Pesqué(1), Evelyn Andrades(1), Paloma Torres-Bosó(1), Dulce Soto(2), Ramón Gimeno(2), Ramón M. Pujol(1), José Yélamos(2) y Ana M. Giménez Arnau(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Inmunología. Hospital del Mar, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El test de activación de basófilos (TAB) es uno de los tres pilares que define la urticaria crónica espontánea de tipo autoinmune. El uso del TAB en pacientes con urticaria crónica espontánea podría ser útil para la tipificación clínica y fenotípica, pero no disponemos de estudios de valoración de su utilidad en práctica clínica real. La finalidad de este estudio es estudiar la relación de la positividad al TAB y otros biomarcadores de práctica clínica en una serie amplia de pacientes con urticaria crónica y evaluar la existencia de diferencias clínico-fenotípicas en función del estatus del TAB.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de urticaria crónica (espontánea e inducible) entre 2012 a 2024 que dispusieran de TAB y pruebas complementarias que incluían analítica sanguínea basal, test del suero autólogo (ASST), escalas de actividad y control y seguimiento evolutivo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 274 pacientes, 240 de los cuales habían sido diagnosticados de urticaria crónica espontánea y 34 de urticaria crónica inducible. 56 pacientes (23.3%) presentaron un TAB positivo. Se evidenció una relación entre un TAB positivo y ASST positivo ( $p < 0.01$ ), así como de la combinación entre una IgE baja ( $IgE < 43.8$  IU/mL) y unos anticuerpos anti-TPO positivos ( $p < 0.01$ ) (test de McNemar), como se puede observar en la Figura 1. El análisis bivariado en función del estatus de TAB reveló mayor predominio de mujeres ( $p = 0.018$ ), IgE baja ( $p = 0.022$ ), autoinmunidad clínica ( $< 0.001$ ), eosinopenia ( $< 0.001$ ), basopenia ( $p = 0.006$ ), TPO positivos ( $< 0.001$ ) y ASST ( $< 0.001$ ). La regresión logística multivariada confirmó la presencia de TPO positivo ( $p = 0.032$ ) y de ASST positivo ( $p < 0.01$ ) como dos posibles factores de riesgo para presentar un TAB positivo.

**Conclusiones:** Se evidencia una asociación entre biomarcadores relacionados con el fenotipo autoinmune de la urticaria crónica espontánea (positividad a TAB, ASST, presencia de IgE baja y positividad de TPO). Los resultados de este estudio sugieren que la presencia de autoinmunidad sérica (TPO y ASST positivos) es un factor de riesgo para presentar positividad en el TAB.

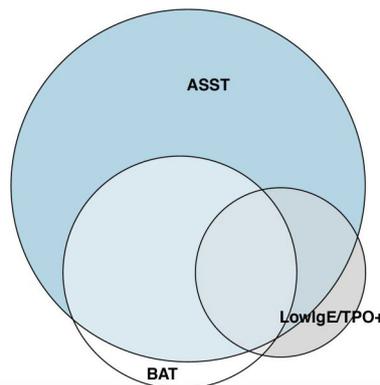


Fig.1. Diagrama de Venn de pacientes con ASST positivo, TAB positivo y pacientes con IgE baja / TPO positivos

6

MEJORA RÁPIDA DE LOS SÍNTOMAS Y PERFIL DE SEGURIDAD FAVORABLE CON REMIBRUTINIB EN LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA: ENSAYOS CLÍNICOS REMIX-1/-2

Ana Giménez-Arnau(1), Sarbjit Saini(2), Michihiro Hide(3), Mark Lebowhl(4), Gordon Sussman(5), Anne Barron(6), Sibylle Haemmerle(7), Isabelle Hampele(7), Karine Lheritier(7), El-Djouher Martzloff(7), Artem Zharkov(7) y Marcus Maurer(8) de (1)Departamento de Dermatología, Hospital del Mar. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona - España, (2)División de Alergia e Inmunología Clínica. Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore (Maryland) - Estados Unidos, (3)Departamento de Dermatología. Hospital de Ciudadanos de Hiroshima. Universidad de Hiroshima, Hiroshima - Japón, (4)Departamento de Dermatología. Escuela de Medicina Icahn en Mt. Sinai, Nueva York (New York) - Estados Unidos, (5)División de Alergia e Inmunología Clínica. Universidad de Toronto, Toronto (Ontario) - Canadá, (6)IQVIA Ltd, Londres (London, City of) - Reino Unido, (7)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza y (8)ITMP-Alergología e Inmunología. UCARE-Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin - Alemania.

Remibrutinib es un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton. En la comunicación presentamos el análisis primario de los ensayos de fase 3 en los que se evaluó su eficacia y seguridad en la urticaria crónica espontánea (UCE).

REMIX-1 y REMIX-2 son ensayos globales, doble ciego, controlados con placebo. Los pacientes  $\geq 18$  años con UCE no controlada por antihistamínicos H1 de segunda generación fueron aleatorizados 2:1 a remibrutinib 25 mg dos veces al día o placebo (24 semanas), seguido de un tratamiento abierto con remibrutinib (28 semanas). Los criterios de valoración primarios fueron el cambio respecto al valor basal (CB) en 1) la puntuación semanal de la actividad de la urticaria (UAS7), así como la 2) la intensidad del picor (ISS7) y la gravedad de la Urticaria (HSS7) en la semana 12. Se evaluaron los eventos adversos (EA) del tratamiento y parámetros de laboratorio.

Un total de 470 y 455 pacientes fueron aleatorizados en REMIX-1 (remibrutinib,  $n = 313$ ; placebo,  $n = 157$ ) y en REMIX-2 (remibrutinib,  $n = 300$ ; placebo,  $n = 155$ ), respectivamente. Los valores basales de UAS7 (media  $\pm$  desviación estándar) para remibrutinib y placebo fueron, respectivamente,  $30,7 \pm 7,9$  y  $29,7 \pm 7,6$  (REMIX-1) y  $30,2 \pm 8,0$  y  $29,5 \pm 7,5$  (REMIX-2). En ambos ensayos (REMIX-1 y -2), remibrutinib demostró una mejora rápida (incluso en la semana 2) y superior al placebo en CB-UAS7, CB-ISS7 y CB-HSS7 en la semana 12 (ver tabla).

Los EA con remibrutinib fueron comparables a los de placebo (59,9% vs 56,2% [REMIX-1]; 68,4% vs 73,2% de pacientes [REMIX-2]), con pruebas de función hepática equilibradas en todos los ensayos.

En los ensayos pivotaes REMIX, se alcanzaron los criterios de valoración primarios (CB-UAS7, CB-ISS7/CB-HSS7). Remibrutinib demostró un inicio rápido de acción, superioridad al placebo en la mejora de los síntomas de UCE y un perfil de seguridad favorable, lo que sugiere que remibrutinib puede ser un tratamiento oral eficaz para pacientes con UCE no controlada con antihistamínicos.

**Título tabla:** Media de CB-UAS7, CB-ISS7 y CB-HSS7 a las 12 semanas en los ensayos REMIX-1 y REMIX-2

(media de mínimos cuadrados $\pm$ SEa)	REMIX-1		REMIX-2	
	Remibrutinib (n=309)	Placebo (n=153)	Remibrutinib (n=297)	Placebo (n=153)
CB-UAS7	-20,13 $\pm$ 0,71	-13,81 $\pm$ 0,97	-19,60 $\pm$ 0,69	-11,70 $\pm$ 0,94
CB-ISS7	-9,58 $\pm$ 0,34	-6,90 $\pm$ 0,46	-9,02 $\pm$ 0,33	-5,71 $\pm$ 0,45
CB-HSS7	-10,53 $\pm$ 0,40	-6,87 $\pm$ 0,54	-10,54 $\pm$ 0,39	-5,99 $\pm$ 0,53

CB: cambio respecto al valor basal; HSS7: puntuación semanal de la gravedad de la urticaria; ISS7: puntuación semanal de la gravedad del prurito; LS: mínimos cuadrados; SE: error estándar, de sus siglas en inglés; UAS7: puntuación semanal de la actividad de la urticaria. aConjunto completo de análisis.

7

## DERMATITIS ATÓPICA Y ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA: EVALUACIÓN MULTITERRITORIAL CON ECOGRAFÍA VASCULAR, PERFIL PROTEÓMICO EN SANGRE PERIFÉRICA Y COMPARACIÓN CON PSORIASIS

Emilio Berna Rico(1), Bibiana Pérez García(1), Carlota Abbad-Jaime de Aragón(1), Fernando Neria(2), Nuria Barbarroja(3), Carlos Pérez Sánchez(3), Francisco Javier Pérez Bootello(1), Carlos Azcárraga Llobet(1), Emilio García Mouronte(1), Belén de Nicolás Ruanes(1), Diana Monge(2), Jorge Naharro Rodríguez(1), Pedro Jaén Olasolo(1) y Álvaro González Cantero(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid - España y (3)Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba - España.

**Antecedentes y objetivos:** La dermatitis atópica (DA) moderada-grave se ha asociado con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. De hecho, existe una sobreexpresión de proteínas relacionadas con la aterosclerosis en sangre de estos enfermos. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con DA moderada-grave, comparándola con psoriasis y explorando marcadores de aterosclerosis a través de un abordaje proteómico.

**Métodos:** Estudio transversal que incluye a adultos sin enfermedad cardiovascular con DA moderada-grave, psoriasis moderada-grave y controles sanos. Se realizó una evaluación multiterritorial de aterosclerosis subclínica a través de ecografía 2D de arterias carótidas y femorales. Utilizando la plataforma proteómica OLINK, se perfilaron 96 proteínas relacionadas con aterosclerosis en sangre periférica.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con DA, 40 con psoriasis y 30 controles (edad mediana 37 [IQI 30-45], 70% hombres, IMC mediano 25.8 [IQI 23.4-28.4], sin diferencias significativas entre las 3 poblaciones). La mediana de EASI fue 21.6 (IQI 17.2-27.6), la de PASI 9 (IQI 7-14). La prevalencia de aterosclerosis en DA fue del 35%, mayor que en controles (17%,  $p=0.09$ ) y menor que en psoriasis (47,5%, psoriasis vs DA  $p=0.26$ ; psoriasis vs controles  $p<0.05$ ). Pacientes con DA y psoriasis presentaron cifras significativamente superiores de hipertensión arterial y tabaquismo comparadas con controles. Las mayores cifras de HOMA-IR se encontraron en psoriasis (HOMA-IR 2.3 vs 1.9 DA vs 1.2 controles,  $p<0.05$  psoriasis vs controles), siendo la PCR similar en DA (mediana 3.4 mg/dl) y en psoriasis (mediana 3.5 mg/l), con diferencias con respecto a controles (mediana 0.7 mg/l,  $p<0.05$ ). En DA, el EASI se asoció con la presencia de placas de ateroma independientemente del riesgo cardiovascular a 10 años (score de Framingham), y se encontraron 7 proteínas con expresión diferencial en aquellos pacientes con placas (LDL-receptor, TFF3, CDH5, PA-1, TR-1, ICAM-2 e IGFBP-2).

**Conclusiones:** La DA se asoció a una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica cuando se comparó con controles, con una prevalencia menor que la encontrada en psoriasis. La gravedad de la enfermedad podría asociarse a mayor prevalencia de placas. Además, identificamos por primera vez 7 proteínas asociadas con la presencia de aterosclerosis en esta población.

8

## MICROBIOTA INTESTINAL Y DERMATITIS ATÓPICA DEL ADULTO: EVIDENCIA ACTUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Kevin Díez Madueño(1), Pablo de la Cueva Dobao(1), Isabel Torres Rojas(2), Marta Fernández Gosende(3), Claudio Hidalgo Cantabrana(3) y Pablo Coto Segura(4) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre, Madrid - España, (2)Servicio de Alergología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España, (3)Microviable Therapeutics, Gijón (Asturias) - España y (4)Servicio de Dermatología. Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres (Asturias) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La investigación sobre la relación entre microbiota Intestinal (MI) y dermatitis atópica (DA) ha alcanzado un creciente interés y relevancia internacional. El estudio del microbioma fecal se propone como una nueva vía de comprensión y tratamiento de la DA, en especial gracias a los nuevos modelos de secuenciación y análisis informáticos.

El objetivo de la comunicación fue analizar las publicaciones relativas a la descripción de la MI del adulto con atopía, buscando conocer qué papel podría cumplir ésta microbiota en la fisiopatología de la dermatitis (eje-intestino-piel) y conocer si la disbiosis fecal se relaciona con la enfermedad

**Metodología:** Realizamos una revisión sistemática (enero 2023) y una revisión bibliográfica ulterior

**Resultados:** Aunque los estudios reflejaron resultados heterogéneos y no existieron diferencias significativas en la diversidad microbiana fecal entre adultos con dermatitis y sanos; sí se identificaron especies bacterianas más características de la enfermedad. Los ensayos clínicos demostraron además, que la modificación del microbioma fecal mejoraba de forma variable los síntomas de la enfermedad. La MI podría tener un papel en la fisiopatología de la DA del adulto, hecho ya evidenciado con anterioridad en la etapa pediátrica.

**Conclusiones:** Se han identificado algunos microorganismos propios del intestino de los adultos con DA, mientras que el intestino de sujetos sanos es dominado por una mayor abundancia de especies productoras de AGCC y poliaminas. Los ensayos clínicos postulan las intervenciones modificadoras del microbioma intestinal (trasplante fecal y probióticos), como posibles herramientas terapéuticas en el manejo de la DA.

El papel de la MI en la fisiopatología de la DA es un campo de investigación emergente que permanece en **Discusión:** un mayor número de ensayos clínicos, estudios de metagenómica y metanálisis son necesarios para lograr una mayor evidencia que permita estandarizar indicaciones y tratamientos a recomendar

9

## PERFIL FENOTÍPICO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE DE DISTINTOS ORÍGENES. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO. PROYECTO AD-RACES

Eugeni Prat Colilles(1), Adrià Plana Pla(1), Isabel Bielsa Marsol(1), Asunción Vicente Villa(2), Eulalia Baselga Torres(2), Helena Iznardo Ruiz(3), Esther Roé Crespo(3), Miquel Casals Andreu(4), María Sin-Soler(4), José Antonio Pujol Montcusí(5), María del Mar Cordellat Martínez(5), Xavier Soria Gili(6), María Del Mar Tapias Terre(6), Marta Bertolin Colilla(7), Nidia Planella Fontanillas(7), Laura Marquès Martín(8), Mónica Munera Campos(1), María Fabregat Pratdepada(1), Carolina Prat Torres(2), Marta Ivars Lleo(2), Luisa Fernanda Montenegro Morillo(2) y José Manuel Carrascosa Carrillo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (4)Servicio de Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (7)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España y (8)Servicio de Dermatología. Hospital de Santa Caterina, Salt (Girona) - España.

**Introducción:** La dermatitis atópica (DA) es la dermatosis inflamatoria crónica más frecuente y supone un problema de salud pública importante en todo el mundo. En los últimos años se ha descrito una marcada variabilidad clínica en función del origen étnico y/o racial de los pacientes. Existe escasa información en la literatura en relación a la descripción clínica de las distintas variantes fenotípicas y su correlación con la respuesta terapéutica en cada una de ellas. Proponemos este estudio con el objetivo de identificar y definir las características clínicas de la DA en edad pediátrica en nuestro entorno, en función de las diferentes razas, determinar la proporción de pacientes no caucásicos con DA moderada-grave y su respuesta al tratamiento sistémico.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal y multicéntrico en donde se incluyen a todos los pacientes  $\leq 18$  años diagnosticados de DA moderada-grave que hayan iniciado tratamiento sistémico entre los meses de junio del 2022 y diciembre del 2023. Se recogieron datos sobre sexo, edad, raza, sobrepeso/obesidad, fototipo, morfología clínica, edad de diagnóstico, comorbilidades, áreas de afectación, IgE basal, pruebas epicutáneas, tratamiento sistémico recibido, respuesta al tratamiento (EASI, NRS, cDLQI, BSA e IGA), número de ingresos y efectos adversos al tratamiento.

**Resultados:** Se han incluido un total de 147 pacientes. Los datos de las variables, tras un método jerárquico de análisis cluster aglomerativo, se han ordenado en tres grupos de perfiles clínicos: (1) Amerindios, fototipo IV, sobrepeso, comorbilidades atópicas y morfología clásica, (2) Asiáticos, fototipo V, sin sobrepeso, sin comorbilidades atópicas y morfología liquenificada y numular y (3) Blancos, fototipo III, sin sobrepeso, con comorbilidades atópicas y morfología clásica. El 56% de la muestra no eran de raza blanca. El tratamiento sistémico más frecuente consistió en fármacos inmunomoduladores innovadores, en particular dupilumab. El 80% de los pacientes alcanzó una respuesta EASI 90 en la semana 24 de seguimiento, con buena tolerancia en la mayor parte de los casos.

**Conclusiones:** Este estudio aporta información valiosa en relación en la descripción de la heterogeneidad fenotípica en nuestro ámbito en DA y de las buenas expectativas con los nuevos tratamientos sistémicos en todos los grupos de pacientes en pediatría.

10

## LITERAPIA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DERMATITIS ATÓPICA

Ana Batalla Cebey(1), Lucía Vilanova Trillo(1), Alba Elena Martínez Santos(2), Hae Jin Suh Oh(1), Martina Espasandín Arias(1), Sandra Martínez Fernández(1) y Ángeles Flórez Menéndez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España y (2)Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La literapia se define como el uso de la lectura y la escritura con fines terapéuticos, pudiendo ser una herramienta útil para la educación terapéutica (ET). Existe evidencia científica consistente sobre los beneficios de la ET en la dermatitis atópica (DA).

El objetivo de este proyecto consistió en desarrollar un cuento infantil que permitiese:

- transmitir conocimientos sobre las características de la DA, los cuidados de la piel que requiere y su repercusión en la vida diaria, a los pacientes pediátricos con esta enfermedad, sus familiares y su grupo de pares no afectos.
- favorecer la integración y evitar conductas de acoso escolar que puedan estar motivadas por esta enfermedad.

**Métodos:** Se contactó con una escritora de relevancia en el ámbito de la literatura infanto-juvenil que aceptó participar en el proyecto. Se mantuvieron varias reuniones entre los profesionales del servicio de dermatología y la escritora, para explicar las características de la DA y la repercusión que esta enfermedad tiene en los niños que la padecen y sus familias, las ideas fundamentales a tratar a través del cuento, y perfilar el grupo etario destinatario. Una vez elaborado el relato por parte de la escritora, se debatieron y ultimaron detalles en relación con los

mensajes que se pretendían transmitir acerca de la enfermedad. Posteriormente se solicitó el diseño de imágenes representativas de la historia a un ilustrador reconocido. La editorial de la Universidad de Santiago de Compostela accedió a editar la obra (Ediciones USC).

**Resultados:** Se elaboró un cuento destinado a escolares de 3º y 4º curso de primaria. Consta de 6 capítulos ilustrados que describen las aventuras de Artur, un niño con DA, y su mejor amiga, Abril. A través de la historia, de modo ameno y atractivo para la población diana, se exponen los síntomas y signos de la DA, los cuidados necesarios y los sentimientos que los niños afectados y sus familias pueden experimentar. Se aborda también la relación con su grupo de pares y la repercusión de la enfermedad en la interacción con los demás.

**Conclusiones:** Dado el carácter crónico y el impacto en calidad de vida de la DA, el uso de un cuento infantil como herramienta de ET puede aportar beneficios biopsicosociales a la población pediátrica con esta enfermedad.

11

#### UPADACITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SOLAPAMIENTO ENTRE ECZEMA Y PSORIASIS: UNA SERIE DE CASOS

Carlos Calvo Asín(1), Raquel Rivera Díaz(1), María del Carmen García Donoso(1), José Puig Buendía(1), Raquel Cavestany Rodríguez(1), Borja González Rodríguez(1), Lorena Calderón Lozano(1), Francisco Javier Ortiz de Frutos(1) y Fátima Tous Romero(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** El solapamiento entre eccema y psoriasis es infrecuente. Puede verse en pacientes con dermatitis atópica (DA) de origen asiático, formas pediátricas o intrínsecas. También en los subtipos de psoriasis palmoplantar, de cuero cabelludo, eritrodérmica o en gotas. Asimismo, se han descrito reacciones psoriasiformes tras iniciar tratamiento con fármacos como dupilumab. El tratamiento de estos casos puede llegar a ser un reto: los inmunosupresores convencionales a veces no pueden utilizarse durante largos periodos de tiempo, los biofármacos de psoriasis no son muy eficaces en el tratamiento del eccema y los fármacos selectivos aprobados para DA no son efectivos en psoriasis. En este contexto de activación de múltiples vías, una inhibición más transversal como la que producen los inhibidores de JAK, entre ellos upadacitinib, puede ser una buena opción.

**Materiales y Métodos:** Presentamos una serie retrospectiva de ocho casos con solapamiento entre psoriasis y DA tratados con upadacitinib. Hemos incluido pacientes con clínica de ambas entidades (destacando la localización palmoplantar) y pacientes que, tras recibir tratamiento específico para la DA o la psoriasis, experimentaron clínica paradójica. Analizamos sus características demográficas, la respuesta a upadacitinib y los acontecimientos adversos descritos.

**Resultados:** Tras haber realizado tratamiento de forma insatisfactoria con numerosos inmunosupresores se pautó upadacitinib 15mg o 30mg con remisión completa de las lesiones en la mayoría de los pacientes, presentando un buen perfil de seguridad. Destaca la rapidez de acción, especialmente en la resolución del picor.

**Conclusiones:** Upadacitinib puede ser una alternativa para el tratamiento de pacientes con solapamiento entre DA y psoriasis que sean refractarios a los inmunosupresores convencionales.

**JUEVES 23 de mayo**  
12:45 - 14:00 h.

## TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICA FÍSICA Y TRATAMIENTOS

### 1 MODERADORES

Carlos Serra Guillén, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia  
Agustín Viera Ramírez, CanariasDerma. Las Palmas de Gran Canaria.

### 2 XERODERMA PIGMENTOSO: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA COMBINANDO TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL SEGUIMIENTO

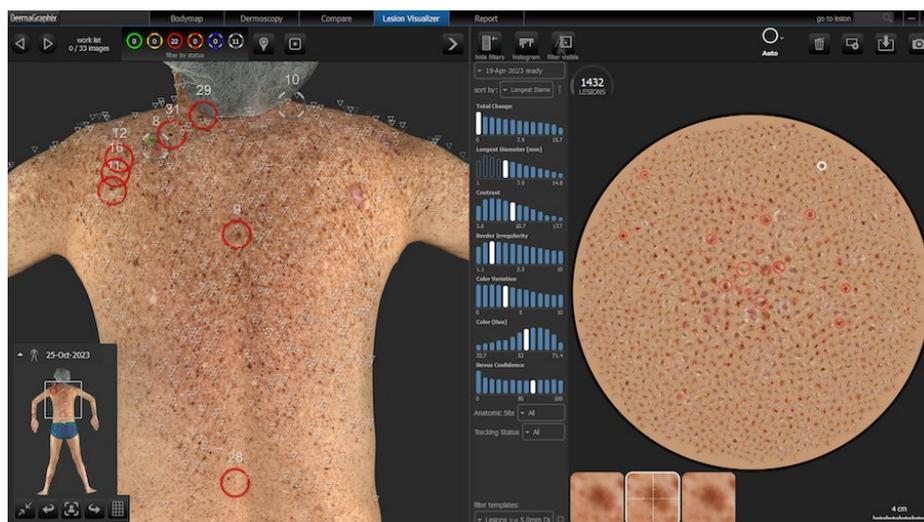
Ana Claudia Rivas Segovia(1), Gisele Gargantini Rezza(1), Amalia María Luna Sulca(1), Estefanía Serra(1), Abel Caño Caño(1), Paula Aguilera Peiro(1), Mar Luque Luna(1), Sebastian Podlipnik(1), Josep Malveyh Guilera(1), Susana Puig Sardá(1) y Cristina Carrera Álvarez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El Xeroderma pigmentoso (XP) es un desorden autosómico recesivo raro, caracterizado por la reparación deficiente del daño del ADN inducido por la luz ultravioleta, lo que ocasiona mayor susceptibilidad al cáncer de piel. Las técnicas de imagen no invasivas ayudan en el manejo de esta desafiante enfermedad. El objetivo de este estudio fue identificar las lesiones de pacientes con XP que fueron examinadas a través de microscopia confocal de reflectancia (MCR) y determinar si esta técnica permite reducir el número de biopsias en este grupo.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión retrospectiva del seguimiento mediante imágenes dermatológicas de todos los pacientes diagnosticados con XP en el Hospital Clínic de Barcelona desde julio de 2010 hasta enero de 2024. Los pacientes fueron evaluados cada 3-6 meses con un examen clínico y dermatoscópico completo, fotografía corporal total y dermatoscopia digital. Se realizó una evaluación de segundo nivel mediante MCR en caso de lesiones sospechosas. Se utilizaron los dispositivos de MCR Vivascope 3000 y Vivascope 1500 (Vivascope, Alemania).

**Resultados:** Un total de 14 pacientes con XP fueron incluidos; la mediana de edad fue de 42.5 años (RIC 22.5–44.75), y 8 de ellos (57%) eran hombres. Hubo 3 pares de hermanos. El subtipo de XP fue XP-C en 7 casos, XP-variante en 4 casos y XP-D en 3 casos. El tiempo de seguimiento promedio fue de  $8.7 \pm 4.8$  años. La mediana de lesiones por paciente examinadas mediante MCR fue de 15.5 (RIC 1.8–32.87) y el total de lesiones examinadas fue de 319. Luego de la MCR, 191 lesiones fueron extirpadas; 97 lesiones (50.7%) resultaron ser malignas (66 melanomas, 28 carcinomas basocelulares, 1 carcinoma de células escamosas, 1 queratoacantoma y 1 metástasis cutánea de melanoma). El NNT (number needed to treat/número de lesiones extirpadas para diagnosticar una lesión maligna) con la combinación de dermatoscopia digital y MCR fue de 2.

**Conclusión:** El seguimiento dermatológico de los pacientes con XP es complejo porque desarrollan un alto número de tumores malignos y atípicos. En nuestra experiencia, la MCR como segundo nivel diagnóstico podría evitar la extirpación/biopsia en aproximadamente el 40% de las lesiones equívocas o sospechosas en estos pacientes, necesitando extirpar solo dos lesiones para diagnosticar una lesión maligna.



Fotografía corporal total en 3D de un paciente con XP. El círculo muestra las lesiones  $\geq 5$  mm de diámetro detectadas mediante inteligencia artificial (Lesion visualizer; Vectra WB360, Canfield, US).

**Tabla:** Pacientes con Xeroderma pigmentoso en seguimiento en el Hospital Clínic de Barcelona durante los últimos 13 años.

Paciente	Edad	Sexo	Subtipo genético	Tiempo de seguimiento (años)	Número de lesiones >= 5 mm detectadas por IA	Número de lesiones malignas extirpadas	Número de lesiones exploradas con MCR	Número de lesiones biopsiadas tras MCR	Número de lesiones malignas biopsiadas tras MCR
1	53	M	XP-C	13,6	98	22	23	16	10
2	42	M	XP-C	13,6	1432	41	68	40	20
3	43	F	XP-C	13,6	1307	50	85	51	25
4	30	M	XP-D	12,9	18	0	1	0	0
5	44	F	XP-V	12,9	133	23	41	23	10
6	59	F	XP-C	12,1	2210	18	36	20	7
7	12	M	XP-C	10,2	13	4	22	8	4
8	18	F	XP-D	8,8	30	0	0	0	0
9	19	M	XP-C	8,7	111	3	9	4	2
10	50	M	XP-V	5,9	667	16	22	22	16
11	40	F	XP-V	5,9	173	0	1	1	0
12	45	M	XP-V	1,9	883	15	7	4	1
13	59	M	XP-C	1,2	1490	1	0	0	0
14	20	F	XP-D	0,8	9	5	4	2	2
						<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>191</b>	<b>97</b>

IA: Inteligencia artificial. MCR: Microscopia confocal de reflectancia.

3

### CORRIENTE GALVÁNICA PERCUTÁNEA VS ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA INTRALESIONAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN TÚNELES INFLAMATORIOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA

Luis Salvador Rodríguez(1), Alberto Soto Moreno(1), Carlos Cuenca Barrales(1), Francesc Medina i Mirapeix(2), José Antonio García Vidal(2) y Alejandro Molina Leyva(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (2)Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria. Universidad de Murcia, Murcia - España.

**Antecedentes:** La naturaleza crónica y recurrente de la hidradenitis supurativa (HS) hace que requiera terapias intralesionales con frecuencia. El desarrollo de fármacos biológicos ha disminuido la intensidad y frecuencia de brotes, pero los túneles inflamatorios son estructuras permanentes y las terapias locales actuales (fundamentalmente corticoterapia intralesional) tienen eficacia variable y son incapaces de su eliminación física. En este contexto, la corriente galvánica percutánea ha demostrado seguridad y eficacia en el tratamiento de lesiones similares a la HS, sugiriendo la posibilidad de eliminar físicamente los túneles inflamatorios.

**Objetivos:** Comparar la eficacia y seguridad de la corriente galvánica percutánea ecoguiada con la infiltración ecoguiada de acetónido de triamcinolona (AT) en túneles inflamatorios y drenantes de HS.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que comparó pacientes con túneles de HS tratados mediante CG con pacientes tratados mediante infiltración ecoguiada de AT. El dolor fue evaluado mediante escala visual analógica (EVA), la gravedad global fue evaluada

mediante escala Hurley, la fórmula IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System) y su versión IHS4-55. La eficacia fue valorada a las 12 semanas, considerándose respuesta completa la ausencia de supuración junto con la ausencia de señal Doppler de la lesión. Cualquier evento adverso potencialmente relacionado con la intervención fue registrado.

**Resultados:** Fueron incluidos 66 pacientes, 26 recibieron CG, 40 recibieron AT. Edad media de 37 años (12,4), 56% mujeres (37/66). No se identificaron diferencias en cuanto a edad, sexo, longitud ecográfica, o porcentaje de pacientes en tratamiento biológico. A las 12 semanas, el grupo de CG alcanzó mayores porcentajes de respuesta completa ( $p=0,03$ ), IHS4-55 ( $p=0,04$ ) y reducción del dolor ( $p<0,01$ ). La desaparición ecográfica del túnel hizo que 10 pacientes tratados mediante CG pasaran de presentar un estadio Hurley II a un Hurley I. No se identificaron efectos adversos graves en ningún grupo de tratamiento.

**Conclusiones:** La CG percutánea ecoguiada puede constituir una alternativa eficaz y segura a la corticoterapia intralesional en túneles de HS; con la capacidad potencial de eliminar físicamente la lesión.

4

#### TRATAMIENTO LÁSER EN CICATRICES DE GRANDES QUEMADOS. SERIE DE CASOS: REVISIÓN DE RESULTADOS Y CALIDAD DE VIDA

Joseba Ugedo Alzaga(1), Belén Navajas Pinedo(1), Begoña Udondo González del Tánago(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Rebeca Pérez Blasco(1), José María Villa González(1), Patricia Martín Playa(1) y José Luis Díaz Ramón(1) de (1)Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España.

**Introducción:** Presentamos una serie de casos derivados desde la unidad de Grandes Quemados por secuelas cicatriciales a la unidad de Láser del Servicio de Dermatología del HUC en el periodo 2021-2024.

**Materiales y Métodos:** Pacientes con cicatrices hipertróficas por quemaduras se sometieron a tratamiento con láser CO2 fraccionado con o sin vehiculización de fármacos asistida por láser (VFAL), láser colorante pulsado o la combinación de ambos. Se evaluaron los resultados en 19 áreas diferenciadas mediante escalas como la Vancouver modificada de Baryza (VSS), POSAS 2.0, SCAR-Q, y DLQI.

**Resultados:** De 15 pacientes, se recopilaron datos de 12, con edades de 8 a 69 años y fototipos del 2 al 6. El inicio del tratamiento varió de 5 a 31 meses post-quemadura. Se observó mejoría en la escala modificada de Vancouver en 8 de 15 pacientes, con una media de 1.8 sobre 15. En la escala POSAS, se encontró mejoría en el apartado del observador y una leve mejoría en el apartado de síntomas. También se registró una disminución media en DLQI y mejoría en los tres subapartados de SCAR-QR.

**Discusión y Conclusiones:** Aunque el tratamiento láser es eficaz, aún es un reto, especialmente en casos con grandes áreas afectadas y/o secuelas físicas, sintomáticas y psicosociales significativas. Una adecuada evaluación de las cicatrices y la calidad de vida es crucial.

A pesar de la mejora estética no se observó una mejora análoga en el apartado de síntomas y en el área psicosocial. Este hallazgo lo atribuimos a varios factores: la gravedad e importante extensión de las secuelas de estos pacientes, número de sesiones bajo y que el número de pacientes incluidos aun es bajo. Por otra parte, un momento de actuación más precoz puede que tenga un papel importante no solo en obtener mejores resultados sino también reducir el grado y número de secuelas cicatriciales.

5

#### EFFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS INMUNORRELACIONADOS EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNE: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, Y ASOCIACIÓN CON SUPERVIVENCIA. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ESPAÑOL

Gloria Juan Carpena(1), Natividad Martínez Banaclocha(2), Juan Carlos Palazón Cabanes(3), María Niveiro de Jaime(4), Isabel Betlloch Mas(5) y María del Mar Blanes Martínez(5) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia - España, (2)Oncología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España y (5)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.

**Antecedentes:** Los fármacos inhibidores de los puntos de control inmune (IPI) han supuesto una revolución en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, no está clara la incidencia de los efectos adversos asociados a su uso en la práctica clínica real, ni su posible asociación con determinados factores de riesgo y con la supervivencia.

**Objetivos:** Describir la incidencia y características de los efectos adversos inmunorrelacionados cutáneos (EAirc) en los pacientes que reciben fármacos IPI; así como determinar su asociación con diferentes factores de riesgo y con supervivencia.

**Métodos:** Se realizó un estudio completamente prospectivo observacional en un hospital español de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron un fármaco IPI entre marzo de 2020 y mayo de 2022. Se empleó un análisis de supervivencia y el test de long-rank para obtener y comparar tasas de incidencia, supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Se utilizó un modelo de regresión de Cox multivariante para detectar factores de riesgo para la aparición de EAirc y determinar la asociación de estos con SG y SLP.

**Resultados:** Se incluyeron 189 pacientes, de los cuales 82 (43.4%) presentaron toxicidad cutánea. La incidencia de EAirc fue de 75 por 100 personas-año, alcanzándose una probabilidad de aparición de EAirc del 50% a los 10 meses. Las dermatosis inflamatorias fueron la categoría de EAirc más frecuente; así como el prurito, el eczema y las erupciones maculopapulares los tipos más frecuentes. La terapia combinada de IPI, la historia familiar de psoriasis y los EAirc reumatológicos y pulmonares incrementaron el riesgo de EAirc. La mortalidad y las tasas de progresión fueron menores en pacientes con EAirc que en los que no presentaron EAirc ( $P < 0.0001$ ). La aparición de EAirc fue un factor protector de SG (HRa 0.50;  $P < 0.0001$ ) y PLS (HRa 0.54;  $P = 0.001$ ) independientemente del tipo de cáncer, el estadio tumoral y la categoría de IPI.

**Conclusiones:** La incidencia de EAirc fue alta, ocurriendo temprano en el seguimiento. Los dermatólogos deberían involucrarse en el manejo de los pacientes que reciben IPIs, especialmente en aquellos con factores de riesgo de presentar EAirc. La aparición de EAirc se asoció en nuestro estudio a mayor supervivencia y menor progresión de cáncer independientemente de otros factores.

## 6 TRATAMIENTO "LOW COST" DEL LAGO VENOSO: UNA SERIE DE CASOS

Javier Alcántara González(1), Tania Marusia Capusan(1), Marta Andreu Barasoain(1), Marta Ruano del Salado(1), Ana del Rocío Gamero Rodríguez(1), Thomas Akel Oberpaur(1), Arantxa Muñiz de Lucas(1), Iván Rodrigo Díaz(1), Virginia Salas Aragón(2), Raquel Cabana Navia(1) y M<sup>a</sup> Elena Sánchez-Largo Uceda(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Enfermería. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España.

**Introducción:** Los lagos venosos son dilataciones vasculares benignas y adquiridas. Se presentan principalmente a partir de los 50 años y, aunque pueden encontrarse en diversas áreas fotoexpuestas como los pabellones auriculares o la región facial, el sitio más frecuentemente implicado es la semimucosa labial inferior. Generalmente suelen ser lesiones asintomáticas y no tener mayor implicación que el aspecto cos-mético, pero ocasionalmente pueden producir molestias o sangrado ocasional.

Para su tratamiento se han empleado la extirpación, la crioterapia, la escleroterapia y, el método posiblemente mayor aceptación, la terapia láser.

Presentamos una serie de 15 pacientes con lagos venosos en semimucosa labial tratados con un método económico, con buenos resultados cosméticos y un alto grado de satisfacción por el paciente.

**Material y Métodos:** Se trata de una serie de casos de los pacientes con lago venoso tratados desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023 en nuestro servicio mediante la electrocoagulación de los mismos a través de la punción con aguja, todo ello efectuado bajo anestesia local con mepivacaina al 2%. Se efectuaron fotos a los pacientes antes y entre 2 y 3 meses después del tratamiento las cuales fueron evaluadas por dermatólogos para valorar la resolución del mismo (no respuesta, parcial, total), e igualmente se recogieron todos los acontecimientos adversos en relación al tratamiento. También se valoró el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento mediante una escala del 0 al 10.

**Resultados:** Se reclutaron 15 pacientes, el 53% mujeres, y con una edad media de 56,13 años. Se objetivó una resolución completa de la lesión en 14 pacientes y parcial en 1 de ellos. Como acontecimiento adverso un dolor refirió dolor local durante 15 días tras la terapia. El grado de satisfacción medio de los pacientes fue de 9,66.

**Discusión:** El tratamiento con electrocoagulación a través de punción con aguja se trata de una método seguro, eficaz y con muy bajo riesgo de efectos adversos para el tratamiento de los lagos venosos en semimucosa labial. Probablemente el gold estándar sea el tratamiento con láser de Nd:YAG, pero su disponibilidad es limitada en algunos centros, en estos casos consideramos que la opción terapéutica que presentamos es una buena alternativa.

**Tabla:** Características clínicas y resultados de los pacientes tratados.

Nº paciente	Género	Edad	Complicaciones	Respuesta	Grado Satisfacción
1	M	69	No	Total	10
2	V	58	No	Total	9
3	M	44	No	Total	10
4	M	68	Dolor	Total	10
5	M	65	No	Total	10
6	V	64	No	Total	10
7	V	41	No	Parcial	9
8	V	39	No	Total	10
9	V	53	No	Total	9
10	M	62	No	Total	10
11	M	45	No	Total	10
12	M	70	No	Total	8
13	V	63	No	Total	10
14	V	36	No	Total	10
15	M	65	No	Total	10

V: varón, M: mujer.

**7** USO DE LUZ DE WOOD EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO PILOTO

Daniel Morgado-Carrasco(1), Javier Gil Lianes(1), Ignasi Martí Martí(1) y Agustí Toll Abelló(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivo:** La luz de Wood es una técnica diagnóstica de bajo coste, ampliamente utilizada para el diagnóstico de diversas dermatosis inflamatorias o infecciosas. Algunos estudios sugieren que podría ser útil para la demarcación de tumores pigmentados como el lentigo maligno. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de la luz de Wood en la demarcación prequirúrgica de carcinoma basocelular (CBC) previo a cirugía micrográfica de Mohs (CMM), así como su utilidad en detectar zonas de biopsias previas.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en un Hospital terciario de España. Se incluyeron durante enero del 2023 los pacientes con diagnóstico de CBC en zona facial, sometidos a CMM. Se utilizó una linterna LED de bajo coste (20 euros) con luz UV de longitud de onda de 365 nm como luz de Wood, para demarcar los márgenes quirúrgicos. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, características tumorales y el número de estadios de CMM requeridos para alcanzar márgenes negativos.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes. El diámetro promedio de los CBC faciales fue de 1 cm. La mayoría correspondía a CBC infiltrantes. La luz de Wood ayudó en la demarcación de los márgenes tumorales en todos los casos. Sin embargo, en varios casos infraestimó los márgenes tumorales, y en otros, los sobreestimó.

La luz de Wood permitió detectar la zona de biopsia previa en la inmensa mayoría de los casos. No se reportaron efectos adversos de la luz de Wood.

**Conclusiones:** La luz de Wood puede ayudar a demarcar los márgenes de CBC previo a realizar CMM, pero en algunos casos puede sobreestimar o infraestimar los márgenes tumorales. Se requieren estudios prospectivos de mayor tamaño para establecer la real utilidad de esta técnica.

**8** TERAPIA FOTODINÁMICA CONVENCIONAL: NUESTRA EXPERIENCIA MÁS ALLÁ DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Aida Menéndez Parrón(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Sofía Goula Fernández(1), Sonia Heras González(1), Amaia Sáenz Aguirre(1) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

**Introducción:** En los últimos 30 años, la terapia fotodinámica (TFD) se ha convertido en una interesante modalidad de tratamiento fotoquímico para el manejo de una gran variedad de entidades que abarcan la esfera inflamatoria, infecciosa, tumoral y estética de la dermatología.

La TFD se basa en la aplicación tópica de un fotosensibilizante sobre una lesión y, tras un periodo de incubación para la absorción del mismo, su posterior exposición a una fuente de luz que en presencia de oxígeno causa una muerte celular selectiva.

La indicación terapéutica para la que está aprobado incluye diferentes enfermedades englobadas dentro del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM): queratosis actínicas, carcinoma basocelular superficial y enfermedad de Bowen. Sin embargo, cada día se dispone de más evidencia que la sitúa como una buena alternativa off-label en el manejo de linfomas cutáneos de células T primarios (LCCT), trastornos de la unidad pilosebácea como acné, foliculitis o hidrosadenitis supurativa, en patologías inflamatorias como psoriasis, dermatosis liquenoides, esclerodermia localizada, lupus discoide, granuloma anular o necrobiosis lipoidica; y también en infecciones como verrugas virales, moluscos o leishmaniasis cutánea.

**Material y métodos:** Presentamos 16 pacientes que han sido sometidos en nuestro centro a TFD convencional aplicando como fotosensibilizante metilaminolevulinato o ácido 5-aminolevulínico, durante el periodo de enero 2022 a diciembre de 2023, con usos off-label (LCCT, foliculitis, balanitis de Zoon, necrobiosis lipoidica, granuloma anular y actínico, sarcoidosis, condilomas acuminados, queratodermia palmoplantar y queloides), exponiendo sus protocolos de tratamiento, tolerancia, respuesta e imágenes clínicas pre y postratamiento.

**Resultados y Conclusiones:** En general, nuestra experiencia con la TFD en indicaciones off-label es positiva, con respuestas parciales e incluso completas, sin apenas efectos secundarios, si bien el tiempo de seguimiento es limitado. Cabe destacar nuestra buena experiencia de uso en el granuloma actínico, indicación que no aparece en la literatura revisada. Se requieren estudios a largo plazo para valorar la respuesta tardía, aunque nuestros resultados preliminares posicionan la TFD como una terapia sencilla, segura y eficaz en estas indicaciones, especialmente cuando los tratamientos convencionales no han sido efectivos.

**JUEVES 23 de mayo**  
**14:00 - 15:15 h.**

## ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO PILOSO

### 1 MODERADORES

Alba Gómez Zubiaur, Instituto Médico Ricart. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.  
Antonio Martorell Calatayud, Hospital de Manises, Valencia.

### 2 REACCIONES PSORIASIFORMES PARADÓJICAS POR ADALIMUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ANALÍTICO RETROSPECTIVO

Irene Albert Cobo(1), José Carrasco Muñoz(1), Nalia Domínguez Lirón(2), Marina Senent Valero(1), Rubén Hernández Quiles(1), Sergio Albert Cobo(3), Eva Vilarrasa Rull(4), Fernando Alfageme Roldán(5), Cristian Fernando Caballero Linares(5), Alejandro Molina Leyva(6), Sofía Haselgruber de Francisco(6), Irene Fuertes de Vega(7), Mar Luque Luna(7) y José Carlos Pascual Ramírez(2) de (1)Servicio de Dermatología. Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL, Alicante - España, (2)Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL, Alicante - España, (3)Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (4)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (5)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (6)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (7)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de reacciones paradójicas psoriasiformes (RPP) en pacientes con hidradenitis supurativa (HS) tratados con adalimumab (ADA). Describir las características de las RPP y los factores predictores.

**Métodos:** estudio multicéntrico retrospectivo de casos y controles en 5 hospitales españoles. Se incluyen todos los pacientes con HS tratados con ADA desde enero de 2015 hasta diciembre de 2023. Se realizó una regresión logística multivariante para estimar la influencia de cada covariable en el desarrollo de RPP y se aplicó la técnica regresión stepwise para seleccionar aquellas con menor error de ajuste. Para cada coeficiente de regresión ( $\beta$ ) se calculó el p valor y el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Se incluyeron 304 pacientes con HS tratados con ADA. La edad media fue de  $26,5 \pm 0,7$  años; 150 mujeres (49%) y 154 hombres (51%). 225 pacientes (74%) tenía  $IMC \geq 25$ . 184 (60%) eran fumadores o exfumadores. La duración media de la enfermedad fue de  $13,6 \pm 0,6$  años. 164 pacientes (64%) tenían un Hurley II y 139 (46%) un Hurley III. Las localizaciones más frecuentes fueron la axila (60%) y la ingle (68%). 38 pacientes (12,8%) desarrollaron RPP. La mediana (RIC) hasta el desarrollo de RPP fue de 14,5 meses. La duración media del tratamiento fue de  $32,5 \pm 22,9$  meses. Hubo 31 casos de psoriasis vulgar, 12 de afectación del cuero cabelludo, 13 de psoriasis pustulosas palmoplantar y 16 de psoriasis en pliegues. En 19 (50%) la RPP obligó a suspender ADA y al cambio de diana terapéutica. En 19 casos se mantuvo ADA, asociando fármacos tópicos o sistémicos. Se obtuvieron las siguientes estimaciones de los coeficientes de regresión para el IMC [ $\beta 0,070$  p0,016, IC95% (0,013-0,127)], duración de tratamiento [ $\beta 0,016$  p0,037, IC95% (0,001-0,032)] y afectación genital [ $\beta 0,899$  p0,045, IC95% (0,019-1,780)]. Por cada unidad de aumento en IMC y duración del tratamiento, las odds del evento de interés (desarrollar RPP), aumentan en  $\exp(0,070) \approx 1,07$  y  $\exp(0,016) \approx 1,02$  respectivamente y para la HS genital un OR de  $\exp(0,899) \approx 2,46$  veces superior en comparación con la ausencia de esta localización.

**Conclusión:** las RPP en pacientes HS tratados con ADA es elevado (12,8%), RIC 14,5 meses. Los factores asociados con su aparición fueron IMC elevado, duración del tratamiento y afectación genital. En la mitad de los casos la RPP obligó a la retirada de ADA.

### 3 EXPERIENCIA CON BARICITINIB EN EL TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

María Castillo Gutiérrez(1), Teresa López Bernal(1), Inés Segovia Rodríguez(1), Rosalía Toledo Cañaveras(1) y Alberto Guerrero Torija(1) de (1)Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España.

**Introducción:** La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial de origen multifactorial con un importante componente autoinmune. Se considera un trastorno crónico y recurrente. En octubre de 2023 se aprobó Baricitinib, un inhibidor selectivo y reversible las Janus cinasas JAK1 y JAK2, para el tratamiento de las formas más extensas.

**Serie de casos:** Presentamos un análisis descriptivo donde se recogen los pacientes con AA extensa en tratamiento con Baricitinib en nuestro centro desde el año 2023 hasta febrero de 2024.

Se incluyen 4 pacientes (50% hombres y 50% mujeres). La edad media es de 33,75 años. El inicio de los síntomas tuvo lugar en la adolescencia/juventud en el 100% de los casos. El 100% había realizado tratamiento sistémico: 75% con metotrexato, el 25% con ciclosporina y el 50% con corticoides orales.

En nuestra serie el 75% de los casos han obtenido mejoría de al menos el 50% en la escala SALT de las placas de alopecia. El otro 25% corresponde a un paciente que sólo lleva 4 semanas de seguimiento en el momento de recogida de datos.

El único efecto secundario reportado hasta el momento han sido lesiones de acné en el 50% de los casos.

**Discusión:** La AA es una alopecia no cicatricial que se presenta de forma parcheada en el cuero cabelludo, pudiendo afectar a otras localizaciones, como las cejas o la barba. Puede presentarse a cualquier edad, aunque la incidencia es mayor en pacientes jóvenes. No se ha observado predilección por ningún género.

Se considera AA extensa cuando la pérdida del cabello corresponde a más de un 50%. Ensayos clínicos fase III con Baricitinib demuestran la eficacia de este fármaco como tratamiento de este tipo de alopecia. Tras 52 semanas de seguimiento entre un 36 y un 41% de los pacientes obtuvieron un SALT  $\leq$  20. Los eventos adversos más frecuentes fueron infección del tracto respiratorio superior, infección por COVID-19, cefalea, nasofaringitis, acné, infección del tracto urinario y elevación de la creatininfosfoquinasa.

**Conclusiones:** Los nuevos fármacos inhibidores de JAK, en concreto Baricitinib, suponen una opción terapéutica para aquellos pacientes con AA extensa refractaria a otros tratamientos. Hasta la fecha se han obtenido resultados muy interesantes en cuanto a eficacia y seguridad en ensayos clínicos. El beneficio clínico obtenido en los ensayos clínicos parece corresponderse con los datos observados en vida real.

4

#### ALOPECIA INDUCIDA POR MOGAMULIZUMAB: SERIE DE CASOS Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, PATOLÓGICA Y TRICOSCÓPICA

Raquel Cavestany Rodríguez(1), Christian Gutiérrez Collar(1), Carlos Calvo Asín(1), José Puig Buendía(1), Lorena Calderón Lozano(1), Julia Montero Menárguez(1), Alba Sánchez Velázquez(1), Pablo Luis Ortiz Romero(1), Daniel Falkenhain López(1) y Virginia Velasco Tamariz(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

El mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal frente a CCR4, aprobado para el tratamiento de linfomas T cutáneos (micosis fungoide y síndrome de Sézary) resistentes a otros tratamientos sistémicos. Se han descrito diferentes efectos adversos, entre los que destaca en frecuencia las reacciones en piel (mogamulizumab-associated rash, MAR). Entre estas reacciones, han sido notificados algunos casos de alopecia, aunque son muy escasos los de alopecia cicatricial, sin evidencia hasta reportes muy recientes en la literatura.

Presentamos una serie de 5 casos de pacientes que se encontraban en tratamiento con mogamulizumab en nuestro centro y han presentado distintas formas de alopecia cicatricial, en relación con el tratamiento. Se han estudiado en ellos las características clínicas e histopatológicas y también se describen los hallazgos tricoscópicos en estos casos.

Todos los casos presentaban expresión del linfoma en sangre periférica antes de comenzar el tratamiento. Cuando inician MAR llevan una media de 11 meses de tratamiento (2, 5, 10, 12 y 26 meses). 4 de ellos presentaban respuesta completa en piel y sangre periférica cuando comienza la MAR, y han permanecido con respuesta completa hasta el momento actual.

En todos los pacientes se ha realizado una biopsia en la que se descarta afectación por el linfoma, y se han encontrado distintos patrones en la anatomía patológica, siendo todos compatibles con MAR.

Las MAR son reacciones frecuentes en los pacientes en tratamiento con mogamulizumab (24% según ensayo MAVORIC, 7% alopecia), y tienen especial relevancia por ser, en ocasiones, difíciles de distinguir de una progresión del linfoma. Detectar estas reacciones permite no suspender innecesariamente el tratamiento. Conociendo estas formas de alopecia cicatricial grave, se puede espaciar o suspender el tratamiento. Además, existen estudios que apuntan a que las MAR, entre ellas la alopecia, están en relación con una mayor respuesta al tratamiento, especialmente cuando existe expresión en sangre periférica. Estos datos están en concordancia con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

5

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DE BICALUTAMIDA ORAL EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA

Blanca Ferrer Guillén(1), Juan José Andres Lencina(2), Manuel Ballesteros Redondo(1), María Berger(2), Víctor Cabezas Calderón(3), María Isabel García Briz(1), Marta González Cañete(4), Ana Rodríguez-Villa Lario(5), Daniela Subiabre Ferrer(1), Cristian Valenzuela Oñate(1), David Vega Díez(5), José M<sup>a</sup> Ricart Vaya(1) y Alba Gómez Zubiatur(5) de (1)Servicio de Dermatología. Instituto Médico Ricart, Valencia - España, (2)Servicio de Dermatología. Instituto Médico Ricart, Alicante - España, (3)Servicio de Dermatología. Instituto Médico Ricart, Barcelona - España, (4)Instituto Médico Ricart. Instituto Médico Ricart, Madrid - España y (5)Servicio de Dermatología. Instituto Médico Ricart, Madrid - España.

**Introducción:** La bicalutamida oral es un antiandrogénico que posiciona como alternativa terapéutica en el algoritmo de tratamiento de la alopecia androgenética femenina y, aunque se emplea en práctica clínica habitual, existen escasas publicaciones en la literatura con una calidad científica adecuada sobre su eficacia y seguridad en el colectivo de mujeres postmenopáusicas.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de bicalutamida oral en mujeres mayores de 50 años postmenopáusicas con alopecia androgenética femenina.

**Métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo sobre práctica clínica habitual. Se han incluido 40 mujeres mayores de 50 años postmenopáusicas con diagnóstico de alopecia androgenética femenina tratadas con bicalutamida oral durante 6 meses. Se ha realizado un trichoscan previo al inicio del tratamiento y tras 6 meses del mismo para evaluar la eficacia objetiva y una encuesta telefónica a las pacientes tras 6 meses de tratamiento para evaluar la eficacia subjetiva y los posibles efectos adversos. En los casos disponibles se han valorado los cambios en la analítica sanguínea.

**Resultados:** La dosis media de bicalutamida oral ha sido de 30 miligramos al día. Tras 6 meses de tratamiento con bicalutamida oral se ha objetivado una mejoría evaluada por el dermatólogo mediante fotos de trichoscan clínicas estandarizadas pre y post tratamiento y fotos trichoscan tricoscópicas pre y post tratamiento adaptadas y software trichoscale. La reducción media de la escala Sinclair ha sido de 0,7 puntos tras 6 meses, que corresponde a una mejoría del 22,6% en la densidad capilar. Se ha producido un incremento del 5,8% de cabellos terminales y del 12,1% en el grosor medio de los tallos. Las pacientes han percibido una mejoría subjetiva principalmente en cuanto a la densidad capilar, caída capilar y seborrea. La tasa de efectos adversos ha sido 19,2%, todos ellos leves sin necesidad de reducción de dosis ni interrupción del tratamiento.

**Conclusiones:** La bicalutamida oral es un tratamiento eficaz y seguro en la alopecia androgenética femenina en mujeres mayores de 50 años postmenopáusicas, lo cual tiene especial relevancia dado que se trata de un colectivo que cuenta con escasas opciones terapéuticas con una evidencia robusta en la literatura científica que hayan demostrado su eficacia y seguridad.

**6 DERROFINGS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: SERIE DE 52 PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES**

Inés Gracia-Darder(1), Laura Moreno Hernández(1), Juan Jerónimo González-Malmierca(1), María Riutort Mercant(1), Ana Martín-Santiago(1) y Juan Garcias-Ladaria(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Para el tratamiento de la hidradenitis supurativa (HS) debemos combinar tanto tratamiento médico como quirúrgico. El derofing es una técnica sencilla que ha demostrado mejores resultados que la exéresis estándar con menos complejidad que las cirugías amplias.

**Métodos:** Se recogen los derofings realizados en el Hospital Universitario Son Espases desde enero de 2022 hasta enero de 2024. Todos los pacientes han sido explorados tanto clínica como ecográficamente para poder clasificar el tipo de fístula y guiar el tratamiento.

**Resultados:** Se han realizado 52 procedimientos (52% en hombres, edad media 39 años). El 52% eran fumadores. El 71% de las fístulas tratadas eran dermoepidérmicas<sup>1</sup>, predominando la localización axilar (40%) seguida de la inguinal (27%). El tamaño medio estimado del defecto quirúrgico ha sido de 31,55 cm<sup>2</sup> y en el 37% se ha precisado llegar al tejido celular subcutáneo. El 35% habían tratado previamente (83% con terapia fotodinámica y 17% con cirugía). El 63% de pacientes llevaban de forma concomitante tratamiento médico para la HS. El tiempo medio de epitelización de las fístulas ha sido de 4,5 semanas. La dermatitis de contacto irritativa por los apósitos ha sido el efecto adverso reportado con mayor frecuencia (en el 11% de pacientes) y no se han reportado efectos adversos graves.

**Conclusiones:** Siendo el derofing una técnica sencilla y eficaz para el manejo de fístulas en HS, se han publicado pocos estudios. Van der Zee et al<sup>2</sup> obtuvieron un 83% de remisión de un total de 88 lesiones intervenidas en un estudio publicado en 2010. Muy recientemente se ha publicado otra serie con 79 lesiones<sup>3</sup>, en la que el tiempo medio de epitelización fue de 4.4 semanas, muy similar a nuestros resultados, con un dolor y prurito muy leves y una gran satisfacción a corto plazo.

Por su sencillez, efectividad y seguridad, el derofing debería ser una técnica de rutina en lesiones de HS sencillas con indicación quirúrgica. En fístulas más extensas o profundas, así como en algunas localizaciones, la cicatrización por segunda intención podría ser una limitación. Sin embargo, es necesario generar más evidencia sobre su idoneidad según el tipo de lesión, así como las limitaciones de su uso.

**7 TELEDERMATOLOGÍA Y DISTANCIA GEOGRÁFICA COMO DETERMINANTES DE ACCESIBILIDAD A UNA UNIDAD DE HIDRADENITIS SUPURATIVA**

Francisco Javier León Pérez(1), Sofía Mercedes Haselgruber de Francisco(1), Carmen García Moronta(1), Carlos Cuenca Barrales(1), Salvador Arias Santiago(1) y Alejandro Molina Leyva(2) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es una de las enfermedades dermatológicas con mayor impacto calidad de vida. Es una enfermedad inflamatoria progresiva y destructiva en la que la atención precoz es fundamental para obtener los mejores resultados.

**Material y Métodos:** Cohorte prospectiva de paciente. Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en la Unidad de HS del Hospital Virgen de las Nieves de Granada desde el 01 de Enero de 2017 hasta Junio de 2023. Se recopilaron datos clínicos y potencialmente asociados con la accesibilidad la provincia de procedencia de los pacientes y si la derivación a la Unidad se había realizado de forma convencional o mediante tele dermatología en la primera visita realizada en la Unidad.

**Resultados:** Se incluyeron 447 pacientes. La edad media fue de 42,7 (13,81) años y la relación hombre mujer fue 228:219. Los estadios de Hurley más frecuentes fueron II,I y III. El tiempo de evolución medio fue 18,3 (11,3) años. El International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) medio fue 8,3 (8,6). La derivación desde tele dermatología vs. convencional se asoció de forma estadísticamente significativa con un menor tiempo de evolución de la enfermedad, con una menor edad de los pacientes y una menor indicación de cirugía. Los pacientes que acudieron a la Unidad de HS desde otra provincia presentaron mayor tiempo de evolución de la enfermedad, una proporción de estadio Hurley III, un mayor valor de IHS4, una mayor prescripción de fármacos biológicos e indicación de cirugía.

**Conclusiones:** La priorización mediante tele dermatología vs. derivación convencional parece influir positivamente en la atención precoz de los pacientes con HS. La accesibilidad geográfica a unidades especializadas de HS podría repercutir también favorablemente en la atención temprana, menores costes y morbilidad para los pacientes con HS.

**8 EVALUACIÓN DEL DOLOR EN MESOTERAPIA CAPILAR CON FINASTERIDE Y DUTASTERIDE. COMPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA VS LIPOSOMADA COMO EXCIPIENTE**

María Penalba Torres(1), David Vega Díez(2), José M<sup>a</sup> Ricart Vaya(1), Víctor Cabezas Calderón(3), Manuel Ballesteros Redondo(1) y Alba Gómez Zubiaur(2) de (1) Instituto Médico Ricart, Valencia - España, (2) Instituto Médico Ricart, Madrid - España y (3) Instituto Médico Ricart, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La mayoría de estudios sobre empleo de fármacos para alopecia androgénica en mesoterapia (finasteride y dutasteride) se realizan con soluciones de excipiente hidroalcohólico. En el día a día, esto nos obliga a buscar mecanismos que minimicen las molestias de nuestros pacientes, como reducir la concentración del principio activo, aumentar la mezcla anestésica, empleo de **Métodos:** que disuadan del dolor como vibradores durante la inyección del fármaco, o incluso realizar bloqueos tronculares. Además, se ha relacionado este excipiente alcohólico con efectos adversos como efluvios postprocedimiento en algunos trabajos publicados.

Actualmente no se encuentran en la literatura científica descripciones del uso de soluciones liposomadas en mesoterapia capilar que valoren el impacto en la percepción del dolor del paciente. Con este estudio buscamos dilucidar si la nueva formulación de los componentes de la mesoterapia acarrea una reducción en el dolor con el fin de que ésta tenga una mejor tolerancia y adherencia por parte del paciente, sin reducir la eficacia del tratamiento e incluso pudiendo eliminar los efectos adversos atribuidos al excipiente alcohólico.

**Métodos:** En 36 pacientes diagnosticados de alopecia androgénica masculina o femenina y que realizan sesiones de mesoterapia mensual en práctica clínica habitual se realiza un estudio ambispectivo, en el que se recogen los datos de tolerancia al dolor de forma retrospectiva (mediante encuesta con escala EVA) respecto a la mesoterapia con excipiente hidroalcohólico y liposomado, coincidiendo con un cambio de formulación de solución para mesoterapia que hubo en clínica durante dos meses consecutivos. La composición de la mesoterapia no varió entre sesiones, tan solo el excipiente.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes encuestados refieren disminución de la sensación dolorosa con el uso de la solución liposomada. Asimismo refieren una menor probabilidad de abandono del tratamiento por dolor.

**Conclusiones:** El uso de fórmulas liposomadas en mesoterapia capilar disminuye la sensación de dolor y hace más probable la continuación del tratamiento. Se deben realizar más estudios que confirmen la eficacia del principio activo al modificar el excipiente, así como valorar la presencia de efectos adversos similares a los descritos con el excipiente alcohólico en esta nueva composición.

**JUEVES 23 de mayo****14:00 - 15:30 h.****CASOS CLÍNICOS I****1 MODERADORES**

Mar Blanes Martínez, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Noemí Eiris Salvado, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**2 LEUCEMIA CUTIS CON UN FINAL INESPERADO**

José David Cánovas García(1), Laia Pastor Jané(1), Clara Martín Callizo(1), José Antonio Pujol Montcusí(1), Nerea Mohino Farré(1), Mar Cordellat Martínez(1), Cristina Angulo Martínez(1), Claudia Lorena Forero León(2), Lourdes Escoda Teigell(3) y Miquel Just Sarobé(1) de (1)Sección de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Hematología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con hipotiroidismo, HTA, dislipemia y fibrilación auricular, derivado por lesiones cutáneas de cinco meses de evolución en el cuello y región proximal de brazos y piernas, sin clínica sistémica. A la exploración se evidencian 7 pápulas y placas eritematovioláceas, ligeramente infiltradas. El estudio anatomopatológico (AP) muestra un infiltrado monomorfo de linfocitos de pequeño tamaño e inmunohistoquímica compatible con leucemia linfática crónica B (LLC-B).

En el hemograma presenta leucocitosis de  $17.65 \times 10^3/\mu\text{l}$  con linfocitosis de  $11.45 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Mediante citometría de flujo se puede filiar que también corresponden a una población linfoide B compatible con LLC- B. Se completa el estudio con biopsia de médula ósea y TAC corporal. Se diagnostica de LLC- B en estadio IA, no subsidiaria de tratamiento sistémico.

Para facilitar el control de la progresión a nivel cutáneo, se consensúa extirpar las lesiones. En el estudio AP, además del infiltrado linfoide B clonal, se evidencian granulomas no necrotizantes en la dermis con PCR positiva para Leishmania. En el estudio posterior, no se detecta enfermedad sistémica, por lo que no precisa tratamiento farmacológico. El paciente actualmente sigue asintomático.

**Discusión:** Presentamos un caso inicialmente orientado como leucémides en contexto de LLC- B pero que al ampliar el estudio AP post exéresis de las lesiones se acabó diagnosticando de leishmaniasis cutánea. La afectación cutánea específica de la leucemia linfática crónica es poco frecuente (4-20%). En pacientes menores de 60 años las leucémides suelen presentarse en estadios iniciales, mientras que, en mayores de 60 años, esto sucede en estadios avanzados, hecho que no concordaba con nuestro paciente.

La leishmaniasis cutánea en pacientes con LLC-B es un cuadro raro, con escasas referencias bibliográficas, siendo más frecuente la leishmaniasis visceral. Se han descrito lesiones de LLC-B cutánea en áreas previamente afectadas por herpes, enfermedad de Lyme, traumatismos y cuerpos extraños, postulando que la respuesta antigénica es la etiología de la infiltración cutánea, en lugar de corresponder a leucémides. Así pues, en nuestro caso el infiltrado de las lesiones se explica por la respuesta inflamatoria a la Leishmania, que moviliza los linfocitos disponibles en sangre periférica del paciente que son neoplásicos.

**3 DESAFÍO TERAPÉUTICO EN SÍNDROME DE SÉZARY: NAVEGANDO ENTRE TOXICIDAD Y CONTROL DE LA PROGRESIÓN**

Ismael Valladares Millán(1), María Inés Fernández Canedo(1), Paula Gaspar López-Cozar(2), Rafael Fúnez Liebana(2) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes:** La micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sézary (SS) representan los subtipos más frecuentes de linfoma cutáneo de células T. El SS es una forma agresiva con eritrodermia y presencia de células T neoplásicas clonales circulando en sangre periférica.

**Caso clínico:** Mujer de 79 años que consulta por lesiones cutáneas pruriginosas en el tronco. La biopsia cutánea mostró epidermotropismo de linfocitos T con leve atipia citológica distribuidos de forma lineal con tendencia focal a la agrupación compatible con MF. Se indicó tratamiento con fototerapia (UVBbe y PUVA), corticoides tópicos y antihistamínicos con empeoramiento progresivo hasta eritrodermia y adenopatías generalizadas. La citometría de flujo de sangre periférica mostró un 1,5% de células T neoplásicas con inmunofenotipo compatible con células de Sézary. Se inició brentuximab sin mejoría por lo que se remitió a hospital de referencia para irradiación corporal total. No obstante, la derivación fue rechazada y se decidió iniciar tratamiento con mogamulizumab con importante aclaramiento de las lesiones. Tras 12 ciclos presentó nuevo empeoramiento en forma de rash generalizado, muy pruriginoso, cuya biopsia mostró exocitosis de linfocitos a epidermis mayoritariamente CD4- y CD8+, hallazgo sugerente de rash asociado a mogamulizumab (MAR: mogamulizumab-associated rash). El estudio de clonalidad fue negativo y una nueva citometría no visualizó células de Sézary.

El fármaco biológico se mantuvo, asociando corticoides oral, si bien la paciente continuó empeorando y se decidió finalmente suspenderlo. Al mes y medio el cuadro cutáneo se modificó, adquiriendo aspecto psoriasiforme. Se tomaron nuevas biopsias compatibles con psoriasis vulgar y se inició acitretino (20 mg/día).

**Conclusiones:** El mogamulizumab es un anticuerpo humanizado dirigido frente al receptor CCR4 autorizado para el tratamiento de MF y SS. Este fármaco puede desempeñar un papel importante en el agotamiento de células inmunosupresoras TH2 y T-reguladoras, que también pueden expresar CCR4. Este fenómeno genera un efecto inmunomodulador y proinflamatorio que contribuye al desarrollo de MAR.

Resulta crucial distinguir la erupción farmacológica de la enfermedad maligna en la piel y, aunque el análisis histopatológico proporciona pistas útiles, la sospecha clínica inicial es clave para realizar un diagnóstico preciso.

## 4 MICOSIS FUNGOIDE: CUANDO TODO FALLA

Teresa Lucía Vega López(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Irene González Jiménez(1), María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Antón Márquez(1), Gerardo Martínez García(2), María Jesús Peñarrubia(3) y Pilar Manchado López(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** La micosis fungoide (MF) es un linfoma epidermotropo de linfocitos T CD4+ de curso clínico indolente. En su forma clásica, puede evolucionar desde una fase inicial de manchas, a una fase de placas infiltradas y, eventualmente, a una fase de tumores.

**Caso clínico:** Mujer de 73 años, con MF clásica en estadio clínico IB (T2bN0M0B0). La paciente había recibido tratamiento con corticoides tópicos, PUVA y acitretina oral con respuestas parciales y recaídas. Histológicamente, exhibía progresión de la enfermedad (20-25% de transformación en células grandes CD30+). Se pautó tratamiento con bexaroteno oral y fototerapia UVA, asociado a fenofibrato y tiroxina. Sin embargo, la paciente desarrolló hipertrigliceridemia que obligó a suspender el tratamiento. Se observó una evidente mejoría clínica, pero presentó una recaída precoz, con reaparición de placas infiltradas. Se trató con metotrexato y fototerapia con mínima respuesta. Se solicitó un TC de control que mostró adenopatías en las cadenas ilíacas externas e inguinales. La BAG excluyó monoclonalidad, diagnosticándose como linfadenopatías dermatopáticas. Ante la refractariedad de la MF, la progresión a estadio clínico IIA (T2bN1M0B0) y el porcentaje de células grandes CD30+ en la biopsia cutánea, se trató con brentuximab vedotina.

Tras la segunda infusión, la paciente desarrolló un exantema maculopapuloso generalizado y pruriginoso, adenopatías, leucocitosis, eosinofilia, aumento de enzimas hepáticas y de reactantes de fase aguda, compatible con DRESS. Se trató con corticoides tópicos y orales con resolución del cuadro. Aunque recibió 2 infusiones de brentuximab, consiguió un aclaramiento completo. Actualmente está sin tratamiento y estable desde el punto de vista clínico.

**Discusión:** Más del 80% de los pacientes con MF se diagnostican en fases precoces de la enfermedad y se controlan con tratamientos dirigidos a la piel. Sin embargo, un 25% de los pacientes progresará a estadios avanzados. A excepción del trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos, no existe ningún tratamiento curativo. Ante casos refractarios a las primeras líneas de tratamiento y con efectos adversos graves, el dermatólogo debe ser capaz de manejar una amplia variedad de tratamientos, en colaboración con el hemato-oncólogo, para mejorar el pronóstico de este subgrupo de pacientes con MF en los que "todo falla".

## 5 TATUAJES, MELANOMA Y LÁSER; A PROPÓSITO DE UN CASO

Alexandra Alturo Pons(1) y Oriol Yélamos(1) de (1)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Introducción:** La prevalencia de pacientes con tatuajes es cada vez mayor, así como la demanda de su eliminación mediante láseres. La asociación entre melanoma y tatuajes resulta controvertida. Asimismo, dado que la eliminación de tatuajes estimula una respuesta inmune, ésta podría interferir en la detección de una recidiva ganglionar, siendo difícil aconsejar a estos pacientes.

**Caso Clínico:** Mujer de 30 años, fototipo I, con melanoma Breslow 0,4mm sobre tatuaje en muslo derecho extirpado en 2020. La paciente consulta sobre la posibilidad de eliminar el tatuaje mediante láser. Dado que el melanoma se originó en el seno del tatuaje y que hacía menos de 5 años del diagnóstico, se aconsejó no eliminarlo.

**Discusión:** El manejo de los melanomas en pacientes con tatuajes es complejo. Se han descrito casos de melanomas y carcinomas sobre tatuajes que podrían explicarse por el traumatismo de la aguja, los componentes de la tinta y su metabolismo, y la inflamación crónica. Asimismo, el principal problema radica en el retraso diagnóstico ocasionado por el tatuaje en caso de que aparezca un melanoma en su interior, así como en la inflamación local e incluso ganglionar que puede surgir al realizar o eliminar un tatuaje.

El pigmento del tatuaje permanece en la dermis y los macrófagos lo fagocitan migrando a los ganglios linfáticos pudiendo inflamarlos. En el caso de producirse un melanoma, esta inflamación puede dificultar la detección clínica o con biopsia selectiva del ganglio centinela de metástasis nodales dada la presencia de pigmento e inflamación.

Por lo tanto, existen múltiples preguntas sin resolver en cuanto a los tatuajes y los melanomas. ¿Podría el propio tratamiento con el láser aumentar el riesgo de otro melanoma? ¿Podría la inflamación posterior a la realización o eliminación de un tatuaje simular metástasis nodales? ¿Sería mejor recomendar eliminarlo para facilitar el seguimiento en caso de recidivas locales? ¿Cuánto tiempo tendríamos que esperar hasta recomendar su eliminación?

**Conclusión:** La estimulación inmune de los tatuajes, así como de su eliminación podría favorecer la aparición de melanomas y dificultar su manejo. Ante el aumento de la incidencia de los tatuajes, resulta imprescindible crear unos protocolos o recomendaciones sobre la eliminación de éstos en pacientes diagnosticados de melanoma.

## 6 RESPUESTA COMPLETA MANTENIDA DE MELANOMA CON AFECTACIÓN LOCORREGIONAL TRAS PROGRESIÓN A ANTI-PD-1, CON LÁSER CO2 FRACCIONAL ASOCIADO A IMIQUIMOD

Estefanía Serra(1), Ana Claudia Rivas Segovia(1), Mar Luque Luna(1) y Susana Puig Sardá(1) de (1)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España.

**Introducción:** El lentigo maligno (LM) es una forma de melanoma de crecimiento lento que se desarrolla con frecuencia en personas mayores y áreas fotoexpuestas. Evoluciona a su forma invasiva, conocida como lentigo maligno melanoma (LMM), en menos del 5% de los casos. El manejo clásico del LMM es la cirugía, pero este enfoque puede ser desafiante en algunos casos o no realizable. En la actualidad, el imiquimod tópico se utiliza para tratar el LM y, más raramente, el LMM como terapia off-label. Además, se ha reportado su eficacia en el tratamiento de metástasis cutáneas de melanoma.

**Caso clínico:** Paciente de 76 años, diagnosticado de LMM Breslow 2.5 mm en región temporal izquierda en julio de 2014, con biopsia selectiva de ganglio centinela negativa. Progresión al año con 3 nódulos subcutáneos confirmándose el diagnóstico de recidiva de melanoma. En junio de 2016, por presentar múltiples metástasis cutáneas locales y tras descartar enfermedad a distancia, se realizó electroquimioterapia con bleomicina y se inició nivolumab 200 mg endovenoso cada 2 semanas. Tras 5 dosis de nivolumab se constató progresión de la enfermedad, con confirmación anatomopatológica de infiltración dérmica por melanoma. En enero de 2017, se realizó tratamiento con láser CO2 fraccional asociado a imiquimod tópico diariamente durante 25 días. Presentó una gran reacción inflamatoria local tras el tratamiento, que al resolverse mostró pigmentación azulada macular en región temporal izquierda que persistió durante más de 2 años presentando un aclaramiento progresivo con aclaramiento total en la actualidad, sin evidencia de enfermedad a distancia.

**Discusión:** Aunque el mecanismo de acción del imiquimod frente a las metástasis cutáneas de melanoma no está bien definido, es probable que tenga relación con su efecto inmunoestimulante, si bien no puede descartarse también un efecto proapoptótico o antiangiogénico. La vehiculización de fármacos asistida por láseres, especialmente láseres fraccionales ablativos (CO2/Er:YAG), por su capacidad de generar canales de microablación, podría ayudar a mejorar la respuesta al imiquimod en las metástasis de melanoma. El uso del imiquimod en casos seleccionados de metástasis cutáneas de melanoma donde otras modalidades terapéuticas resulten inviables o sean rechazadas por el paciente, posterior a láser CO2, se presenta como una nueva alternativa de tratamiento.



*Imagen clínica y dermatoscópica previo al inicio del tratamiento, reacción inflamatoria post-tratamiento y respuesta completa a los siete años.*

## 7 ADENOMA SEBÁCEO GIGANTE QUERATOACANTOMA-LIKE COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE MUIR-TORRE

Andrea San José Rodríguez(1), Carlos Fabián Figueroa Martín(1), Luis Felipe Godoy Villalón(1), Gabriel Rodríguez Vega(1), Yeray Peñate Santana(1), Silvio Galeano Reyes(2), Francisco Granados Pacheco(2), M<sup>a</sup> Zaida Hernández Hernández(1) y Javier Hernández Santana(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico - Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Introducción:** El síndrome de Muir-Torre (SMT) es una variante fenotípica del síndrome de Lynch que se caracteriza por la presencia de neoplasias viscerales, principalmente en colon y genitourinarias, y neoplasias cutáneas, frecuentemente adenomas sebáceos.

**Caso clínico:** Una mujer de 55 años, con antecedentes de adenomas de colon y un adenoma sebáceo en tórax, consultó por una lesión en la espalda de 7 meses de evolución que asociaba dolor y rápido crecimiento. Refería antecedentes: familiares de múltiples neoplasias de colon, endometrio y cerebro. En la exploración física se observaba un tumor de 9x8 cm, redondeado, de coloración violácea, bordes mal definidos, superficie lisa con zonas ulceradas e infiltrado al tacto.

El estudio histológico mostró una lesión neoplásica nodular constituida por lóbulos de células basaloides inmaduras y células sebáceas maduras con vacuolas lipídicas. Se observaba actividad mitótica únicamente en el componente basal, sin atipia ni pleomorfismo. En la inmunohistoquímica se observó positividad para receptores de andrógenos y negatividad para S100, CEA y p53, con pérdida de expresión para MLH1 y PMS2. La lesión presentaba inestabilidad de microsátélites. Con estos datos, se llegó al diagnóstico de adenoma sebáceo gigante queratoacantoma-like, en posible contexto de SMT.

Se solicitó una colonoscopia, en la que se observaron varios pólipos y una lesión sospechosa de malignidad en el ángulo esplénico, extirpada mediante hemicolectomía derecha. El estudio histológico confirmó un adenocarcinoma sobre adenoma tubular con afectación ganglionar, por lo que se inició tratamiento con poliquimioterapia adyuvante.

El estudio genético demostró una mutación en el gen MLH1, confirmando un SMT.

**Discusión:** Las neoplasias cutáneas más frecuentes en el SMT incluyen los adenomas sebáceos y los queratoacantomas. El adenoma sebáceo gigante queratoacantoma-like es una entidad poco frecuente y de rápido crecimiento, específico del SMT, con una histología caracterizada por una arquitectura similar al queratoacantoma.

**Conclusión:** Presentamos el caso de una mujer de 55 años con SMT en contexto de un adenoma sebáceo gigante queratoacantoma-like y un adenocarcinoma de colon.

## 8 UNOS "HEMATOMAS" QUE ACABARON SIENDO TUMORALES

Iván Blay Simón(1), Nohelia Rojas Ferrer(2), Pilar Villodre Lozano(1), Cecilia Alonso Díez(1), Álvaro Aguado Vázquez(1) y Almudena Mateu Puchades(1) de (1) Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia - España.

**Caso Clínico:** Hombre de 92 años remitido a consultas de Dermatología por múltiples lesiones en placa, poco infiltradas al tacto, de coloración eritemato-violácea y aspecto contusiforme, distribuidas por el tronco, así como una lesión de aspecto tumoral, no ulcerada, en cara interior del muslo izquierdo, de 4 meses de evolución.

Como antecedentes médicos de interés es hipertenso, diabético y dislipémico, y presenta artritis reumatoide del anciano seronegativa. Asintomático desde el punto de vista clínico. No se palparon adenopatías cuando le valoramos.

Nos planteamos, por tanto, la posibilidad de un proceso tumoral linfoproliferativo. En base a ello, se realizó biopsia en sacabocados, que demostró un infiltrado monomorfo linfocítico que ocupaba la totalidad de la dermis, con zona grenz íntegra. En la inmunohistoquímica se detectó positividad para CD123, CD4, y CD56 y negatividad para CD20, CD2, CD3, CD5, CD7, MPO y granzima, así como ausencia de reordenamientos del receptor del linfocito T (TCR), todo ello concordante con una neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (NCDPB). Posteriormente, Hematología halló infiltrada la médula ósea y decidió no iniciar tratamiento activo ante la situación clínica del paciente.

**Discusión:** La NCDPB es una proliferación maligna hematológica que afecta fundamentalmente a hombres >60 años. La infiltración cutánea es característica y frecuente (85% aprox.), principalmente en cara y tronco. El diagnóstico diferencial anatomopatológico es clave, y abarca otros trastornos hematológicos como la leucemia aguda, síndromes mielodisplásicos, el linfoma linfoblástico y el linfoma T/NK extranasal.

Presenta un curso clínico altamente agresivo con una media de supervivencia de 14 meses, aunque esta es relativamente mayor en aquellos que reciben trasplante de precursores hematopoyéticos alogénico (alo-TPH). Recientemente se ha aprobado por la EMA un tratamiento dirigido, el Tagraxofusp (anti CD123), que incrementa la supervivencia en pacientes no candidatos para alo-TPH.

**Conclusiones:** Presentamos una neoplasia cuyo infiltrado cutáneo es característico y que ha de hacernos considerarla para contribuir a un diagnóstico precoz (en cooperación con anatomía patológica), lo cual facilitaría la instauración de terapias más específicas con beneficio en supervivencia, si la situación clínica del paciente lo permitiese.

## 9 CUANDO EL VOLCÁN ENTRA EN ERUPCIÓN

Sergio Moreno Palma(1), María del Mar Tapias Terre(1), Yomara I. Morant García(1), Guillem Esteve Boncompte(1), Rafael Aguayo Ortiz(1), Alberto Rodrigo Cáceres(2), Felipe Vilardell Vilellas(3) y Rosa M<sup>a</sup> Martí Laborda(1) de (1)Dermatología, (2)Oncología Médica y (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España.

Varón de 71 años que consulta por tumoración de 1 año y medio de evolución que comenzó en región laterocervical derecha y se fue extendiendo a región occipital, escote, mejillas y cervical contralateral hasta alcanzar un diámetro aproximado de 30 cm. En la exploración física, se aprecia placa de bordes sobre-elevados e hiperqueratósicos con centro atrófico. Se realizó biopsia en huso y tras la correlación clínico-patológica, se llegó al diagnóstico de queratoacantoma centrifugum marginatum. Se inició tratamiento con acitretino, posteriormente metotrexato semanal y aplicación diaria de 5-Fluorouracilo 4%. Ante la escasa mejoría, se solicitó en Comité de Farmacia el uso compasivo de erlotinib.

El queratoacantoma centrifugum marginatum fue descrito por primera vez en 1962. Los principales factores de riesgo incluyen radiación ultravioleta, carcinógenos químicos y tabaquismo. Histológicamente, se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa con un infiltrado inflamatorio inespecífico asociado. Debido a su baja incidencia, supone un resto diagnóstico; su diagnóstico diferencial incluye otras neoplasias cutáneas y enfermedades infecciosas. El tratamiento gold-standard es la extirpación quirúrgica. En aquellos de gran tamaño o cuando existen lesiones múltiples, los retinoides orales y el metotrexato pueden ser una alternativa eficaz.

## 10 METÁSTASIS CUTÁNEA DE MELANOMA SOBRE CICATRIZ DE CIRUGÍA ASISTIDA POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS)

Ana Rebolledo Ruiz(1), Elena Castro González(1), María Pilar de la Rosa del Rey(1), Gabriel Suárez Mahugo(1), Ana Beatriz Felipe Robaina(1), Pedro Naranjo Álamo(1) y Irene Castaño González(1) de (1)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Introducción:** El melanoma cutáneo produce la mayoría de las muertes por cáncer de piel debido a su capacidad metastatizante. Presentamos el primer caso descrito en la literatura de metástasis de melanoma sobre cicatriz de cirugía asistida por videotoracoscopia (VATS).

**Caso clínico:** Varón de 74 años en seguimiento desde 2019 por lesión pigmentada en escápula derecha de tiempo de evolución indeterminado, tratada mediante extirpación y con diagnóstico de melanoma de extensión superficial en fase de crecimiento vertical con Breslow 3.25 mm y mutación BRAF V600E (pT3b). La biopsia selectiva del ganglio centinela y el estadiaje inicial fueron negativos (T3bN0Mx, estadio IIB).

A los dos años, la tomografía computarizada (TC) de control mostró nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis de melanoma, por lo que se derivó a Cirugía Torácica con confirmación histológica mediante resecciones segmentarias atípicas por VATS con 2 puertas de entrada.

Con el diagnóstico de melanoma estadio IV, el paciente rechazó tratamiento adyuvante con Nivolumab. Dada la marcada progresión metastásica pulmonar posterior, en diciembre de 2021 se inició terapia dirigida con Dabrafenib y Trametinib. Asimismo, se objetivó nódulo en cicatriz caudal de VATS con estudio histológico de metástasis cutánea de melanoma y tratada con IL-2 intralesional alcanzando remisión completa pulmonar y cutánea. En agosto de 2023, un PET-TC de control no evidenció actividad metabólica maligna.

Dos semanas después acudió a Urgencias por cuadro de cefalea y ataxia con resonancia magnética (RMN) con metástasis cerebrales y cerebelosas asociadas a carcinomatosis leptomenígea y defunción a los 10 días.

**Discusión:** Existen varias hipótesis acerca de la fisiopatogenia de metástasis en cicatrices quirúrgicas. La teoría clásica atribuiría este riesgo a la implantación de células malignas por siembra tumoral. Estudios más recientes defienden la vía hematogena en relación al fenómeno de "oncotaxis inflamatoria" por la liberación de quimiotaxinas en tejidos dañados.

**Conclusión:** Presentamos un paciente con melanoma estadio IV con metástasis cutánea sobre cicatriz de VATS tratada con terapia diana y IL-2 intralesional. Aunque la presencia de metástasis de melanoma sobre cicatrices quirúrgicas sea una rareza, la aparición de un nódulo subcutáneo hace mandatoria la biopsia cutánea.

11

**RETRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB: UNA NOVEDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE AVANZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ricardo Román Cheuque(1), Alicia Jiménez Antón(1), Isabel Villegas Romero(1), Myriam Viedma Martínez(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), Daniel Carrasco Fernández(2), José Francisco Millán Cayetano(1), David Jiménez Gallo(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

La inmunoterapia (IT) es un pilar en el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) localmente avanzado o metastásico. No existe casi evidencia acerca del retratamiento posterior a recidiva/progresión luego de suspendida la IT. Presentamos el caso de una mujer con respuesta completa (RC) de un CEC posterior al retratamiento con pembrolizumab.

Una mujer de 91 años consultó por un tumor frontal ulcerado e infiltrado de 5 cm. Tras extirpación con cirugía de Mohs diferido, el estudio anatomopatológico informó un CEC ulceroinfiltrante moderadamente diferenciado, DOI 0.9cm, invasión perineural, PD-L1 (TPS) 70% y márgenes libres.

A los 2 meses acudió por recidivas local y ganglionar preauricular derecha confirmadas por biopsia. Se descartó enfermedad a distancia y se declaró irreseccable. Tras considerar su ECOG 1, ratios neutrófilos/linfocitos (NLR) de 1.5 y plaquetas/linfocitos (PLR) de 106 como posibles predictores, se inició IT con pembrolizumab a dosis de 2 mg/kg, asociada a radioterapia. Luego del primer ciclo de IT se obtuvo RC según RECIST 1.1, suspendiéndose luego del tercero.

Luego de 6 meses presentó una progresión ganglionar submandibular derecha confirmada por punción, decidiéndose retratar con pembrolizumab, mejorando luego del primer ciclo. A la fecha, se mantiene en tratamiento activo con RC tras 5 ciclos. No se registraron irAEs.

La IT con anti PD-1 ha demostrado aumentar la supervivencia en el CEC localmente avanzado o metastásico tanto en solitario como asociado a quimioterapia, probablemente debido a la inmunogenicidad asociada a la alta carga mutacional del CEC.

En la literatura, solo el ensayo KEYNOTE-048 referencia al retratamiento con pembrolizumab en CEC avanzado, obteniéndose RC en 3/11 casos, aunque no se confirma si el tratamiento de primera línea fue IT o quimioterapia. En otros cánceres como el pulmonar no microcítico, tanto el retratamiento como el cambio de un anti PD-1 (nivolumab, pembrolizumab) por un anti PD-L1 (atezolizumab) han mostrado resultados prometedores.

En nuestro caso, optamos por retratar con IT dada la RC inicial y los favorables niveles de PD-L1, NLR y PLR, con una respuesta fascinante. El retratamiento podría permitir disminuir la duración de tratamiento con IT posterior a una RC, conservando su efectividad en caso de recidiva o progresión posterior.

12

**AFECTACIÓN CUTÁNEA ESPECÍFICA DE MIELOMA MÚLTIPLE DE CADENAS LIGERAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Sonia Romero Romero(1), Víctor García Rodríguez(1), Noelia Pérez Muñoz(2), M<sup>a</sup> Teresa Fernández Figueras(2), Rosario López Sánchez(3) y Montserrat Salleras Redonnet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - España y (3)Servicio de Hematología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.



Nódulo rojo-purpúrico, palpable, asintomático.

**Introducción:** El mieloma múltiple (MM) es la neoplasia primaria de médula ósea más frecuente. Las manifestaciones cutáneas del MM son raras y están poco descritas. Presentamos un caso de plasmocitomas cutáneos metastásicos con descripción clínica, dermatoscópica, ecográfica e histológica.

**Caso clínico:** Varón de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y MM de cadenas ligeras lambda, tratado con nueve ciclos de bortezomib, daratumumab, melfalán y prednisona. Fue remitido por la aparición de nódulos asintomáticos en tórax, nuca y miembros inferiores, de 10 semanas de evolución. A la exploración física se evidenciaron 7 nódulos, algunos de coloración eritemato-violácea y otros palpables sin cambios epidérmicos, distribuidos en tronco y parte proximal de extremidades. El estudio ecográfico de una de las lesiones mostró una lesión hipocóica redondeada, localizada en dermis profunda e hipodermis, sin contactar con el tejido muscular u óseo subyacente. La captación de señal Doppler fue intensa y de predominio intralesional. Se realizó una biopsia-punch de 5mm mostrando un infiltrado denso y difuso con intenso pleomorfismo, sin epidermotropismo. La inmunohistoquímica mostró positividad para CD138, con pérdida de marcadores B, expresión aberrante de CD3, ciclina D1, p53 y restricción de cadenas ligeras lambda en el estudio de hibridación in situ.

**Discusión:** El MM es una proliferación clonal de linfocitos B maduros caracterizada por  $\geq 10\%$  de células plasmáticas en médula ósea o confirmación histológica de plasmocitoma y demostración de daño orgánico. Los casos de afectación cutánea específica por MM son infrecuentes y suelen estar causados por MM IgA. Cursa en forma de nódulos subcutáneos, rojo-purpúricos, únicos o múltiples de un tamaño variable y muy vascularizados. Tiene implicaciones pronósticas ya que representan formas agresivas con características genéticas de alto riesgo, aumento de la capacidad

proliferativa, evasión de la apoptosis y resistencia al tratamiento. Puede ser simultáneo o suceder al diagnóstico, en cuyo caso, puede ser el primer signo de la progresión del mismo.

**Conclusiones:** Presentamos el primer caso de correlación clínica, dermatoscópica, ecográfica e histológica de un mieloma múltiple de cadenas ligeras con afectación cutánea en forma de plasmocitomas metastásicos.

**JUEVES 23 de mayo**  
**15:30 - 17:30 h.**

## EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN Y TÉCNICAS DE IMAGEN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

### 1 MODERADORES

Eliseo Martínez García, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

M<sup>a</sup> Elena Sánchez-Largo Uceda, Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

### 2

#### PREVALENCIA Y COMORBILIDADES DE LA HIDRADENITIS EN LA COHORTE EPICHRON: UN ESTUDIO POBLACIONAL BASADO EN DATOS DE VIDA REAL

Manuel Almenara Blasco(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Beatriz Poblador Plou(2), Clara Laguna Berna(2), Jonás Carmona Pirez(2), Alba Navarro Bielsa(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Alexandra Prados Torres(2), Antonio Gimeno Miguel(2) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España y (2)EpiChron Research Group, Aragon Health Sciences Institute (IACS), Aragon Health Research Institute (IIS Aragón). Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa es una enfermedad crónica de la piel con una prevalencia del 1% en la población general. La alta prevalencia de la hidradenitis ha motivado el estudio de sus comorbilidades en los últimos años.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la hidradenitis en una cohorte a gran escala basada en la población, describir exhaustivamente sus comorbilidades y analizar qué enfermedades están asociadas con la presencia de hidradenitis.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y observacional basado en la información clínica contenida en los registros de salud electrónicos de individuos de la Cohorte EpiChron con diagnóstico de hidradenitis (1.003 individuos de todas las edades y sexos) en 2019. La Cohorte EpiChron vincula la información socio-demográfica y clínica de los usuarios del sistema de salud público de la región española de Aragón, que representa aproximadamente el 98% de la población de referencia (1.3 millones de individuos).

Utilizamos modelos de regresión logística y calculamos la probabilidad de ocurrencia de cada comorbilidad basada en la presencia de hidradenitis. Solo se incluyeron en el análisis las enfermedades con una prevalencia > 1%. Utilizamos un punto de corte para la significación estadística de un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** La prevalencia de la hidradenitis fue del 0.1 %, y fue más frecuente en mujeres (0.12 % frente a 0.08 %). Las comorbilidades crónicas más frecuentes fueron los trastornos del metabolismo lipídico (27.82%), la hipertensión (19.74%) y trastornos de ansiedad (18.74%). Las condiciones más asociadas con la hidradenitis fueron (OR; IC del 95%): infecciones de la piel (3.70 (2.86-4.79)), alteraciones en leucocitos (2.30 (1.58-3.36)) y la esquizofrenia (2.20 (1.18-4.11)), entre otras.

**Conclusiones:** Este estudio reveló asociaciones significativas de la hidradenitis con comorbilidades cardíacas, psicológicas y endocrinas. Nuestros hallazgos proporcionan una perspectiva que puede ser útil para el diseño e implementación de intervenciones específicas que aborden no solo los aspectos dermatológicos, sino también el bienestar general de las personas afectadas por la hidradenitis.

### 3

#### EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DAÑO SOLAR EN UNA COMPETICIÓN FEDERADA DE TRIATLÓN

Magdalena de Troya Martín(1), Carmen Vaz Pardo(2), Alba Rodríguez Martínez(3), Francisco Rivas Ruiz(3), José Luis González Montesinos(4), Andras Subert(3), José Aguilera Arjona(5), Ismael Valladares Millán(1), María Estrella Cobos Bonilla(1), M<sup>a</sup> Victoria de Gálvez Aranda(5), Nuria Blázquez Sánchez(1) y José Vicente Gutiérrez Manzanedo(4) de (1)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (2)Centro Andaluz de Medicina del Deporte de Cádiz, Cádiz - España, (3)Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (4)Departamento de Educación Física, Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz, Cádiz - España y (5)Departamento de Medicina y Dermatología, Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, Málaga - España.

**Antecedentes y objetivos:** Los deportistas son un grupo de alto riesgo de desarrollo de cáncer de piel (CP) y un público clave para desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención del CP. El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo de exposición solar (ES) de los atletas de una competición de triatlón y evaluar una intervención multicomponente en prevención de CP.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal descriptivo en el Desafío Doñana, prueba de triatlón en la provincia de Huelva, el 21/10/2023. Se recabaron datos de radiometría ambiental (RA) y dosimetría personal (DP) durante los 3 tramos de la prueba. Se describieron los hábitos, actitudes y conocimientos de los deportistas en relación a la ES y el CP, las lesiones actínicas detectadas mediante chequeo cutáneo y el grado de satisfacción de la población diana con la intervención.

**Resultados:** RA: UVI máximo de 4,2. DP: exposición solar acumulada de 1,37 MED en el tramo de ciclismo (3h 41min), 1,25 MED en la natación (29min) y 1,58 MED en la carrera a pie (1h 46min.). Dosis eritemática acumulativa media de la competición: 4,20 MED. Cuestionario CHACES: completado por 110 atletas, 93,6% varones con edad media de 42,8 años (DE: 9,1), 22,7% piel clara o muy clara, refiriendo el 66,4% al menos una quemadura solar dolorosa en el último año.

El uso de gafas de sol fue la práctica de protección solar (PPS) más reportada (75,5%) seguido de evitar las horas del mediodía (57,3%) y el uso de sombrero o gorra (51,8%). El resto de PPS: uso de sombras (22,7%), de camiseta manga larga y pantalón largo (10,9%), y de cremas FPS 15+ (24,5%) fueron deficientes.

El chequeo cutáneo de la tarde previa a la competición a 117 deportistas, reveló la presencia de queratosis actínicas en el 14,8% de la muestra y 4 lesiones sospechosas de malignidad, 3 carcinomas basocelulares y 1 melanoma. Más del 95% de los 90 deportistas que respondieron la encuesta de opinión mostraron su satisfacción con la jornada y sugirieron extender la iniciativa a otros eventos deportivos.

**Conclusiones:** Los hallazgos de este trabajo ponen de manifiesto la necesidad de sensibilizar a los deportistas de los riesgos de la ES y la pertinencia de elaborar estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria del CP en el deporte con la involucración de las organizaciones deportivas.

4

#### RIESGO DE DAÑO SOLAR EN PRUEBAS DEPORTIVAS DE ULTRA-RESISTENCIA EN MEDIA Y ALTA MONTAÑA: EVALUACIÓN DE LA COMPETICIÓN ULTRA SIERRA NEVADA

Alba Rodríguez Martínez(1), José Vicente Gutiérrez Manzanedo(2), Carmen Vaz Pardal(3), Andras Subert(1), M<sup>a</sup> Victoria de Gálvez Aranda(4), José Aguilera Arjona(4), Francisco Rivas Ruiz(1), Nuria Blázquez Sánchez(5) y Magdalena de Troya Martín(5) de (1)Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (2)Departamento de Educación Física, Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz, Cádiz - España, (3) Centro Andaluz de Medicina del Deporte, Cádiz - España, (4)Departamento de Medicina y Dermatología, Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, Málaga - España y (5)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La exposición solar excesiva es la principal causa evitable de cáncer de piel. En las carreras de ultra-resistencia, especialmente en alta montaña, son entornos de alto riesgo de exposición solar, que han sido poco estudiados. El objetivo de este estudio fue cuantificar la cantidad de radiación UV que reciben los corredores de trail-running de ultra-resistencia durante la prueba deportiva y evaluar su hábitos, actitudes y conocimientos en relación a la exposición solar y el cáncer de piel.

**Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal observacional de tipo descriptivo. Se recabaron datos de radiometría ambiental y dosimetría personal durante la realización de las cinco modalidades de la prueba de Ultra-Resistencia Sierra Nevada 2023 y así como de los hábitos de fotoexposición y fotoprotección de los deportistas mediante el cuestionario validado CHACES.

**Resultados:** La radiometría ambiental, registró para los días de la prueba, un UVI máximo, de 8,7, 9,9 y 10,9. Los atletas estudiados mediante dosimetría personal (n=20) recibieron 7.6-2.9 DEMs para fototipo III. Un total de 194 atletas de 1600 participantes (tasa de respuesta = 12%) con una media de edad de 41,3 ± 8,9 años y 76,8% hombres participaron en la encuesta. El 22,3% de los encuestados refirió un fototipo de piel de riesgo (I-II) y el 66,5% haber sufrido al menos una quemadura y el 28,9% tres o más en el año previo. El 93,8% declaró realizar deporte al aire libre 30 o más días/año, y 28,9%, 3 o más horas/día.

En el modelo de regresión logística multivariante para presencia de quemadura solar realizando actividades al aire libre en año previo, ajustado a sexo, nivel de estudios y fototipo se han identificado como variables protectoras la práctica de protección uso habitual de camiseta con manga y pantalón largo (OR: 0,15; IC95%: 0,03-0,67) y evitar el horario de mediodía (OR: 0,41; IC95%: 0,20-0,85).

**Conclusiones:** La dosis de radiación ultravioleta recibida por los atletas estudiados está por encima de la dosis máxima recomendada, los atletas encuestados presentaron unas elevadas tasas de quemadura solar y una insuficiente adherencia a las principales prácticas de fotoprotección, por tanto, es necesario implementar estrategias para la mejora de las prácticas de fotoprotección en los deportistas.

5

#### EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN REDES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL: EL CASO DEL PROYECTO SOLUDABLE

Andras Subert(1), Ximena Montoya Wiedeman(1), Alba Rodríguez Martínez(1), Alejandro Álvarez Nobell(2), Francisco Rivas Ruiz(1), Nuria Blázquez Sánchez(3) y Magdalena de Troya Martín(3) de (1)Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (2)Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad de Málaga, Málaga - España y (3)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes y Objetivo:** Las redes sociales (RRSS) son una de las principales vías de comunicación hoy en día. Su uso va creciendo en promoción de la salud (PS) y prevención. No obstante, sigue habiendo obstáculos, como el engagement (eng.), intención de interactuar con el contenido. Para que estos canales sean eficaces en las estrategias de comunicación sanitaria, los profesionales han de conocer las plataformas y tipos de mensajes que influyen en el público. Soludable, un proyecto de PS y prevención de cáncer de piel, puesto en marcha en 2020, apuesta por ellas como canales de divulgación, completando así los tradicionales. Nuestro objetivo fue evaluar la evolución de la actividad y detectar patrones que generan eng. con la comunidad.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las publicaciones de Soludable en Instagram (IG), Twitter (X), Facebook (FB) y LinkedIn (LI) entre el 01/01/2022 y el 31/12/2023, describiendo las variables de alcance, impresiones, interacciones -me gustas (MG), comentarios, veces compartido (VC) o veces guardado (VG)- con herramientas de análisis de las plataformas. Se calcularon las tasa de interacción y de eng., ponderando las interacciones según grado de implicación (nivel 1 - impresión, nivel 2 - MG, nivel 3 - comentario, VC y VG). Análisis de contenido: se estudiarán las 20 publicaciones con mayor eng. en cada red con variables cualitativas.

**Resultados:** En IG (n=174) se observa un crecimiento del 248% en el alcance y 210% en las interacciones entre 2022 y 2023 y una disminución en la tasa de interacción (1,07 puntos) y el eng. (2,94 puntos). En X (n=435) hay un descenso del 5% en las impresiones en 2023. Un aumento del 10% en las interacciones y 0,94 puntos en la tasa de interacción. El eng. disminuyó (1,1 punto). En FB (n=97) se nota un incremento del 403% en el alcance y 396% en las interacciones. Bajada en la tasa de interacción (0,27 puntos) y aumento en el eng. (1,85 puntos). En LI (n=98) el alcance aumentó en 194%, y las interacciones en 217%. La tasa de interacción creció en 5 puntos y el eng. en 1,1. Se detectaron las 20 publicaciones con mayor eng. en cada red.

**Conclusiones:** Se observa un crecimiento general en el alcance e interacciones en las RRSS de Soludable. Las tasas de interacción y eng. varían según la plataforma. El análisis de contenido en curso permitirá identificar patrones que generan eng. en cada red social.

**6 DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ENSEMBLE DE REDES NEURONALES CONVOLUCIONALES PARA LA PREDICCIÓN DE LA MICROINVASIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO**

Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Juan Pedro Domínguez Morales(2), Lourdes Durán López(2), Julián Conejo-Mir(1) y José Juan Pereyra Rodríguez(1) de (1) UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España y (2)Departamento de Arquitectura y Tecnología de Computadores. Universidad de Sevilla, Sevilla - España.

**Introducción:** El diagnóstico precoz del melanoma es la principal meta de la dermatoscopia. No obstante, predecir la microinvasión del melanoma cutáneo es una tarea compleja incluso para dermatólogos expertos. El Machine Learning se ha postulado como una herramienta prometedora de ayuda a la toma de decisiones al trabajar con imágenes dermatoscópicas. Sin embargo, conseguir grandes conjuntos de datos etiquetados por expertos para el entrenamiento de los modelos, continúa siendo costoso económica y temporalmente.

**Objetivo:** Desarrollar un modelo de aprendizaje semi-supervisado multi-profesor (multi-teacher) basado en knowledge distillation (KD) que permita emplear imágenes no etiquetadas por expertos, para la clasificación entre melanoma in situ e invasivo, así como  $< 0,8$  mm de microinvasión.

**Método:** Se desarrolló un modelo de aprendizaje semisupervisado mediante la utilización de un abordaje de KD multi-profesor. Los modelos fueron entrenados y evaluados usando un conjunto de datos heterogéneos de 1449 imágenes, empleando cuatro subconjuntos (Hospital Virgen del Rocío, Polesie et al. Kawahara et al. e ISIC archive) mediante un esquema de validación cruzada estratificada en cinco particiones. Para el entrenamiento de los modelos semisupervisados, se emplearon imágenes etiquetadas, además de imágenes pseudo-etiquetadas obtenidas del proceso de anotación mediante un anotador basado en KD, a partir de un modelo de aprendizaje supervisado. Se calculó la media y la desviación estándar de cada una de las métricas en cada una de las cinco particiones.

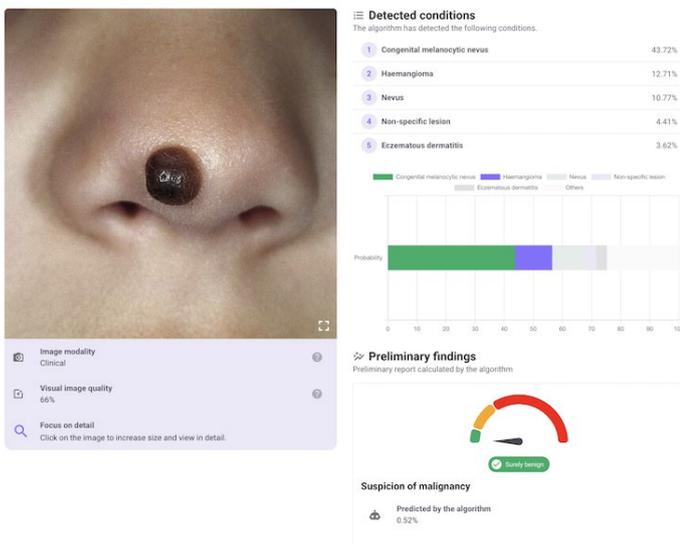
**Resultados:** Para la clasificación entre melanoma in situ o invasivo, el mejor de los modelos semisupervisado alcanzó un AUC de 0,62 y una sensibilidad y especificidad del 77% y 91%, respectivamente. Para la clasificación entre melanoma  $< 0,8$  mm de microinvasión el mejor modelo mostró un AUC medio de 0,75 y una sensibilidad y especificidad de 76% y 81%.

**Conclusión:** el modelo de aprendizaje semisupervisado basado en el abordaje multi-profesor superó el rendimiento de modelos de aprendizaje supervisado previos, para la predicción de la microinvasión del índice de Breslow. Este abordaje permite incorporar el uso de imágenes no etiquetadas por expertos en los conjuntos de datos para entrenamiento de este tipo de modelos de Machine Learning.

**Financiación:** Ayuda EUROMELANOMA 2023 de la Fundación Piel Sana de la AEDV.

**7 ESTUDIO DE RENDIMIENTO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN 15 RESIDENCIAS DE MAYORES**

Taig Mac Carthy(1), Alfonso Medela Ayarzagüena(2) y Andy Aguilar(1) de (1)Clinical Endpoint Innovation y (2)Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España.



Datos clínicos generados por el dispositivo médico

La integración creciente de la inteligencia artificial en la dermatología ha catalizado una transformación profunda en el campo. A pesar del desarrollo de algoritmos robustos, dos requisitos cruciales para su utilidad siguen siendo primordiales: la aprobación oficial por parte de organismos reguladores para fines de apoyo clínico y la validación tangible a través de aplicaciones en el mundo real que confirmen la fidelidad de las métricas de laboratorio en entornos prácticos.

En este estudio de evaluación del rendimiento, evaluamos Legit.Health, una herramienta de apoyo diagnóstico basada en IA con marcado CE para más de 323 condiciones de la piel, en 15 centros médicos españoles. El estudio implicó el análisis de 584 informes diagnósticos creados a partir de fotografías clínicas capturadas por diecinueve enfermeros, con diagnósticos validados por dermatólogos como Gold Standard.

Legit.Health demostró una gran precisión diagnóstica, logrando precisión top-1, top-3 y top-5 del 63.53%, 78.95% y 85.71% respectivamente. Es destacable su desempeño en la detección de malignidades, reflejado por un excepcional AUC de 0.93. La calidad de la imagen, evaluada mediante el algoritmo DIQA, jugó un papel crucial, con una puntuación media del 72% y un umbral de rechazo del 50%, asegurando datos de alta calidad para diagnósticos precisos.

Nuestros hallazgos confirman la notable eficacia de Legit.Health en la práctica clínica, alineándose estrechamente con sus métricas de pruebas internas. Su alta precisión diagnóstica, particularmente en la detección de malignidades, y el estricto control de calidad de la imagen, subrayan su potencial como una ayuda confiable en el diagnóstico dermatológico. La aplicabilidad del mundo real de la herramienta se ve reforzada por su adhesión a estrictos estándares de calidad de imagen, contribuyendo a su utilidad clínica y al mejoramiento del cuidado del paciente.

**Tabla:** Desglose de métricas por centro de salud

Centro médico	Nº de pacientes	Precisión top 1 (%)	Precisión top 3 (%)	Precisión top 5 (%)
Centro residencial Sanitas Mevefares	62	79.03	85.48	91.94
Centro residencial Sanitas Henares	37	75.68	86.49	86.49
Centro residencial Sanitas Miramon	30	66.67	90.00	96.67
Centro residencial Sanitas Mas Camarena	21	61.90	80.95	90.48
Centro residencial Sanitas Las Rozas	21	52.38	71.43	95.24
Centro residencial Sanitas Alameda de Osuna	20	10.00	35.00	40.00
Centro residencial Sanitas Cornellá	18	55.56	77.78	83.33
Centro residencial Sanitas Valladolid	16	56.25	56.25	68.75
Centro residencial Sanitas Tarragona	13	69.23	84.62	92.31
Centro residencial Sanitas Loramendi	9	44.44	88.89	88.89
Centro residencial Sanitas Colmenar Viejo	8	62.50	75.00	75.00
Centro residencial Sanitas Altanova	6	83.33	100.00	100.00
Centro residencial Sanitas Carabanchel	5	80.00	100.00	100.00

*Precisión top 1, 3 y 5 obtenidas en cada centro de salud.*

8

## CUANDO LOS TUMORES CHOCAN: DERMATOSCOPIA DEL CARCINOMA BASOCELULAR ASOCIADO A OTROS TUMORES CUTÁNEOS

Jorge Martín-Nieto(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Virseda González(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Luis Ángel Zamarro Díaz(1), Marina de la Puente Alonso(1), Verónica Parra Blanco(2), Francisco Arias Lotto(2), Paloma García Piqueras(3), Ricardo Suárez Fernández(3) y José Antonio Avilés Izquierdo(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España, (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España y (3)Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** La colisión de tumores se produce cuando dos o más neoplasias coinciden simultáneamente en la misma área temporal y espacial. Este fenómeno, poco común, a veces dificulta la detección de lesiones malignas. El diagnóstico clínico de estas lesiones resulta complejo, pero la dermatoscopia puede mejorar la precisión diagnóstica.

**Casos clínicos:** Se describen cuatro casos clínicos carcinomas basocelulares en colisión con otros tumores en cuatro pacientes atendidos en nuestro hospital.

**Caso 1:** varón de 55 años, que consultó por cambios recientes en una lesión melanocítica de larga evolución localizada en la espalda. La dermatoscopia reveló un patrón en empedrado típico de nevus melanocíticos congénitos y una zona azulada con vasos arboriformes característicos del carcinoma basocelular.

**Caso 2:** mujer de 65 años, consultó por la aparición de una lesión en el cuero cabelludo. La dermatoscopia mostraba un nódulo rosado con telangiectasias arboriformes junto a una lesión marrón sin criterios de lesión melanocítica, con tapones córneos y quistes tipo milium. La histología confirmó una colisión de queratosis seborreica y carcinoma basocelular.

**Caso 3:** mujer de 20 años, que consultó por la aparición de un nódulo en una lesión congénita localizada en el cuero cabelludo. La dermatoscopia reveló un nódulo gris-azulado con vasos finos en su periferia sobre un patrón en empedrado blanco-amarillento, indicando un carcinoma basocelular sobre nevus sebáceo.

**Caso 4:** varón de 75 años remitido por cambios en una lesión pigmentada frontal. En la dermatoscopia presentaba un patrón anular-granular, estructuras romboidales y una mancha de pigmento marrón. Además, en la misma lesión un nido ovoide gris-azulado con estructuras en hoja. La histología confirmó una colisión lentigo maligno melanoma y carcinoma basocelular.

**Conclusiones:** Las colisiones de tumores son eventos inusuales y difíciles de explicar desde una perspectiva etiopatogénica. Se proponen varias hipótesis, como la aparición de los tumores en la misma localización espaciotemporal, posiblemente exacerbada por factores de riesgo

como la fotoexposición crónica y el desarrollo de mutaciones en las células de tumores de diferentes estirpes histológicas. La presencia de un área de color distinta al marrón en lesiones benignas nos debe alertar ante el posible desarrollo de melanoma u otros tumores malignos.

**9 ALGORITMO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EVALUACIÓN AUTOMÁTICA Y PRECISA DE LA GRAVEDAD DE LA PSORIASIS PUSTULAR GENERALIZADA**

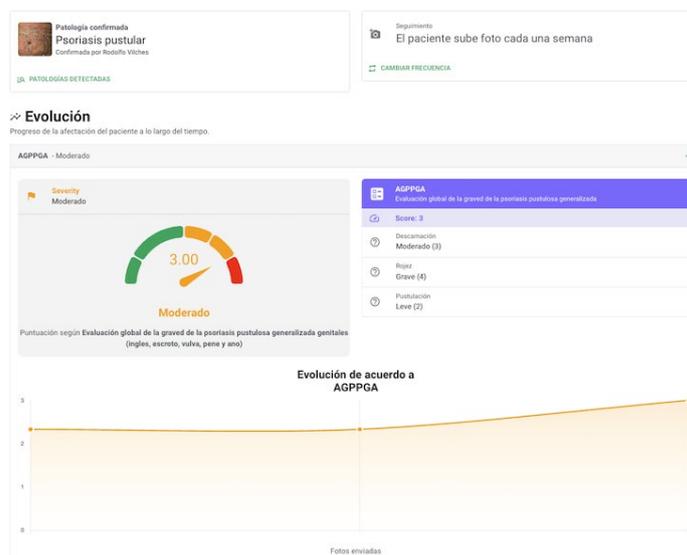
Alfonso Medela Ayarzagüena(1), Taig Mac Carthy(2), Andy Aguilar(2), Jordi Mollet Sánchez(3), Ofelia Baniandres Rodríguez(4) y Rosa María Izu Beloso(5) de (1) Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Clinical Endpoint Innovation. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (5)Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

La evaluación de la gravedad de las enfermedades cutáneas se realiza comúnmente mediante sistemas de puntuación basados en signos visibles y, en ocasiones, síntomas. Estos métodos presentan una alta variabilidad tanto inter como intra observador y suelen consumir un tiempo considerable, un recurso escaso en las consultas dermatológicas. Esta práctica a menudo resulta en evaluaciones apresuradas o incluso omitidas. Un ejemplo particular es la Psoriasis Pustulosa Generalizada (GPP), una forma rara y severa de psoriasis con riesgos potencialmente letales si no se trata adecuadamente. La escasez de casos de GPP implica la falta de criterios estandarizados para su evaluación, complicado por la subjetividad y lentitud del proceso manual.

En este contexto, presentamos un algoritmo de inteligencia artificial revolucionario para la evaluación automática de la escala GPPGA a través del análisis de imágenes. Hemos compilado un conjunto de datos de 332 imágenes de pacientes con GPP de atlas y varios centros médicos. Este conjunto fue anotado por dermatólogos experimentados, subrayando la gravedad de signos visibles según AGPPGA: eritema, descamación y pustulación. Se incluyeron imágenes de piel sana para afinar la evaluación de lesiones leves o claras, ya que la mayoría eran de casos moderados a graves.

Al medir la concordancia entre expertos, encontramos un alto grado de acuerdo, con un coeficiente kappa de Cohen superior a 0.8. El algoritmo mostró un nivel de acuerdo comparable al de los expertos, con un kappa de Cohen de 0.78, evidenciando su capacidad de emular el rendimiento de especialistas en la patología. La pustulación, un signo distintivo en este sistema, alcanzó un acuerdo de 0.83 en el valor kappa de Cohen.

Este trabajo no solo ofrece una estimación precisa y rápida de los componentes de la GPPGA (pustulación, eritema y descamación), sino que también proporciona datos sobre la segmentación de las lesiones. Al superar las limitaciones de los métodos manuales actuales, nuestro algoritmo facilita una evaluación más objetiva y eficiente de la gravedad de la GPP, contribuyendo a la estandarización de los protocolos de evaluación de esta enfermedad. Con ello, este algoritmo se perfila como una herramienta valiosa en la dermatología moderna, mejorando la precisión y eficiencia en la evaluación de una patología desafiante como la GPP.



*Evolución de un paciente medida mediante el GPPGA automático*

**Tabla comparativa entre los especialistas y el algoritmo.**

	GPPGA		Pustulación		Eritema		Descamación	
	Precisión	Ck.	Precisión	Ck.	Precisión	Ck.	Precisión	Ck.
Doctores	0.72	0.80	0.70	0.83	0.75	0.75	0.72	0.81
Algoritmo	0.64	0.78	0.63	0.83	0.73	0.84	0.57	0.68

*Precisión y Kappa de Cohen por cada signo visible y agregado (GPPGA).*

10

## SALT AUTOMÁTICO: REDUCIENDO LA SUBJETIVIDAD EN LA MEDICIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ALOPECIA AREATA MEDIANTE UN ALGORITMO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Andy Aguilar(2), Alfonso Medela Ayarzagüena(1), Taig Mac Carthy(2) y Miguel Sánchez Viera(3) de (1)Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Clinical Endpoint Innovation. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España y (3)IDEI, Madrid - España.

La herramienta de gravedad de alopecia SALT se ha establecido como un recurso clínico esencial en la evaluación de la alopecia areata. Su amplia utilización se debe a su eficacia para ofrecer una valoración estandarizada y cuantitativa de la pérdida capilar. Esta capacidad resulta crucial no solo en la práctica clínica diaria, sino también en el ámbito de la investigación, facilitando una metodología uniforme para la evaluación de tratamientos y la comparación de resultados en diversos estudios.

A pesar de su amplia aceptación, el SALT presenta una gran limitación: su componente subjetivo. La estimación visual de los porcentajes de pérdida de cabello puede variar entre observadores, lo que conlleva a inconsistencias en los resultados. Para superar este obstáculo, desarrollamos un algoritmo de inteligencia artificial diseñado para medir de manera precisa y automática el SALT.

Para alcanzar este objetivo, compilamos un dataset compuesto por 1826 imágenes de cabeza, incluyendo una amplia variedad de pacientes de ambos sexos con diferentes grados de alopecia, así como individuos sanos. Anotamos las imágenes marcando zonas de baja y alta densidad capilar, así como el contorno del cuero cabelludo. A partir de este dataset, entrenamos una red neuronal convolucional para segmentar con precisión las áreas de baja y alta densidad capilar, así como la cabeza en su totalidad.

Los resultados obtenidos fueron remarcables, logrando una excelente segmentación tanto en las zonas de baja y alta densidad capilar. La métrica utilizada para evaluar la segmentación fue la puntuación Dice, obteniendo 0.80 para la segmentación de cabello sano, 0.67 para la segmentación de la calvicie y 0.93 para la segmentación del cuero cabelludo. En cuanto a la detección automática de la cabeza, el algoritmo desarrollado mostró un desempeño excepcional, con unas métricas de precisión y recall de 0.99 y 0.98, respectivamente.

En conclusión, el SALT automático supera las limitaciones de los métodos manuales actuales, facilitando una valoración más objetiva y eficiente de la alopecia areata. Esto contribuye significativamente a la estandarización de los protocolos de evaluación en esta área de la dermatología. El algoritmo desarrollado se perfila como una herramienta invaluable en el campo de la dermatología, abriendo nuevas vías para la gestión y el tratamiento de la alopecia areata.



Detección de alopecia mediante el algoritmo ASALT

11

## DEFINICIÓN DE PATRONES ECOGRÁFICOS EN PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS CUTÁNEOS

Miguel Recio Monescillo(1), Juan Torre Castro(1), Raúl Córdoba Mascuñano(2), José Luis Díaz Recuero(1), Belén Ruffin Vicente(1), Jaime García Sanz(1), Carolina Manzanos Yustas(1), María Rodríguez Pinilla(3), Luis Requena Caballero(1) y María Dolores Mendoza Cembranos(1) de (1)Dermatología, (2)Hematología y (3) Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

La ecografía cutánea es una prueba diagnóstica no invasiva, de bajo coste y accesible, que puede servir de herramienta al dermatólogo para el manejo de diversas patologías.

Presentamos el estudio llevado a cabo en la Unidad de Linfomas Cutáneos de nuestro centro en el cual hemos recogido los datos clínicos, histológicos y ecográficos de los pacientes con procesos linfoproliferativos dermatológicos con el objetivo de describir los patrones ecográficos que presentan los diferentes linfomas cutáneos primarios y linfomas sistémicos con afectación cutánea, así como estudiar la utilidad de la ecografía cutánea en la monitorización y el seguimiento de los pacientes que sufren estas patologías.

Para ello, hemos realizado una recogida de datos de los linfomas cutáneos primarios y linfomas sistémicos con afectación cutánea que se presentaban clínicamente como pápulas o nódulos desde 2019 hasta la actualidad en nuestra consulta monográfica conjunta con el servicio de Hematología, recopilando variables clínicas, histológicas y ecográficas. Además, los pacientes que se sometieron a algún tratamiento se siguieron mediante visitas a los 3, 6 y 9 meses con nueva recogida de datos para monitorizar la respuesta.

Analizando las imágenes obtenidas, se describieron 5 patrones ecográficos diferentes que pueden presentar los procesos linfoproliferativos cutáneos, algunos de ellos compartidos entre diferentes entidades.

El uso de la ecografía cutánea puede ser de gran utilidad en la atención a pacientes con sospecha de procesos linfoproliferativos que afectan a piel, tanto para una aproximación diagnóstica inicial, como para una monitorización de la respuesta a terapias locales y sistémicas.

**12 OPTIMIZACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE HERRAMIENTA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

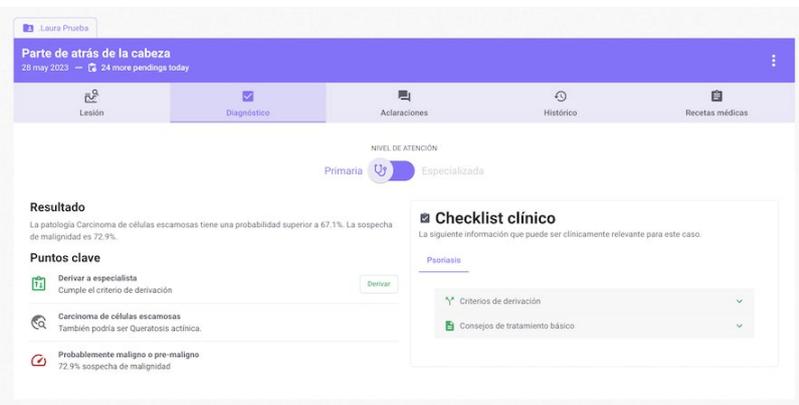
Gastón Roustán Gullón(1), Ángela María García Miñarro(1), Taig Mac Carthy(2), Andy Aguilar(2), Sara Recalde(2), Ignacio Hernández Montilla(3) y Alfonso Medela Ayarzagüena(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (2)Clinical Endpoint Innovation. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España y (3)Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España.

Las afecciones cutáneas suponen el 5% de las consultas en atención primaria, y la falta de formación dermatológica entre médicos generalistas y la escasez de especialistas agravan esta situación. Sin embargo, avances como la teledermatología y la Inteligencia Artificial están mejorando el acceso, reduciendo tiempos de espera, y elevando la precisión diagnóstica, optimizando así las derivaciones a dermatología.

El presente estudio evaluó la eficacia del dispositivo médico Legit.Health, con el objetivo de optimizar la derivación de pacientes desde atención primaria a especialistas en dermatología. Participaron el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro y dos centros de salud, involucrando a 30 médicos de atención primaria y un dermatólogo. Se seleccionaron 100 pacientes siguiendo criterios específicos. Los médicos de atención primaria, mediante el uso de la aplicación Legit.Health, capturaron imágenes de lesiones cutáneas para validar o ajustar diagnósticos. El estudio se centró en la adecuación de las derivaciones, el diagnóstico de diversas afecciones dermatológicas y la utilidad clínica de la herramienta.

Se analizaron 180 informes diagnósticos de 131 pacientes. El uso de Legit.Health disminuyó las derivaciones innecesarias a consulta dermatológica en un 5%. La herramienta facilitó el diagnóstico correcto de condiciones como hidradenitis supurativa, psoriasis y urticaria, que previamente no habían sido identificadas sin su aplicación. Respecto al cáncer de piel, incluyendo melanoma, se obtuvo una sensibilidad del 60% y una especificidad del 91%, con un AUC de 0.84. Los médicos expresaron una alta satisfacción con el rendimiento de Legit.Health, resaltando su facilidad de uso y beneficio en el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

La implementación de Legit.Health en el ámbito de la atención primaria ha demostrado ser una herramienta eficaz para minimizar las derivaciones innecesarias a dermatología, mejorando notablemente el diagnóstico de enfermedades cutáneas. Este avance facilita una identificación más precisa de patologías dermatológicas, incluyendo el cáncer de piel. La integración de esta tecnología en la práctica médica habitual representa un paso significativo hacia un diagnóstico más preciso y un manejo más eficiente de las enfermedades dermatológicas en atención primaria.



Reporte diagnóstico utilizado por los médicos de atención primaria para apoyar su decisión

**13 ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE LEGIT.HEALTH EN EL APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DE LA PIEL A TRAVÉS DE MÚLTIPLES FOTOGRAFÍAS**

María Elena Sánchez-Largo(1), Thomas Akel Oberpaur(1), Taig Mac Carthy(2), Andy Aguilar(2) y Alfonso Medela Ayarzagüena(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España, (2)Clinical Endpoint Innovation. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España y (3)Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España.

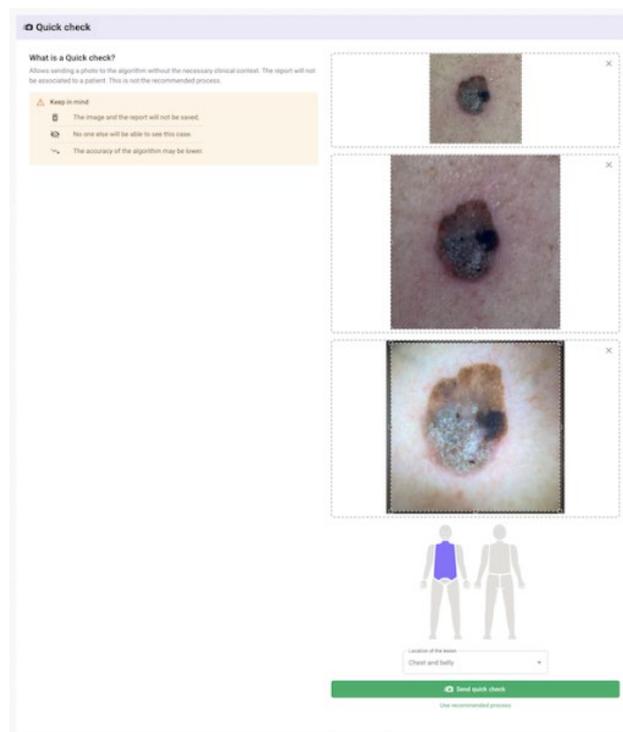
La inteligencia artificial está cambiando la dermatología, especialmente en teledermatología, mejorando las capacidades existentes y presentando nuevas. Aunque se han desarrollado muchas aplicaciones en el ámbito académico con la promesa de transformar la práctica clínica, enfrentamos desafíos al incorporar la IA en entornos clínicos. Es crucial definir casos de uso claros y cumplir con estándares rigurosos en el entrenamiento y validación de dispositivos médicos.

Este estudio se enfoca en evaluar el rendimiento de Legit.Health, un dispositivo médico, en la detección de patologías cutáneas y la identificación de la malignidad mediante imágenes clínicas y dermatoscópicas. Utilizamos imágenes de 58 pacientes del Servicio de Dermatología del

Hospital Universitario de Torrejón, capturando al menos tres imágenes por paciente con smartphones para la imagen clínica y smartphone con dermatoscopio acoplado para patologías pigmentadas o tumorales. Aplicamos dos **Métodos**: de procesamiento: a nivel de imagen y a nivel de paciente, usando todas las imágenes disponibles.

Las imágenes tuvieron una alta calidad, con una puntuación promedio de calidad de un 80%. Hubo una diferencia significativa en la precisión entre el método de una única imagen y el que utiliza todas las disponibles, con un aumento del 13% en la precisión top-1 con el método de múltiple imagen. La detección de malignidad alcanzó AUCs excepcionales de 0.9935 y 0.9688 para los **Métodos**: de paciente e imagen, respectivamente. La calidad de la imagen resultó crucial, con una mejora del 14% en imágenes con una puntuación de calidad superior a 70%.

Legit.Health no sólo cumple las especificaciones de rendimiento del fabricante, sino que las supera cuando se utilizan múltiples imágenes. Su excepcional capacidad de detección de malignidad, que supera a las pruebas de laboratorio y a dispositivos similares del mercado, lo sitúa como una herramienta innovadora en dermatología. En resumen, Legit.Health destaca como un recurso valioso para la toma de decisiones en dermatología, ofreciendo un rendimiento superior y un potencial único en el triaje de patología maligna.



Funcionalidad de múltiples fotos en Legit.Health

**Tabla:** Rendimiento de Legit.Health en la identificación de patologías

Método	Precisión top-1 (%)	Precisión top-3 (%)	Precisión top-5 (%)
Una imagen	54.04	75.25	78.78
Múltiples imágenes	67.85	80.35	83.92
Algoritmo	0.64	0.78	0.63

Precisión top-1,3,5 para cada método empleado en el estudio

**JUEVES 23 de mayo**  
15:30 - 17:30 h.

## DERMATOPATOLOGÍA, ENFERMEDADES VASCULARES Y VASCULITIS, GENODERMATOSIS, TEMAS PROFESIONALES Y SOCIOSANITARIOS Y TUMORES BENIGNOS

### 1 MODERADORES

Caridad Soria Martínez, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Lidia Trasobares Marugán, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

### 2 ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES CUTÁNEAS CON PÉRDIDA COMPLETA O PARCIAL DE LAS FIBRAS ELÁSTICAS

Zuzanna Lagun(1), Noelia Pérez Muñoz(2), Mónica González Farré(3), Anna Mozos Rocafort(4), Montserrat Ferrer Artola(5), Paola Castillo Fernández(1), Lluïcia Alòs Hernández(1), Natalia Castrejón de Anta(1), Raquel Albero González(1), Priscila Giavedoni(5), José Manuel Mascaró Galy(5), Maite Fernández Figueras(2) y Adriana García-Herrera(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic, Barcelona - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - España, (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Mar, Barcelona - España, (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España y (5)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España

**Introducción:** Los trastornos cutáneos con pérdida de fibras elásticas (FE) son poco prevalentes, con etiopatogénea desconocida, presentación clínica similar, y descritos bajo diferentes nomenclaturas.

**Objetivos:** Evaluar las características clínico-patológicas de los casos caracterizados por pérdida de las FE en la biopsia cutánea y revalorar la nomenclatura diagnóstica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico, de revisión de los casos diagnosticados de elastosis durante los años 2013 a 2023. Clínicamente las lesiones se definieron como pápulas y/o placas únicas, localizadas o generalizadas, asociadas o no a patología sistémica. Histológicamente se evaluaron secciones de H&E y la alteración de FE (tinción de orceina o Van Gieson) como pérdida completa o parcial, afectando dermis papilar (DP) y/o dermis reticular superficial, media o profunda (DRS, DRM, DRP).

**Resultados:** Evaluamos 31 casos (27 mujeres, 4 varones 11-88 años). Basados en las características clínico-patológicas comunes, reclasificamos: a) 20 casos como papulosis fibroelastótica (incluye elastosis de la DP, el pseudoxantoma-like y la papulosis fibrosa blanca del cuello): caracterizada clínicamente como placas y/o pápulas en cuello y/o axilas, e histológicamente con pérdida completa/parcial de FE afectando DP y en algunos casos DRS y DRM; b) 6 casos como elastosis de la dermis media, caracterizada por placas en tronco y/o extremidades y pérdida parcial/completa de FE en DRM o DRS y DRM y c) 2 casos como elastorrexis papulosa con pápulas/placas en tronco y pérdida completa de FE en DRS. Los anteriores pacientes no tenían comorbilidades destacables. Adicionalmente evaluamos: d) 2 casos de anetoderma con pápulas en tronco y pérdida parcial de FE en DP, DRS y DRM; y e) 1 caso de cutis laxa adquirida, con lesiones urticariformes generalizadas en tronco y extremidades y pérdida completa de FE en DP, DRS y DRM. Los últimos casos se presentaron en el contexto de autoinmunidad/autoinflamación y síndrome linfoproliferativo B.

**Conclusiones:** Para el diagnóstico de las entidades con pérdida de las FE, es importante localizar el nivel de afectación (DP, DRS, DRM o DRP), definir si es parcial o completa y correlacionar con la presentación clínica de las lesiones. Son de especial relevancia los diagnósticos de cutis laxa y la anetoderma por su asociación con enfermedades sistémicas de base.

### 3 HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA: SERIE DE CASOS. CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

Jaime García Sanz(1), Carlos Augusto Pestana Soares(1), Margarita Jo Velasco(1), Carolina Arean Cuns(1) y Inmaculada Alcaraz León(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

La hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) es una condición benigna consistente en hiperplasia epidérmica y del epitelio anexial, a menudo reactiva a distintos procesos inflamatorios, infecciosos, y más raramente, neoplásicos.

Los hallazgos histopatológicos de la HPE pueden solaparse con los del carcinoma de células escamosas (CCS) bien diferenciado, por lo que supone un desafío diagnóstico, y se torna fundamental la sospecha clínica y la correlación clínico-patológica. Presentamos una serie de 14 casos de hiperplasia pseudoepiteliomatosa estudiados entre 2019 y 2023. Para ello se recogieron datos demográficos, características clínicas e histopatológicas de la muestra, incluyendo panel IHQ. Resaltamos la ya conocida importancia de la expresión y distribución de p53, como marcador diferencial de la HPE y el CCS.

### 4 APLICACIONES DEL DERM DOTTING; NUESTRA EXPERIENCIA

Andrés Grau Echevarría(1), Ángel González García(1), Junisbel Gutiérrez Rivero(2), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Carolina Labrandero Hoyos(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Malena Finello(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Josep Marí Alexandre(2), José Ángel García García(2), Amparo Pérez Ferriols(1) y Gemma Mª Pérez Pastor(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

**Antecedentes:** El derm dotting es una técnica que permite indicar las zonas de una pieza histológica que se quieren estudiar en el examen anatomopatológico. Consiste en la colocación de una pequeña cantidad de esmalte para uñas sobre la pieza que indicará al patólogo la zona

exacta de interés y se podrá visualizar sobre la epidermis tras el procesado. Es de gran utilidad para realizar una correcta correlación entre la dermatoscopia y la histología, especialmente en lesiones melanocíticas, donde permite detectar las zonas de mayor profundidad de invasión o con mayor cantidad de criterios histológicos de malignidad.

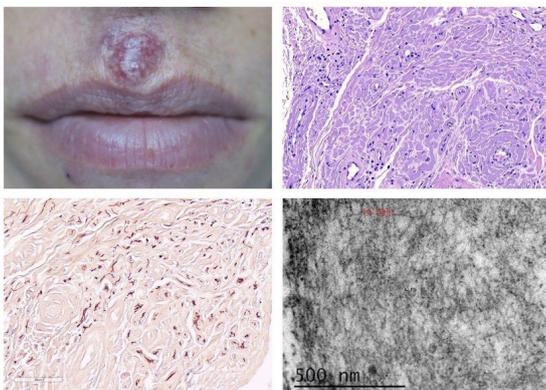
**Métodos:** Presentamos nuestra experiencia con esta técnica durante 8 meses de utilización tanto en patología tumoral, melanocítica y no melanocítica, como en lesiones no tumorales. De especial interés es su uso en las lesiones melanocíticas en las que hemos marcado las zonas de mayor atipia dermatoscópica o que sugieren mayor profundidad de invasión. Realizamos un análisis comparativo con medición del índice de Breslow y el número de mitosis en todos los melanomas comparando la zona marcada con el resto de la lesión. Además presentamos otras utilidades de esta técnica no descritas en la literatura y de especial interés para la realización de correlación entre la dermatoscopia y la histología.

**Conclusiones:** Presentamos nuestra experiencia con esta técnica analizando su utilidad en lesiones melanocíticas así como en patología no maligna.

5

## ELASTOSIS AMILOIDE CUTÁNEA PRIMARIA LOCALIZADA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE CON CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS ÚNICAS

Sergio Rodríguez Conde(1), José Antonio Oliva Fernández(1), María Alejandra Ruiz Villanueva(1), Lía Bejarano Antonio(1), Javier Cañueto Álvarez(1), Álex Viñolas Cuadros(2), Marina Alonso Riaño(3) y Ángel Santos-Briz Terrón(4) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.



Segundo caso clínico

La elastosis amiloide es una variedad infrecuente de amiloidosis cutánea caracterizada por el depósito de amiloide alrededor de las fibras elásticas que se ha asociado clásicamente a la presencia de amiloidosis sistémica. En 2010 describimos el primer caso de elastosis amiloide primaria cutánea localizada, sin afectación sistémica, y sólo se ha descrito otro caso de esta entidad, el último en 2022. Presentamos un nuevo caso y repasamos las características de nuestro primer paciente.

Los dos pacientes consultaron por lesiones cutáneas de meses de evolución. El primero presentaba una placa eritematosa con pliegues en axila izquierda que podía recordar a un cuadro de piel laxa granulomatosa, y el segundo una lesión de aspecto queiloideo en filtrum. La biopsia de ambas lesiones demostró la presencia de material amiloide que rodeaba las fibras elásticas de la dermis. El amiloide fue rojo Congo y tioflavina T positivo en el primer caso, y confirmado mediante microscopía electrónica en el segundo. Se demostró positividad para Amiloide P y la presencia de células plasmáticas con restricción de cadenas ligeras Kappa, pudiendo determinar en el primer caso reordenamiento

monoclonal de los segmentos V-, D- y J- del gen IGH (VDJH). Tras el diagnóstico se realizó una evaluación general que descartó la presencia de amiloidosis sistémica, estableciéndose el diagnóstico de elastosis amiloide primaria cutánea localizada. La primera lesión se trató mediante escisión y radioterapia local, y la segunda con láser vascular (PDL + Nd:YAG). El primer paciente con un seguimiento de más de 10 años no ha presentado signos de amiloidosis sistémica y hasta el momento el segundo paciente tampoco, aunque su seguimiento es corto.

La elastosis amiloide fue descrita por Winkelmann et al en 1985, y se han reportado muy pocos casos hasta la actualidad. Su patogenia aún es desconocida, y hasta el reporte de nuestro primer caso de elastosis amiloide cutánea primaria localizada, siempre se había asociado a la existencia de amiloidosis sistémica. La morfología de las lesiones es poco específica, por lo que la biopsia de lesiones sospechosas es clave para evitar la omisión de este diagnóstico. Además, debido a la habitual asociación de la elastosis amiloide con la amiloidosis sistémica, es importante una evaluación general por hematología y un seguimiento estrecho.

6

## SÍNDROME MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: UN ESPECTRO CLÍNICO-GENÉTICO EN EXPANSIÓN

Laia Clavero Rovira(1), Trinidad Repiso Montero(1), María Cecilia Juárez Dobjanski(1), Anna Castany Pich(1), Gloria Aparicio Español(1), Berta Ferrer Fàbrega(2), Anna María Cueto González(3), Álvaro Gómez Tomás(1), Pablo Marino Castro García(1), Álvaro Guerra Amor(1), Marc Falguera Mayoral(1), Marcel Zurita García(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Dermatología, (2)Anatomía Patológica y (3)Genética. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El síndrome malformación capilar-malformación arteriovenosa (MC-MAV) es una rasopatía de herencia autosómico-dominante, causada por mutaciones heterocigotas en el gen RASA1 (MC-MAV tipo 1) o en el gen EPB4 (MC-MAV tipo 2). Se caracteriza por malformaciones capilares pequeñas y múltiples asociadas a malformaciones o fístulas arteriovenosas. El objetivo es describir la experiencia de un hospital de tercer nivel en el diagnóstico, manejo y evolución de los pacientes con MC-MAV.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de síndrome MC-MAV en un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes (7 mujeres, 54%) de 8 familias diferentes, con una edad mediana de 29 años en el momento del diagnóstico (rango: 0-75 años). Todos los casos excepto uno presentaban malformaciones capilares múltiples. Dos de los pacientes presentaban también telangiectasias peribucales, y 4 pacientes (30.7%) presentaron MAV (1 MAV pulmonares e intracraneales, 1 intracraneales, 1 intraespinal y 1 musculares). Un paciente presentó clínica neurológica. La prueba genética diagnóstica más utilizada fue la realización de exoma en sangre periférica, seguida del análisis del ADN de linfocitos en sangre periférica y el panel NGS. Uno de los pacientes se diagnosticó mediante

la realización de exoma de tejido afecto, demostrando un mosaicismo del 15% en el gen RASA1 en sangre periférica y en tejido afecto. Se detectó la variante patogénica en heterocigosis en el gen RASA1 en 12 pacientes (síndrome MC-MAV tipo 1), y en un paciente la variante patogénica en heterocigosis en el gen EPHB4 (síndrome MC-MAV tipo 2).

**Conclusiones:** Los pacientes con síndrome MC-MAV que presentan mutaciones en mosaico muestran una expresividad fenotípica variable, lo que podría generar confusión con el síndrome de Sturge-Weber y PROS (PIK3CA-related overgrowth spectrum). Ante la presencia de MC múltiples en un paciente, se recomienda la realización de pruebas de imagen para evaluar la posible existencia de MAV. El porcentaje de estas malformaciones en nuestra serie es ligeramente superior al descrito en la literatura. Asimismo, resulta crucial realizar el estudio genético en los familiares del caso índice para prevenir posibles complicaciones fatales en caso de presentar MAV.

## 7 GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE UN COMITÉ DE ANOMALÍAS VASCULARES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pilar Villodre Lozano(1), Álvaro Aguado Vázquez(1), Cecilia Alonso Díez(1), Iván Blay Simón(1), Tania Díaz Corpas(1), Andrea Estébanez Corrales(1) y Almudena Mateu Puchades(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia - España.

**Introducción:** Las anomalías vasculares abarcan un conjunto heterogéneo de entidades divididas en dos categorías principales: tumores y malformaciones vasculares (MV). Las MV, de origen congénito y benignas, resultan de alteraciones en la vasculogénesis sin implicar recambio celular endotelial. En contraste, los tumores vasculares son considerados neoplasias con proliferación celular endotelial. En las últimas décadas, ha habido un notable aumento en el conocimiento genético y patogénico de estas entidades, proporcionando a investigadores y clínicos una comprensión más profunda de estas patologías.

Además, algunas malformaciones vasculares pueden manifestarse en el contexto de síndromes en los que se asocian con otras anomalías en tejidos blandos, huesos o sobrecrecimientos de tejidos específicos, complicando su manejo. La herramienta que presentamos surge de la necesidad de evaluar de manera conjunta a los pacientes por varios especialistas médicos (Dermatología, Pediatría, Radiología Intervencionista, Cirugía Plástica, entre otros) involucrados en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, aprovechando así un enfoque multidisciplinario.

Este enfoque garantiza una gestión integral de las anomalías vasculares, facilitando un diagnóstico preciso y ofreciendo las mejores opciones terapéuticas tanto en la población pediátrica como en adultos.

**Metodología y Objetivos:** El propósito principal de este trabajo consiste en dar a conocer el procedimiento sistemático para establecer y estructurar un comité especializado en anomalías vasculares. Como objetivo secundario, buscamos compartir nuestras experiencias iniciales en la administración de dicho comité, así como exponer algunos de los casos clínicos que hemos abordado.

**Resultados y Conclusiones:** Las AV agrupan un conjunto heterogéneo de patologías, en muchos casos complejas, cuyo abordaje se beneficia de un manejo multidisciplinar, logrando un adecuado diagnóstico, para así ofrecer las mejores opciones terapéuticas, tanto en el paciente pediátrico como en la edad adulta.

## 8 GENODERMATOSIS Y SUS LESIONES CENTINELA

Rosa María Escribano de la Torre(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Aida Menéndez Parrón(1), Vanesa Fatsini Blanch(1), Amaia Urtaran Ibarzabal(1), Mihaela Madalina Buda(2) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

**Introducción:** Las genodermatosis son trastornos genéticos hereditarios que a menudo tienen como primera manifestación clínica una lesión cutánea, y cuya identificación resulta clave para su diagnóstico. De hecho, en algunos casos, si bien las lesiones cutáneas no son patognómicas de un trastorno hereditario concreto, sí son muy sugestivas, por lo que su presencia obliga a descartar el síndrome en cuestión.

### Casos Clínicos:

**Caso 1:** Varón de 43 años al que se le extirpó un nódulo rosado de reciente aparición de 1 cm en la pierna izquierda con el resultado anatomopatológico de colagenoma estoriforme. Indagando en su historia clínica, presentaba macrocefalia, extirpación de varios lipomas y patología tiroidea (bocio multinodular) desde la juventud, así como antecedentes familiares de múltiples neoplasias. El estudio molecular del gen PTEN mediante secuenciación masiva mostró una variante probablemente patogénica en relación con el síndrome de Cowden.

**Caso 2:** Mujer de 34 años que durante el embarazo debutó con una lesión pediculada de 1 cm en el surco nasogeniano derecho. Su estudio anatomopatológico reveló un carcinoma sebáceo con pérdida de expresión nuclear para las proteínas reparadoras del ADN MSH-2 y MSH-6, con expresión mantenida de MLH-1 y PMS2. Por ello, se solicitó un estudio genético que demostró una alteración en el gen MSH2 compatible con un síndrome de Lynch, en su variante fenotípica el síndrome Muir Torre.

**Caso 3:** Mujer de 12 años con unas placas induradas amarillento-blancas asintomáticas en glúteo derecho y región lumbo-sacra, cuyo estudio anatomopatológico reveló un elastoma. La serie ósea realizada posteriormente mostró una osteopoiquiosis, por lo que se solicitó un estudio genético mediante secuenciación masiva del gen LEMD3, que mostró una variante en heterocigosis asociada al síndrome de Buschke-Ollendorf.

**Discusión y Conclusiones:** Los casos presentados demuestran la estrecha relación entre estas genodermatosis y sus tumores cutáneos centinela: colagenoma estoriforme y síndrome de Cowden, carcinoma sebáceo y síndrome de Muir Torre y elastoma y síndrome de Buschke-Ollendorf. Esto, por un lado, obliga a un examen dermatológico exhaustivo en todos los pacientes con sospecha o confirmación de estas genodermatosis. Y, por otro, revela la piel como un órgano diana frecuente de estos trastornos hereditarios que a menudo ofrece la clave diagnóstica.

9

## IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

Juli Bassas Vila(1), Yolanda Gilaberte Calzada(2), Anton Emilov Popov Popov(1), Francisco José Navarro Triviño(3), Iván Couto(4), Ana Cabrerizo(5), Esther Ramírez(6), David Cantarero(7), Belén Citoler(8) y Juan López González-Blanch(9) de (1)Hospital Germans Trias i Pujol. Germans Trias i Pujol University Hospital, UAB, IGTP, Badalona (Barcelona) - España, (2)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (3)Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España, (4)Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (5)Atención Primaria Área Sanitaria, Granada - España, (6)Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (7)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (8)Outcomes 10, Castellón - España y (9)Novartis, Madrid - España.

**Objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria de la piel con grandes necesidades no cubiertas en su manejo y su proceso asistencial. Su diagnóstico puede verse retrasado más de 10 años, requiriendo cerca de 25 visitas médicas hasta su consecución. Estas necesidades, además de afectar a la calidad de vida del paciente y a los resultados del manejo de la HS, ocasionan graves ineficiencias para el sistema sanitario. El objetivo fue evaluar el impacto económico de la modificación del proceso asistencial de la HS desde una perspectiva social en España.

**Métodos:** A partir de datos del Barómetro de la Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI) y del consenso de un panel multidisciplinar de expertos, se elaboró una herramienta de cálculo diseñada en Excel en la que se estimó el uso de recursos y los costes asociados a la HS de un paciente promedio desde el inicio de los síntomas hasta un año de seguimiento tras el diagnóstico, según la práctica clínica habitual en España (escenario actual). La herramienta permite comparar el escenario actual respecto a un escenario alternativo en el que se habrían implementado potenciales acciones de mejora del proceso consensuadas con expertos. La herramienta recoge frecuencia de visitas, pruebas, cirugías y pérdidas de productividad. El impacto económico se obtuvo mediante la diferencia en costes entre escenarios, monetizando (€ 2023) los costes evitables debidos a la reducción y redistribución de visitas, mejoras en el paciente, así como los beneficios sociales en términos de pérdidas laborales.

**Resultados:** Se estimaron unos costes totales por paciente de 10.582 € en el escenario actual y de 4.510 € en el escenario alternativo, lo que supuso una reducción del 57% (6.071 €). El 60% (3.664 €) de los costes evitables se estimaron en la fase previa al diagnóstico (imagen). Las pérdidas de productividad representaron el 18% de los costes evitables.

**Conclusiones:** Las mejoras en el proceso asistencial suponen no solo mejoras para los pacientes y los servicios clínicos, sino que, además, resultan eficientes para el sistema sanitario.

10

## ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA INVESTIGACIÓN DERMATOLÓGICA CANADIENSE: UNA REVISIÓN DE UN CUARTO DE SIGLO

Daniel Josué Guerra Ordaz(1), Magdalena Córdoba(2), Éolie Delisle(3), Maryam Mozafarinia(4) y Carlos Córdoba(5) de (1)Faculty of Medicine and Health Science. McGill University, Montreal (Quebec) - Canadá, (2)Faculté de Médecine. Université de Montréal, Montreal (Quebec) - Canadá, (3)Faculté de Médecine. Université de Montréal, Montreal (Quebec) - Canadá, (4)McGill University Health Centre & Research Institute. McGill University, Montreal (Quebec) - Canadá y (5)Department of Plastic and Reconstructive Surgery. Université de Montréal, Montreal (Quebec) - Canadá.

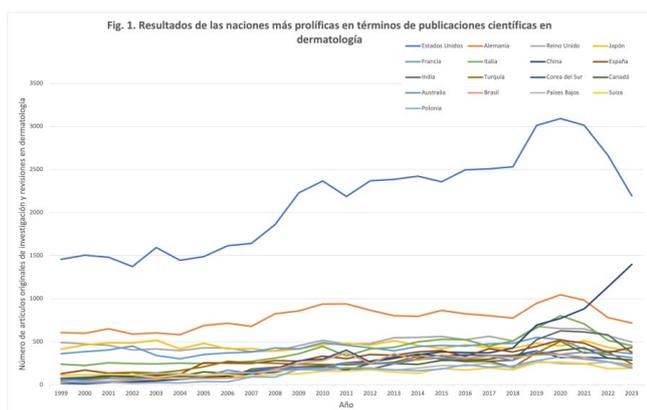


Fig. 1. resultados de las naciones más prolíficas en términos de publicaciones científicas en dermatología

**Propósito:** Este análisis bibliométrico explora las contribuciones globales y nacionales de los autores afiliados a Canadá a la literatura de dermatología desde 1999 hasta 2023. Evalúa la productividad investigativa de Canadá, abarcando tanto la cantidad como la calidad de las publicaciones. Además, tiene como objetivo comparar el impacto de la investigación en dermatología en diferentes universidades canadienses.

**Métodos:** El análisis implicó la identificación de artículos de dermatología publicados entre 1999 y 2023, incluyendo revisiones y artículos originales. Medimos el volumen de artículos generados por los 15 países con mayor productividad en dermatología. El estudio evaluó el rango global de Canadá en productividad general y la calidad de las publicaciones mediante el impacto normalizado por categoría (CNCI) y el porcentaje de publicaciones en el cuartil superior de revistas (%Q1) basado en el factor de impacto. Además, examinamos el número de artículos producidos por las universidades canadienses que ofrecen programas de residencia en dermatología.

**Resultados:** Se identificaron un total de 5.486 publicaciones de dermatología durante el período de estudio. Canadá obtuvo el duodécimo lugar a nivel mundial en términos de productividad de la investigación en dermatología. En términos de calidad de la investigación, las publicaciones de dermatología de Canadá superaron a las de los países asiáticos y a los Estados Unidos, superándolos con un CNCI de 1,86. Sin embargo, el %Q1 se consideró en el promedio en comparación con otros países y disminuyó del 48,0% al 35,2%. Los esfuerzos combinados de la Universidad de Toronto, la Universidad de British Columbia y la Universidad McGill representaron más de la mitad de la productividad en dermatología en Canadá.

**Conclusión:** En los últimos 25 años, la literatura dermatológica canadiense ha experimentado un crecimiento constante. A pesar de la posición de liderazgo general de Estados Unidos y otras naciones desarrolladas, Canadá emerge como un país influyente tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos de la investigación en dermatología. Sin embargo, hay una disminución en el porcentaje de publicaciones reportadas en las revistas %Q1. A pesar de eso, Canadá mantiene un CNCI más alto en comparación con otros países.

**Tabla 3.** La calidad de la producción científica en dermatología de 1999 a 2023

País	Total	1999-2003			2009-2013			2019-2023		
		Número de artículos	CNCI	%Q1	Número de artículos	CNCI	%Q1	Número de artículos	CNCI	%Q1
Mundo	179239	24043	0.97	37	38347	0.96	34.8	48611	0.99	29.7
Estados Unidos	53292	7412	1.17	50.4	11536	1.17	39.3	13976	1.28	31.5
Alemania	19477	3049	1.09	35.5	4404	1.19	43.7	4475	1.56	50.8
Reino Unido	12509	2247	1.28	45.9	2468	1.32	49	3050	1.62	47.7
Japón	11309	2370	0.9	37.8	2332	1.06	49.5	2273	1.27	33.8
Francia	10525	1942	0.83	24.1	2192	1.12	40.6	2246	1.72	48.2
Italia	10199	1209	0.99	31.8	1996	1.16	38	3144	1.48	33.7
China	8710	143	0.68	23	1258	1.01	34.4	4886	0.94	32.5
España	7630	687	0.85	27.9	1608	0.9	40.6	2258	1.46	38
India	6370	453	0.63	8.7	1044	0.72	9	2718	0.71	17
Turquía	6103	488	0.83	17.6	1216	0.48	17.7	1869	0.7	13.9
Corea del Sur	5999	443	0.81	32.8	1550	0.98	29.1	1627	0.92	25
Canadá	5486	480	1.39	48	1071	1.27	36	1787	1.86	35.2
Australia	5444	343	1.47	57.7	1144	1.16	34.3	1788	1.37	33.9
Brasil	5343	224	0.84	23.7	1508	0.74	13.9	1521	0.87	20.2
Países Bajos	4531	593	1.53	48.2	928	1.68	64.5	1243	1.97	61.4
Suiza	3898	554	1.19	40.6	770	1.47	51.6	1150	1.74	53.1
Polonia	3692	138	0.74	32.8	909	0.59	20.2	1366	1.1	22.2

CNCI = Category Normalized Citation Impact (Impacto Normalizado por Categoría de Citación); %Q1 = porcentaje de artículos publicados en el cuartil superior de las revistas más influyentes en dermatología, definido como el 25% superior de las revistas en términos de factor de impacto en dermatología.

## 11 PILOMATRICOMAS: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

Julia Clavijo Herrera(1), Juan Manuel Morón Ocaña(1), Carlos Piédrola Gordillo(2), Isabel María Coronel Pérez(1), Carmen Victoria Almeida González(3) y Amalia Pérez Gil(1) de (1)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, (2)Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica y (3)Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla - España.

**Introducción y objetivo:** El pilomatricoma es uno de los tumores benignos más frecuentes en las primeras décadas de vida, aunque existe un repunte de incidencia en la edad adulta. El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias en las características y diagnóstico de estos tumores según la edad de presentación.

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de 287 casos con diagnóstico de pilomatricoma confirmado mediante estudio anatómico-patológico entre 1992 y 2023 del Área Sanitaria Sur de Sevilla.

**Resultados:** La incidencia es mayor en menores de 20 años de edad, con un segundo pico entre los 40 y los 64 años. El 52% de los casos son de sexo masculino. Existe predominio del sexo masculino entre los 21 y 59 años, y femenino en otras franjas de edad.

El 89,2% de casos se presentó como un nódulo subcutáneo. En los pacientes mayores de 60 años hay una mayor proporción de lesiones en forma de tumor que en otras edades. El tamaño de la lesión varió de 0,2 a 5,4 cm. En el 3,5% de los pacientes se identificaron tumores múltiples.

La lesión se sitúa con más frecuencia en el cuello y tronco en los menores de 20 años. En edad media, el lugar más común es las extremidades superiores.

El diagnóstico preoperatorio fue correcto en sólo un 2,6% de los casos. En los pacientes jóvenes, el diagnóstico clínico fue de lesión benigna en el 100% de los casos. En cambio, en los pacientes de mayor edad, el 17,1% de los casos fue diagnosticado de patología maligna.

Sólo un 3,5% de los pacientes presentó lesiones asociadas, siendo el quiste la más frecuente.

La mayoría de los casos fueron valorados por el servicio de Cirugía General. Los pacientes de edad avanzada fueron los más frecuentemente atendidos por el servicio de Dermatología.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de lesión asociada según la pertenencia al grupo de edad, pero sí se observó que su frecuencia aumenta con los años. Tampoco se encontraron en el tamaño de la lesión o la existencia de múltiples lesiones, aunque destaca el hecho de que ningún paciente mayor de 60 años presentó más de una lesión.

**Conclusiones:** La edad de presentación influye en aspectos tan importantes como la distribución de sexo, localización, presentación clínica y probabilidad de confundir esta patología benigna con una tumoración maligna.

## 12 PILOMATRICOMAS: EN BUSCA DE FACTORES DE RIESGO Y DIFERENCIAS ETARIAS

Daniel Javier Sánchez Báez(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Júlia Mercader Salvans(1), Miguel Quetglas Valenzuela(1), Carmen Nieves Hernández León(2) y María Del Mar Pestana Eliche(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España.

**Introducción:** Los pilomatricomas son tumores anexiales benignos de la matriz folicular relacionados con mutaciones activadoras de la beta-catenina. Aunque se ha hipotetizado una relación con los traumatismos, actividad hormonal estrogénica y de la hormona del crecimiento, se desconocen los factores de riesgo que puedan predisponer a esta neoplasia según grupo de edad.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal sobre los pilomatricomas diagnosticados entre 2013 y 2023 en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Canarias. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes personales en el momento de la extirpación, diagnóstico clínico preoperatorio, localización del tumor, histología, tiempo de evolución, estudio ecográfico, variables metabólicas, perfil fosfo-cálcico y tiroideo en los 5 años previos a la extirpación.

Se analizaron las variables por grupo de edad: <20 años, 20-50 años y >50 años. Las variables cuantitativas fueron analizadas por medio del análisis de la varianza (ANOVA) para un solo factor.

**Resultados:** Se recogieron un total de 107 casos en 95 pacientes. La edad promedio fue  $22,7 \pm 21,6$  años con predominio en mujeres (54,7%). El tiempo de evolución fue de  $8,1 \pm 11,6$  meses. Ocho pacientes tuvieron más de un pilomatricoma, ninguno de ellos afecto de los síndromes relacionados. Los diagnósticos clínicos preoperatorios más frecuentes fueron el de pilomatricoma (48,3%) y quiste epidermoide (30,3%).

La localización anatómica más frecuente fue la cabeza y cuello (60,1%), seguida de los miembros superiores (22,9%). Los antecedentes personales más prevalentes fueron el asma bronquial (18,9%) y la obesidad (10,5%).

La ecografía sólo se realizó en el 30% de los pacientes, siendo el hallazgo más frecuente las calcificaciones (70%). No se hallaron alteraciones clínicamente significativas en las variables metabólicas, perfil fosfo-cálcico ni tiroideo.

En la comparación por subgrupos, la mayoría de los pilomatricomas (69,5%) fueron diagnosticados en el grupo <20 años. El grupo de edad entre 20-50 años presentó predominio de localización de los pilomatricomas en miembros superiores respecto al resto de grupos. La única variable cuantitativa que mostró diferencias estadísticamente significativas fue el nivel de colesterol.

**Discusión:** Al igual que en la literatura, en nuestro estudio se ha reproducido una mayor prevalencia de los pilomatricomas en edades <20 y >50 años, en cabeza y cuello (especialmente preauricular) y en mujeres. A diferencia de los hallazgos en otras publicaciones, la frecuencia de traumatismo previo en nuestro estudio fue de 2,1% frente al 9% descrita.

El único caso de la serie afecto de síndrome de Steintert no presentó pilomatricomas múltiples. La diferencia entre subgrupos de los niveles de colesterol se justifica por la prevalencia más elevada de dislipemia en >50 años.

Aunque no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a valores absolutos de TSH, hasta un 16% de los pacientes cumplen criterios de hipotiroidismo subclínico, lo que supone una prevalencia superior a la descrita en la población general (2% en población pediátrica, 10% en adulta).

**Conclusión:** Los pilomatricomas son más frecuentes en mujeres de <20 años en la cabeza y cuello. No se ha encontrado diferencias clínicamente significativas en cuanto al perfil metabólico, fosfo-cálcico ni tiroideo de estos pacientes. La prevalencia de hipotiroidismo subclínico parece ser más elevada en este colectivo.

**Tabla:** Comparación de subgrupos por edad (<20 años, 20-50 años, >50 años)

		<20 años	20-50 años	>50 años	
BASAL	<b>N</b>	66 (69,5%)	14 (14,7%)	15 (15,8%)	
	<b>Edad</b>	9,9 ± 4,2	35,9 ± 8,97	65,7 ± 7,9	
	<b>Sexo (♀)</b>	39 (59%)	3 (21,4%)	10 (66,7%)	
	<b>Px múltiples</b>	18 (23,3%)	2 (13,3%)	0	
TOPOGRAFÍA	Cabeza y cuello	52 (69,3%)	4 (26,7%)	9 (60%)	
	Miembro superior	16 (21,3%)	6 (40%)	2 (13,3%)	
	Miembro inferior	2 (2,7%)	2 (13,3%)	3 (20%)	
	Tronco	5 (6,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)	<b>P-valor</b>
PERFIL METABÓLICO	Creatinina (mg/dL)	0,55 ± 0,19	0,93 ± 0,205	0,82 ± 0,23	0.48
	Filtrado glomerular estimado – MDRD4	96,82 ± 10,79	99,75 ± 39,82	86,88 ± 21,3	-
	Colesterol total (mg/dL)	157,71 ± 27,33	180,17 ± 45,58	187,21 ± 58,36	<b>0.004138*</b>
	Triglicéridos (mg/dL)	84,59 ± 65,91	93,67 ± 54,57	110,5 ± 56,29	0.4169
	GOT (U/L)	22,82 ± 7,36	20,64 ± 5,37	21,07 ± 4,8	0.4928
	GPT (U/L)	15,73 ± 7,42	18,8 ± 8,88	18,73 ± 7,39	0.2774
METABOLISMO FOSFOCÁLCICO	Calcio (mg/dL)	9,84 ± 0,39	9,58 ± 0,4	9,57 ± 0,44	0.8913
	Fósforo (mg/dL)	4,74 ± 0,66	3,32 ± 0,59	3,31 ± 0,37	0.0675
	25-hidroxicolecalciferol (ng/mL)	27,3 ± 7,94	32,26 ± 43,33	27,4 ± 9,01	-
PERFIL TIROIDEO	TSH (mUI/L)	3,13 ± 1,48	3 ± 2,17	2,86 ± 3,28	0.6195
	T4 Libre (ng/dL)	1,24 ± 0,21	1,18 ± 0,16		

*Pilomatricomas múltiples (Px múltiples), edad (años), MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease, ml/min/1'73m2).*

**VIERNES 24 de mayo****09:00 - 11:00 h.****DERMATOLOGÍA ESTÉTICA, DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
Y NEONATAL, ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y  
CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES Y TRASTORNOS DE  
LA PIGMENTACIÓN****1 MODERADORES**

Marta Feito Rodríguez, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Antonio Guilbert Vidal, Hospital General de Granollers, Barcelona.

**2 NUEVAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS PARA ACNÉ Y ROSÁCEA CON SOLUCIONES TÓPICAS**

Ramón Pigem, de Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El acné es una afección cutánea compleja en el que *C.acnes* juega un papel clave en el proceso inflamatorio. La rosácea es una patología crónica que se manifiesta con un aumento de la vascularización e inflamación debido a *Demodex folliculorum*. El objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento de acné y rosácea con activos antiinflamatorios y antibacterianos como el ácido azelaico, ácido salicílico y retinal; así como otros activos (ácido shikímico/aceite de neem/enoxolona).

**Métodos:** Se trataron pacientes 5 con acné leve-moderado y 11 pacientes con rosácea. Se aplicaron 2 capas de la solución de ácidos descrita con gasa (5 minutos por capa) de 2 ml en el caso del rostro y 4 ml en la zona corporal y neutralización final. A otros 15 pacientes con acné leve-moderado también se les aplicó un peeling en 3 sesiones clínicas cada 15 días más un tratamiento domiciliario diario con activos que actúan en las principales vías del proceso acneico como retinol, ácido salicílico, ácido azelaico, ácido shikímico, aceite de neem y enoxolona.

Primero se desengrasó la piel de los pacientes y luego se aplicaron 2 ml de solución pre-peeling durante 5 minutos. Se aplicó una segunda capa de 2 ml sobre las lesiones de acné durante otros 5 minutos. El pH de la piel fue reequilibrado mediante un neutralizador. Luego se aplicó una mascarilla tópica con los ingredientes activos probados con una espátula uniformemente sobre el rostro. Después de 10 minutos, se aplicó un neutralizador y se retiró la mascarilla. Cuando los pacientes recuperaron su estado eudérmico (tras 24-48h), iniciaron un tratamiento domiciliario nocturno diario con una crema con los principios activos testados durante 3 meses. Los métodos de evaluación fueron registro fotográfico, con cámara normal y Analizador Facial VISIA. También se empleó el sebumeter y cuestionarios de satisfacción.

**Resultados:** Los pacientes que presentaban acné y rosácea tratados con las combinaciones de diferentes ácidos mostraron una mejoría de las lesiones. Estas mejorías de la inflamación pueden ser muy interesantes para tratar posteriormente las patologías con otras herramientas terapéuticas.

**Conclusiones:** Hemos demostrado que las soluciones descritas pueden ayudar a controlar el acné y la rosácea leve-moderados con una interesante disminución de la inflamación y una mejora de la calidad de la piel.

**3 TRATAMIENTO DEL MELASMA MEDIANTE UNA FÓRMULA TÓPICA QUE REGULA LAS VÍAS DE SEÑALIZACIÓN CLAVE  
IMPLICADAS EN SU FISIOPATOLOGÍA**

Sebastian Podlipnik, de Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El melasma posee una fisiopatología compleja en las que están implicadas diferentes tipos celulares y vías de señalización. El objetivo de este estudio fue desarrollar una combinación de activos tópicos que regulen las principales vías melanogénicas y demostrar su eficacia de forma clínica, in vitro y ex vivo.

**Métodos:** Para identificar un complejo despigmentante que actuara de forma sinérgica en las principales vías de la melanogénesis se utilizaron redes neuronales artificiales. A continuación, se realizaron estudios in vitro para corroborar el mecanismo de acción (qPCR, microscopía en tiempo real y espectrofotometría). Posteriormente se estudió en un modelo epidérmico 3D pigmentado mediante análisis histológico. Finalmente, se realizó un ensayo unicéntrico, abierto y prospectivo con una fórmula tópica que contenía dicho complejo, en España entre octubre de 2018 y octubre de 2023 con 100 voluntarios con melasma y fototipos II-IV.

El protocolo comprendía una sesión clínica con aplicación de mascarilla despigmentante más mascarilla iontoforética y un tratamiento domiciliario de 120 días con un tópico despigmentante dos veces al día. Los métodos de evaluación utilizados fueron VISIA, Mexameter, índice MASI, registro fotográfico, cuestionarios de seguridad y eficacia y encuestas tipo Likert. Las visitas de control se programaron en los días 0, 7, 15, 30, 60, 90 y 120. Los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba t de Student e intervalo de confianza de 95%. Se utilizó el método estadístico d de Cohen para calcular el tamaño del efecto.

**Resultados:** Se encontró una combinación sinérgica con retinol, diosmina y ácido ferúlico, que actúa sobre los procesos celulares clave de la melanogénesis: Wnt/beta-catenina (WNT), endotelina-1 (EDN1), hormona estimulante de melanocitos tipo alfa (αMSH) y factor de células madre (SCF). La síntesis total de melanina en los melanocitos estimulados y tratados con los activos se redujo un 89%. Esta evidencia está en concordancia con el estudio clínico de seguridad y eficacia en pacientes con melasma tratados con la fórmula en el que se logró una reducción media del 57% del MASI junto con una mejora en la calidad de la piel.

**Conclusiones:** Este estudio ha demostrado la eficacia y seguridad de un innovador tratamiento despigmentante en melasma que regula diversos procesos celulares clave en la fisiopatología.

**4 ADOLESCENTES, DERMATITIS ATÓPICA Y UPADACITINIB: SERIE MULTICÉNTRICA DE CASOS**

Rafael Escudero Tornero(1), Marta Feito Rodríguez(1), Raúl de Lucas Laguna(1), Lucero Noguera Morel(2), M<sup>a</sup> Ángeles Martín Díaz(3), Minia Campos Domínguez(4), Lucía Campos Muñoz(5), Almudena Hernández Núñez(6), Bibiana Pérez García(7), Elena Naz Villalba(8), Ana Rodríguez-Villa Lario(9), Alberto Guerrero Torija(10), Cristina Rubio Flores(11), Raquel Aragón Miguel(12) y Dolores Mendoza Cembranos(13) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (2)Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid - España, (3)Hospital Infanta Leonor, Madrid - España, (4)Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (5)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (6)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España, (7)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (8) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid - España, (9)Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España, (10)Hospital Infanta Cristina, Madrid - España, (11)Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España, (12)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España y (13)Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España

**Antecedentes y objetivos:** La dermatitis atópica (DA) en adolescentes supone un importante detrimento en términos de calidad de vida, horas de descanso y, por ende, su rendimiento escolar en una edad determinante. En los últimos años hemos sido testigos de la aprobación para DA de fármacos que actúan sobre la vía JAK/STAT. Upadacitinib (inhibidor selectivo de JAK1) fue aprobado en 2022 para el tratamiento de DA en adolescentes a partir de 12 años, mostrándose eficaz en los ensayos MEASURE UP. El objetivo de este estudio es describir, en términos de efectividad y seguridad, el comportamiento del fármaco en práctica clínica habitual en esta población adolescente.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye pacientes entre 12 y 18 años, de varios hospitales de la Comunidad de Madrid, con diagnóstico de DA severa que iniciaron tratamiento con upadacitinib en dosis de 15 o 30 mg desde febrero de 2022 hasta noviembre 2023.

**Resultados:** Se presentan datos demográficos, clínicos (fenotipo de DA, comorbilidades, tratamientos previos y concomitantes), escalas validadas de severidad (EASI, IGA, NRS de prurito y de sueño) en semanas 4, 12, 16, 24, 52, 64 y 78 de tratamiento. Se recogieron además los efectos adversos (EAs) relacionados con el tratamiento, destacando el acné como el más frecuente. No se describe ningún EA severo.

**Conclusiones:** Si bien ya existen en la literatura publicaciones de series de casos en vida real con upadacitinib, la mayoría de los pacientes que conforman estas series corresponden a una población adulta, y las series publicadas sobre población exclusivamente adolescente se componen de menos de 10 pacientes.

Con este estudio aportamos nuestra experiencia en población adolescente, con sus peculiaridades clínicas, y con comorbilidades no exploradas en ensayos clínicos como alopecia areata o enfermedad de Crohn. El seguimiento llega a ser en algunos casos mayor al año, lo cual aporta valiosa información sobre el control que aporta upadacitinib a largo plazo en una enfermedad de carácter crónico como es la DA.

**Bibliografía:**

- De Greef A et al. Real-Life Effectiveness and Tolerance of Upadacitinib for Severe Atopic Dermatitis in Adolescents and Adults. *Adv Ther.* 2023 May;40(5):2509-2514
- Patruno C et al. Real-life efficacy and safety of upadacitinib in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis unresponsive to dupilumab: A case series. *J EADV.* 2023

**5 DE LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL A LA FINAL EN VARIOS CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS**

Diego Martínez Sánchez, de Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

El diagnóstico correcto permite definir de forma adecuada las medidas terapéuticas, complementarias y de seguimiento. En ocasiones el diagnóstico se retrasa por diversos motivos, algunos de los cuales son por limitaciones corregibles. Se valoran algunas estrategias en relación con la orientación diagnóstica en varios casos pediátricos.

**Introducción:** El mapa (la enfermedad) y el territorio (el paciente); la tolerancia a la incertidumbre diagnóstica y a nuestras limitaciones

**Caso 1:** La agenda telefónica

Neonato valorado el primer día de vida con lesiones telangiectásicas generalizadas; ante la incertidumbre diagnóstica y el aspecto preocupante se realizó biopsia para estudio histológico de una de ellas con carácter urgente que resultó diagnóstica.

**Caso 2:** La memoria fotográfica

Lactante de 3 meses con varias lesiones sugestivas de malformaciones capilares sin patrón característico y sin anomalías asociadas; control años después sin cambios significativos y con patrón característico.

**Caso 3:** La expresión atípica

Niña de 5 años con placa de aspecto anetodérmico en tronco; se realizó biopsia para estudio histológico que presentaba datos de mucinosis; posterior aparición de otras lesiones que permitieron el diagnóstico concreto.

**Caso 4:** Las piezas del puzzle

Niña de 8 años con varias pápulas faciales con biopsia de una de ellas con resultado de tricopitelioma y estudio posterior sin alteraciones del gen CYLD; la posterior interpretación del conjunto de datos permitió la correcta orientación diagnóstica.

**Caso 5:** Lo complementario

Niño de 10 años con lesión indurada en zona inguinal izquierda tras hematoma postraumático en la zona. Biopsia con histología de fibrosis cicatricial; ante las dudas diagnósticas se realizó una nueva biopsia que permitió el diagnóstico correcto.

## 6 STIFF SKIN SYNDROME: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA MORFEA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Luisa Fernanda Montenegro Morillo(1), Marta Ivars Lleó(1), Asunción Vicente Villa(1), Clara Isabel Giménez Roca(2), Carolina Prat Torres(1), Jordi Antón López(2), Estíbaliz Iglesias Jiménez(2) y Eulalia Baselga Torres(1) de (1)Dermatología y Venereología y (2)Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) - España.

El Stiff skin síndrome (SSS) es una enfermedad rara no inflamatoria fácilmente confundible con la morfea y otras enfermedades esclerodermiformes.

Presentamos los hallazgos clínicos, histológicos y radiológicos de una serie de 3 pacientes diagnosticados en los últimos 5 años.

**Caso 1:** Mujer de 18 años, con historia de placa congénita indurada de distribución segmentaria en el muslo. Tras la pubertad, se identifican nuevas lesiones. A la exploración destaca la hipertricosis local y la ausencia de cambios epidérmicos. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con morfea (sin cambios inflamatorios).

No presentó mejoría tras el tratamiento con corticoides sistémicos, metotrexato ni tocilizumab. Se reevaluó el diagnóstico y se solicitó estudio genético.

**Caso 2:** Varón de 15 años, con historia de placas induradas progresivas en tronco desde los 12 años, clínicamente compatibles con morfea profunda. A la exploración destaca el hallazgo de hipertricosis local y la ausencia de cambios epidérmicos. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con morfea profunda (sin cambios inflamatorios).

En la exploración ecográfica destacó el hallazgo de atrofia de dermis e hipodermis en zonas afectas. No presentó mejoría tras el tratamiento con corticoides sistémicos, metotrexato, micofenolato de mofetilo ni tocilizumab. Ante la falta de respuesta, se reevalúa el diagnóstico y se solicitó estudio genético.

**Caso 3:** Varón de 8 años, con placa indurada de distribución segmentaria en muslo, detectada a los 2 años. A la exploración física de la lesión destaca la ausencia de cambios epidérmicos. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con morfea (sin cambios inflamatorios). Se realiza una biopsia cutánea que muestra cambios sugestivos de morfea. Dada la sospecha clínica de SSS, se inicia tratamiento con losartán que se administra de forma intermitente por la familia, presentando posterior progresión con nuevas lesiones. La familia rechaza de momento el estudio genético.

Presentamos nuestra serie de pacientes con formas localizadas o multifocales de SSS. Dos de los pacientes habían sido diagnosticados previamente de morfea y se habían tratado de forma agresiva, lo que ilustra la dificultad que puede entrañar el diagnóstico de esta enfermedad. Los hallazgos histológicos no son específicos, la interpretación radiológica requiere entrenamiento y su tratamiento supone un reto.

## 7 CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS HAMARTOMAS DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADOS A PTEN EN UN SERIE PEDIÁTRICA

Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Marta Ivars Lleó(1), Ramón M. Pujol Vallverdú(2), Asunción Vicente Villa(1), Carolina Prat Torres(1), Luisa Montenegro Morillo(1), Ignacio Barber Martínez de la Torre(3), Napoleón Macías Rodríguez(4), Carlota Rovira Zurriaga(5), Sandra Castillo Diez(6), Mariona Graupera García-Milà(6), Cinzia Lavarino(7), Sonia Paco Mercader(7) y Eulàlia Baselga Torres(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (3)Servicio de Radiología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (4)Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (5)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (6)Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, Badalona (Barcelona) - España y (7)Laboratorio de Oncología Molecular, Pediatric Cancer Center Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España.

**Antecedentes:** El hamartoma de tejidos blandos asociado a PTEN (PHOST) es una lesión compuesta por tejido adiposo, fibroso y vascular, frecuentemente intramuscular, que aparece en pacientes con síndrome hamartomatoso tumoral asociado a PTEN (PTHS) y que clínicamente y radiológicamente se confunde habitualmente con una malformación vascular de alto flujo. El objetivo de este estudio es hallar claves clínicas, radiológicas e histológicas de los mismos que faciliten su identificación y el diagnóstico precoz del PTHS.

**Métodos:** Se revisaron retrospectivamente los datos clínicos, radiológicos, histológicos y moleculares de los pacientes con PHOST valorados en la Unidad de Malformaciones Vasculares de un hospital pediátrico de tercer nivel entre 2021 y 2024.

**Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes con 8 PHOST, 4 mujeres y 2 varones, con una mediana de edad de presentación de 11 años. Todos los PHOST se localizaron en las extremidades inferiores con un predominio distal y el síntoma inicial fue el dolor. A la exploración física todos los pacientes presentaban además macrocefalia y fibromas gingivales que habían pasado desapercibidos. En todos ellos se confirmó la presencia de una variante patogénica de PTEN.

Cabe destacar que cinco de los pacientes no habían estado diagnosticados previamente de PTHS y fue la lesión vascular junto con la presencia de macrocefalia la que hizo sospechar el diagnóstico.

La exploración ecográfica mostró estructuras vasculares anómalas con un flujo rápido de baja resistencia. En la resonancia magnética se observaron lesiones mal delimitadas, infiltrativas, afectando el músculo, la fascia y el tejido celular subcutáneo constituidas por un componente adiposo prominente, vasos anómalos de alto flujo y otros de aspecto venoso con ocasional formación de coágulos en su interior.

Histológicamente se observó un tejido fibroadiposo con estructuras vasculares irregulares de carácter venoso, algunas con pared muscular y otras dilatadas y congestivas. El estudio molecular realizado sobre las células endoteliales del PHOST mostró una pérdida de heterocigosidad hallándose la misma mutación en los dos alelos de PTEN, probablemente por recombinación homóloga.

**Conclusión:** La presencia de una lesión vascularizada de alto flujo intramuscular con un componente adiposo prominente asociada a macrocefalia o fibromas gingivales deben hacer sospechar un PHOST y descartar un PTHS.

**8 CARGA ECONÓMICA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ESPAÑA**

Joaquín Borrás Blasco(1), Eva Vilarraza(2), Silvia Lobo Benito(3), Marta Loro Pérez(4), Marta García Núñez-García(5), Juan Oliva Moreno(6), David Palacios Martínez(7), Félix Rubial Bernárdez(8), Almudena González Domínguez(9), Yoana Ivanova Markova(9), Mathilde Daheron(9) y Antonio Martorell Calatayud(10) de (1)Farmacia. Hospital de Sagunto, Valencia - España, (2)Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (3)Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis Supurativa, Madrid - España, (4)Psicología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (5)Enfermería. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (6)Universidad de Castilla La Mancha, Toledo - España, (7)Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Madrid - España, (8)Área Sanitaria de Ourense, O Barco de Valdeorras (Ourense) - España, (9)Health Economics & Market Access. Weber, Madrid - España y (10)Dermatología. Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La Hidradenitis Supurativa (HS) es una afección cutánea inflamatoria, crónica y recurrente que impacta altamente en la calidad de vida de los pacientes, afectando al ámbito social, sexual, laboral y psicológico. De este modo, incrementa el uso de recursos, generando costes considerables para el Sistema Nacional de Salud y para la sociedad. El objetivo del presente estudio fue estimar la carga económica de la HS en España.

**Métodos:** Se estimó el coste medio y la carga económica de dos tipos de pacientes: el paciente actual (con retraso diagnóstico y tratado, tanto fuera como dentro de la ventana terapéutica con un tratamiento biológico) y el paciente ideal (tratado dentro de la ventana de oportunidad terapéutica con un biológico).

El estudio se realizó tanto desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud como desde la perspectiva social, con un horizonte temporal de un año y un enfoque basado en prevalencia. Se incluyeron tanto los costes directos como los costes indirectos (Figura 1), expresados en euros de 2023. Los costes directos sanitarios considerados fueron: las visitas y las pruebas de seguimiento, los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, las urgencias, las hospitalizaciones y las comorbilidades. Los costes directos no sanitarios fueron los cuidados informales, el transporte y los gastos de bolsillo abonados por el propio paciente.

Por otro lado, se han estimado también las pérdidas de productividad laboral (costes indirectos). Los datos se extrajeron de una revisión narrativa de la literatura, siendo posteriormente validados por un grupo de expertos. Se realizó un análisis de sensibilidad determinístico univariante para evaluar la robustez de los resultados.

**Resultados:** Los resultados de la carga económica de la HS en España se presentarán en el próximo congreso de la AEDV.

**Conclusiones:** Las conclusiones se presentarán en el próximo congreso de la AEDV.



Figura 1. Tipos de costes incluidos en el análisis

**9 PERNIOSIS LÚPICA VERSUS PERNIOSIS IDIOPÁTICA. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO**

Andrea Ciudad Moro(1), Irene García Díez(1), Nasser Mohammad-Porras(1), María Rivera López(1) y Ramón M. Pujol Vallverdú(1) de (1)Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España.

**Antecedentes:** La perniois idiopática (PI) es un proceso caracterizado por lesiones inflamatorias y eritematosas de localización acral, tras el contacto con el frío. Su diagnóstico suele ser clínico y debe diferenciarse de otros procesos que pueden dar lugar a lesiones de características similares, especialmente del lupus eritematoso perniónico (LEP), con el que comparte características clínico-patológicas y evolutivas. La diferenciación entre ambos procesos sin un diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico (LES) o lupus eritematoso cutáneo (LEC) en localizaciones no acrales puede ser extraordinariamente difícil.

**Objetivo:** Identificar hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, que permitan diferenciar las lesiones acrales de LEP de las lesiones de PI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de biopsias cutáneas de lesiones inflamatorias acrales de pacientes con un diagnóstico previo de LES o LEC subagudo o crónico (n=26) y de pacientes con un diagnóstico de PI (n=34) durante el periodo 2005-2023 en un hospital terciario. Se revisaron las características clínicas y evolutivas de los pacientes, y un grupo de parámetros histopatológicos de todas las biopsias (hematoxilina-eosina y azul Alcán), incluyendo la expresión de CD123.

**Resultados:** Se revisaron las biopsias de lesiones acrales de 26 pacientes diagnosticados de LES y/o LEC y las biopsias de 34 pacientes con un diagnóstico de PI. La presencia de cambios histopatológicos considerados como compatibles o diagnósticos de LEC se observó en un 73% (19/26) de las biopsias de pacientes con LEP y en un 24% (8/34) de las biopsias de PI. La presencia de vacuolización de la membrana basal y de dermatitis de interfase se observó en el 54% (14/26) y 38% (13/34), y en el 19% (5/26) y 18% (6/34) de los pacientes con LEC y PI, respectivamente.

**Conclusión:** La presencia en biopsias cutáneas de pacientes con PI de unos cambios histopatológicos compatibles con LEP no es un fenómeno excepcional y la distinción entre ambas entidades sin una información clínica adecuada puede ser extraordinariamente difícil. La valoración de la presencia de depósitos de mucina y la expresión del antígeno CD123 puede ocasionalmente ser de ayuda para establecer el diagnóstico.

10

### CALCINOSIS CUTÁNEA ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA Y DERMATOMIOSITIS: DIFERENCIAS CLÍNICAS, IMPLICACIONES PRONÓSTICAS Y MANEJO

Álvaro Guerra Amor(1), Gloria Aparicio Español(1), Carmen Pilar Simeón Aznar(2), Alfredo Guillén del Castillo(2), Albert Selva O'Callaghan(2), Ernesto Trallero Araguas(3), Albert Gil-Vila(2), Clàudia Codina Clavaguera(2), Laia Clavero Rovira(1), Sergi Pujadas Vilà(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Medicina Interna y (3)Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

La calcinosis distrófica (CD) es una manifestación de la esclerosis sistémica (ES) y de la dermatomiositis (DM) que consiste en el depósito de calcio insoluble en la dermis y/o el tejido celular subcutáneo dañados. Los objetivos de este estudio son estimar la frecuencia de la misma en la ES y en la DM, comparar las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con y sin CD y evaluar la eficacia de los tratamientos recibidos. Para ello, revisamos retrospectivamente las historias clínicas y pruebas de imagen de los pacientes con CD identificados a partir de los registros de ES y DM de un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron 694 pacientes diagnosticados de ES y 202 pacientes de DM. La frecuencia de CD fue del 17% y del 14%, respectivamente, que predominó en los dedos de las manos y antebrazos en la ES y en el tronco y porción proximal de las extremidades en la DM. En ambas enfermedades, la CD se asoció a una mayor duración mediana de la enfermedad. En los pacientes con ES se asoció a la presencia de telangiectasias, úlceras digitales y predominio de pérdida o desestructuración capilar en la capilaroscopia, mientras que en los pacientes con DM se asoció a paniculitis y al fenómeno de Raynaud.

Desde el punto de vista inmunológico, en la ES la CD fue más frecuente en pacientes con anticuerpos anti-Ro52 y anti-PM/Scl, asociándose este último a una distribución de predominio proximal. No hallamos diferencias inmunológicas para los pacientes con DM. La afectación digestiva fue más frecuente en los pacientes con CD, tanto en los pacientes con ES como con DM, sin que para ninguna de las dos enfermedades se observaran diferencias en cuanto a la presencia de miopatía, otras afectaciones orgánicas, presencia de neoplasia ni supervivencia.

Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron el diltazem y los bifosfonatos. En un 20% de pacientes con ES se alcanzó una respuesta completa tras la exéresis de pequeñas lesiones en combinación con alguno de los fármacos mencionados. No hubo respuestas completas en los pacientes con DM.

La CD presenta un patrón diferenciado en la DM y la ES. La CD en pacientes con ES se asocia a daño microvascular e isquemia. Ningún tratamiento médico ha demostrado eficacia sobre las lesiones establecidas. La cirugía puede considerarse en casos seleccionados.

11

### HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ESPAÑA: CARGA ECONÓMICA DEL RETRASO DIAGNÓSTICO

Marta Loro Pérez(1), Antonio Martorell Calatayud(2), Joaquín Borrás Blasco(3), Silvia Lobo Benito(4), Marta García Núñez-García(5), Juan Oliva Moreno(6), David Palacios Martínez(7), Félix Rubial Bernárdez(8), Almudena González Domínguez(9), Yoana Ivanova Markova(9), Ana Durán Esteban(9) y Eva Vilarrasa(10) de (1) Psicología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (2)Dermatología. Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España, (3) Farmacia. Hospital de Sagunto, Valencia - España, (4)Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis Supurativa, Madrid - España, (5)Enfermería. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (6)Universidad de Castilla La Mancha, Toledo - España, (7)Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Madrid - España, (8) Área Sanitaria de Ourense, O Barco de Valdeorras (Ourense) - España, (9)Health Economics & Market Access. Weber, Madrid - España y (10)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La Hidradenitis Supurativa (HS) se define como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante que perjudica de forma severa la calidad de vida del paciente. En España el retraso diagnóstico medio de la enfermedad se sitúa en 10,5 años, lo que hace que empeore la enfermedad a estadios más severos. A lo largo de este tiempo, los pacientes incurrir en un notable uso de recursos, generando costes sustanciales para el Sistema Nacional de Salud.

Por esta razón, el objetivo de este estudio es estimar el coste del retraso diagnóstico de la HS en España.

**Métodos:** En el análisis, se incluyeron únicamente los costes directos sanitarios derivados del uso de recursos de los pacientes con HS hasta su diagnóstico. Los datos se recopilaron a través de una revisión narrativa de la literatura, que posteriormente se validó por un grupo de expertos. Los costes se obtuvieron principalmente de los Boletines Oficiales de las Comunidades Autónomas y se actualizaron a euros de 2023, en caso de que fuera necesario. Además, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad determinístico univariante para evaluar la robustez de los resultados.

**Resultados:** Los resultados de los costes se presentarán en el próximo congreso de la AEDV.

**Conclusiones:** Las conclusiones del estudio se presentarán en el próximo congreso de la AEDV.

12

**IMPACTO DE LOS FÁRMACOS FOTOSENSIBILIZADORES EN LA MANIFESTACIÓN DE SÍNTOMAS SISTÉMICOS EN PACIENTES CON LUPUS CUTÁNEO CRÓNICO DISCOIDE**

Daniel Rodríguez Baeza(1), Laura Pozurama Fernández(2), Víctor Volo Bautista(3), Gonzalo Nieto González(3), María Núñez Cabezón(3), Laura Sánchez Velicia(1) y Jesús Vega Gutiérrez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España, (2)Universidad de Valladolid, Valladolid - España y (3)Servicio Dermatología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La incidencia de síntomas sistémicos en pacientes con lupus cutáneo crónico puede estar influenciada por diversos factores, incluido el uso de fármacos fotosensibilizadores. Este estudio se enfocó en evaluar la relación entre la toma de estos fármacos y la aparición de síntomas sistémicos y problemas de salud mental en dichos pacientes.

**Métodos:** Se realizó un análisis estadístico, incluyendo pruebas t y correlaciones de Pearson y Spearman, sobre datos recogidos de 19 pacientes, para investigar la relación entre el uso de fármacos fotosensibilizantes y la manifestación de síntomas sistémicos.

**Resultados:** Nuestros hallazgos revelaron una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de síntomas sistémicos entre los pacientes que toman fármacos fotosensibilizantes y los que no ( $p=0.039$ ), sugiriendo una asociación directa entre el uso de estos fármacos y una mayor prevalencia de síntomas sistémicos.

**Conclusiones:** El estudio sugiere una posible relación significativa entre el uso de fármacos fotosensibilizantes y el incremento en la prevalencia de síntomas sistémicos en pacientes con lupus cutáneo crónico discoide, indicando la necesidad de una revisión cautelosa de la toma de fármacos por parte del paciente. Los resultados apuntan a la importancia de monitorizar estrechamente los síntomas sistémicos, promoviendo un manejo más personalizado.

13

**EFFECTIVIDAD DE LA ISOTRETINOÍNA ORAL A DOSIS BAJAS PARA EL TRATAMIENTO DEL MELASMA: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO EN 71 PACIENTES**

Alexandre Docampo Simón(1), Laura González Neira(2) y Juan Ramón García Gavín(1) de (1)Dermatología y (2)Unidad de Investigación. Gavín Dermatólogos, Vigo (Pontevedra) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El melasma constituye un reto terapéutico que se trata habitualmente con hidroquinona y retinoides tópicos y ácido tranexámico oral. Aunque se han publicado casos aislados de mejoría del melasma con isotretinoína oral su efectividad aún no ha sido demostrada. El objetivo de este estudio es determinar si la isotretinoína reduce la gravedad del melasma cuando se combina con el tratamiento habitual.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a pacientes con melasma tratados con hidroquinona y retinoides tópicos entre 2020 y 2023. Se revisaron historias clínicas y fotografías para evaluar la gravedad del melasma al inicio y entre 3 y 6 meses después de iniciar el tratamiento, utilizando la escala modified Melasma Area and Severity Index (mMASI). Se comparó la mejoría en mMASI entre pacientes tratados con isotretinoína y aquellos que no lo fueron.

**Resultados:** Se identificaron 71 pacientes (edad mediana 43 años, intervalo intercuartílico (IIC) 37-50 años; 95,8% mujeres). El mMASI mediano inicial fue de 5,8 (IIC 4,3-8,5). 55 pacientes (77,5%) recibieron tratamiento con isotretinoína, con una dosis mediana de 4,3mg/día (IIC 2,9-4,3). La mejoría en mMASI fue significativamente mayor en el grupo tratado con isotretinoína (43,5% vs. 27,0%,  $p=0,033$ ). Ambos grupos mejoraron de forma significativa su mMASI inicial ( $p<0,001$  y  $p=0,002$  respectivamente). Aunque un 45,5% de los pacientes con isotretinoína alcanzaron mMASI50 frente al 25% del grupo control, la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,11$ ). 29 pacientes (40,8%) recibieron ácido tranexámico oral, con una mejoría no estadísticamente significativa con respecto al grupo que no lo recibió (46% vs. 35,8%  $p=0,093$ ). La toma de ácido tranexámico no se asoció con el uso concomitante de isotretinoína ( $p=0,259$ ). Ningún paciente experimentó efectos adversos con la medicación oral.

**Conclusiones:** Este estudio sugiere que la isotretinoína oral, en dosis bajas, puede ser útil en combinación con hidroquinona y retinoides tópicos para el tratamiento del melasma, ampliando así las opciones terapéuticas disponibles para esta afección.

VIERNES 24 de mayo

09:00 - 11:00 h.

## TUMORES MALIGNOS

## 1 MODERADORES

Matías Mayor Arenal, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Onofre Sanmartín Jiménez, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

## 2 QUIMIOPREVENCIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Francesc Alamon Reig(1), Ignasi Martí Martí(1), Daniel Morgado Carrasco(1), Agustí Toll Abelló(1) y José Manuel Mascaró Galy(1) de (1)Departament de Dermatologia. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Introducción:** La prevención secundaria del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) constituye un reto, especialmente en pacientes de alto riesgo como los trasplantados de órgano sólido (TOS). La quimiopreención implica el uso de fármacos u otros agentes biológicos para prevenir la aparición de cáncer cutáneo o su recurrencia en individuos con antecedentes. Existe un interés creciente en esta estrategia en los últimos años y se han publicado múltiples artículos científicos al respecto. No obstante, aún existe una gran controversia acerca de la eficacia de estos tratamientos y de qué grupos de pacientes se podrían beneficiar de los mismos.

**Objetivos:** Revisar la evidencia disponible en la literatura de los tratamientos de quimiopreención para el CCNM en pacientes de alto riesgo. Exponer la experiencia con esta estrategia en un centro terciario español.

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura de la evidencia publicada durante los últimos 5 años acerca de los agentes con potencial de quimiopreención del CCNM. Se recopilaron datos de eficacia y seguridad de los estudios revisados.

**Conclusiones:** Agentes tópicos como imiquimod, 5-fluorouracilo o enzimas de reparación del DNA (endonucleasa T4 y fotoliasa) han demostrado ser eficaces para la quimiopreención del CCNM. Los ensayos clínicos realizados con tretinoína no mostraron diferencias respecto al grupo control. Acitretino ha demostrado ser eficaz como tratamiento preventivo del CCNM ensayos clínicos en TOS y en otras poblaciones de alto riesgo. La nicotinamida oral ha sido evaluada como quimioproláctico en múltiples ensayos clínicos aleatorizados y controlados. Los resultados son variables en cuanto a la efectividad pero con un buen perfil de tolerancia y seguridad. El ensayo realizado por Chen et al. reportó un 23% de reducción de incidencia de CCNM. Otros fármacos orales estudiados son la capecitabina y el celecoxib, pero se dispone de una evidencia escasa al respecto.

Los agentes quimioprolácticos constituyen una herramienta prometedora en la prevención del CCNM en las poblaciones de alto riesgo. Se requiere de más evidencia de la efectividad de estos agentes en diversas poblaciones y la caracterización de los efectos adversos para recomendar su uso.

## 3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DERMATOSCÓPICAS DEL CBC DE PEQUEÑO TAMAÑO: SERIE BICÉNTRICA DE 329 PACIENTES

Sonsolés Berenguer-Ruiz(1), Mario Aparicio-Domínguez(1), Iñigio Lladó(1), Ana Miguélez-Hernández(1), Ana Reymundo(1), Beatriz Butrón-Bris(1), José Luis Ramírez-Bellver(2), Ignacio Sánchez-Carpintero(2), Ángel Pizarro-Redondo(2) y Pedro Rodríguez-Jiménez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España y (2)Servicio de Dermatología. Clínica Dermatológica Internacional, Madrid - España.

**Introducción:** La dermatoscopia (DC) del carcinoma basocelular (CBC) de muy pequeño tamaño ( $\leq 3$  mm) está poco caracterizada en la literatura. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas de los CBC  $\leq 3$  mm y compararlas con CBC de mayor tamaño entre 4 y 9 mm.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y bicéntrico. Se incluyen pacientes con CBC  $< 10$  mm diagnosticados en los servicios de dermatología del Hospital de La Princesa y la Clínica Dermatológica Internacional entre enero del 2019 y diciembre de 2020. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica, fotografías clínicas y dermatoscópicas. El análisis estadístico se realizó empleando IBM SPSS 26.0. Se han considerado estadísticamente significativos los valores con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Incluimos un total de 329 casos, el 56,2% de ellos en mujeres con una edad media de 66 años. El fototipo de Fitzpatrick más común fue el II (55,9%). Los CBC  $\leq 3$  mm representaban el 16,7% de las lesiones (55/329), el 33,1% presentaban un tamaño de 4-5 mm (109/329) y el 50% un tamaño de 6-9 mm (165/329). En los CBC  $\leq 3$  mm, la localización más frecuente fue la cara (74,5%), con una presentación predominante en forma de pápulas (89,1%). Solo el 40,5% de los CBC  $> 3$  mm se observaron en la región facial ( $P < 0.001$ ) y el 48,5% se presentaban como pápulas ( $P < 0.001$ ). En la DC, las teleangiectasias finas cortas no ramificadas fueron el hallazgo más frecuente en el CBC  $< 3$  mm (50%), seguidas de los puntos grises azulados (33,3%) y el aspecto semitranslúcido (27,8%). El patrón nodular-expansivo fue el más predominante en los CBC  $\leq 3$  mm (72,7% vs 56,6%), mientras que el patrón superficial lo fue en los CBC  $> 3$  mm (28,5% vs 9,1%). El diagnóstico de CBC  $< 3$  mm se correlacionó de forma inversa con la presencia de lentigos actínicos en regiones cubiertas, telangiectasias finas y elongadas no ramificadas y erosiones múltiples.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de 329 pacientes con CBC entre 1 y 9 mm. La presentación predominante del CBC  $< 3$  mm fueron las pápulas faciales que asociaban telangiectasias finas elongadas y pigmentación global difusa en la DC. La búsqueda activa de estas lesiones clínicas y hallazgos en la DC podría favorecer la identificación de un CBC de muy pequeño tamaño.

4

**CARCINOMA ESCAMOSO MÚLTIPLE EN EXTREMIDADES INFERIORES, UNA NUEVA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENFOQUE TERAPÉUTICO. SERIE DE CASOS**

Magí Brufau-Cochs(1), Constanza Riquelme-Mc Loughlin(1), José Manuel Mascaró-Galy(1), Cristina Carrera-Álvarez(1), Adriana García-Herrera(2) y Agustí Toll-Abelló(1) de (1)Servicio de Dermatología, Instituto Clínico de Medicina y Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica, Centro de Diagnóstico Biomédico. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes:** Recientemente, dos series de casos (n total = 26), han reportado una nueva forma de presentación clínica de carcinoma escamoso cutáneo (CEC). Consiste en la rápida aparición de múltiples CEC bien diferenciados en extremidades inferiores (EELI), con características histológicas específicas y tendencia a presentarse en mujeres mayores de 60 años.

**Objetivos:** Describir la cohorte de pacientes con múltiples CEC en EELI de nuestro hospital y proponer una estrategia terapéutica.

**Metodología:** Revisión de historias clínicas de pacientes visitados en nuestro centro desde 2014 que presentaban aparición rápida de múltiples CEC en EELI y fenómeno de patergia asociado.

**Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes, todas mujeres y con alto fotodaño en EELI. La mediana de edad al diagnóstico fue 78,5+/-14,5 años. Ninguna paciente presentaba inmunosupresión ni predisposición genética conocida a desarrollar cáncer. Mediante diagnóstico clínico, se detectaron un total de 75 lesiones en EELI sugestivas de CEC o queratoacantoma (KA), con una media de 13,83 lesiones por paciente (rango: 2-43). Se realizaron 41 biopsias en EELI, con resultado de malignidad en 25 de ellas (60,1%). El 96% de éstas fueron CEC (n=18, 72%) o KA (n=6, 24%), y hubo 1 caso de carcinoma basocelular. La media de invasión en profundidad de los CEC confirmados histológicamente fue de 2,1+/-1,5 mm. Todos éstos CEC eran infiltrantes, bien diferenciados y sin invasión perineural ni linfovascular. La mediana de seguimiento fue de 11,2+/-14,3 meses, sin detectarse metástasis ni complicaciones relevantes. Inicialmente se indicó la exéresis tumoral en todos los casos (24 exéresis en total). Sin embargo, se observó fenómeno de patergia, con aparición de nuevos tumores peri-cicatriciales en las 6 pacientes. Consecuentemente, se cambió de estrategia, indicándose acitretino y/o metotrexato (MTX) intralesional en 4 y 3 de las pacientes respectivamente, con buena respuesta.

**Conclusiones:** La presencia de múltiples CEC en EELI en mujeres mayores de 60 años, puede considerarse una forma de presentación clínica específica. Además, en nuestra serie hemos detectado un fenómeno de patergia asociado, no previamente descrito. Por consiguiente, es importante reconocer precozmente esta presentación clínica con el fin de iniciar tratamientos médicos como los retinoides orales y/o el MTX intralesional evitando cirugías innecesarias.

5

**EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE LOCALMENTE AVANZADO Y/O METASTÁSICO TRATADOS CON PEMBROLIZUMAB**

Aurora Fernández Galván(1), Mireia Seguí(1), Mario Aparicio Domínguez(1), Ana Jiménez Sánchez(1), Elena Gallo Gutiérrez(1), Raquel Navarro Tejedor(1), Yolanda Delgado Jiménez(1), Berta Hernández Marín(2) y Pedro Rodríguez Jiménez(1) de (1)Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Oncología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Introducción:** Los anti-PD-1/PD-L1 Cemiplimab y Pembrolizumab (Pb) han evidenciado su eficacia y seguridad en el tratamiento de diversas neoplasias, incluyendo el carcinoma escamoso cutáneo (CEC). En 2018, Cemiplimab obtuvo aprobación tanto de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para el tratamiento del CEC localmente avanzado (CECLA) y/o metastásico. Pb también ha demostrado eficacia en ensayos clínicos, especialmente en el estudio KEYNOTE-629, con tasas de respuesta objetiva del 34,3% y medianas de supervivencia libre de progresión de 6,9 meses. Aunque estos resultados respaldaron la aprobación de Pb para CECLA por la FDA en 2020, su uso en Europa sigue realizándose fuera de ficha.

**Objetivos:** Describir en términos de eficacia y seguridad una serie de casos de pacientes diagnosticados de CECLA y/o metastásico tratados con Pb en condiciones de práctica clínica real.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes con confirmación radiológica e histológica de CECLA y/o metastásico en nuestro hospital que habían recibido al menos dos ciclos de Pb.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 5 pacientes, cuatro hombres y una mujer, con una edad media de 73 años (rango: 62-90). Solo uno de ellos presentaba CEC previos en otras localizaciones. Un paciente presentaba enfermedad hematológica y dos pacientes un tumor de órgano sólido (TOS) asociado. Respecto a las características clínicas, dos CEC eran CECLA, uno presentaba metástasis a distancia, y otros dos ambas. La localización predominante fue la cabeza y el cuello. Respecto a los tratamientos previos, un paciente no había recibido ninguno, otro había sido tratado con cirugía y radioterapia (RT), uno había recibido RT y quimioterapia (QT), y dos cirugía y QT. La duración media de tratamiento con Pb fue de 4,4 meses (rango: 2-12 meses). Se observó respuesta completa (RC) en un paciente, estabilidad en otro, y progresión en los tres restantes. Solo dos de los cinco pacientes experimentaron efectos adversos, una toxicidad cutánea leve y otra inmunotoxicidad endocrina moderada-grave que requirió suspensión. Se registraron, además, otras 2 suspensiones por progresión. No hubo fallecimientos. En conclusión, presentamos una serie de casos en práctica clínica real de pacientes tratados con Pb en CECLA y/o metastásico.

6

**REGRESIÓN TUMORAL ESPONTÁNEA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: REVISIÓN DE 5 CASOS**

Marta Gamissans Cañada(1), Rosa María Penín Mosquera(2), Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Clara Muntaner Virgili(1), Júlia Boronat Cucarull(1) y Joaquim Marcoval Caus(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor agresivo con una alta tasa de recurrencia local (25-30%), diseminación regional (52-59%) y metástasis a distancia (34-36%). Aún así, la regresión tumoral, definida como la desaparición tumoral sin tratamiento, se estima entre el 1,7-3% sustancialmente más alta que otros tumores sólidos. El objetivo de éste trabajo es evaluar las características de los pacientes con diagnós-

tico de CCM entre 2010-2023 que presentaron regresión espontánea, tanto parcial como completa. Se recogieron 5 casos, mayoritariamente mujeres (60%) con una edad media al diagnóstico de 66 años, la mayoría de las lesiones se localizaban en polo cefálico y el tamaño medio fue de 3cm. En todos los casos la regresión tumoral se produjo a los pocos días de la realización de una biopsia diagnóstica y tras una media de 4 años de seguimiento ninguno ha presentado recidiva local, diseminación regional ni metástasis a distancia. La mayoría de los casos fueron positivos para poliomavirus de células de Merkel. Nuestros resultados son similares a los previamente publicados en la literatura y respaldan la relación entre regresión tumoral y buen pronóstico. Los factores tumorales que predisponen a la regresión no están todavía bien establecidos por lo que la comunicación de nuevos casos puede ayudar a aumentar el conocimiento sobre este suceso.

## 7 CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIURGÍA DE MOHS

Alessandro Giuseppe Greco, de Dermatología y Venereología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona) - España

**Antecedentes y objetivos:** el objetivo de la presentación es comentar la experiencia cuatrienal en cirugía de Mohs realizada en el Hospital desde el comienzo del servicio en enero de 2020. Enfocaremos la ponencia a la exposición de los datos conseguidos, analizando la tendencia a lo largo de los cuatro años de actividad, comentando el tipo de patología tratada, comparando técnicas reconstructivas o las combinaciones de técnicas para reparar el defecto final.

**Métodos:** Desde enero 2020, hasta diciembre 2023 el servicio de Cirugía de Mohs del Hospital ha realizado un número total de 280 cirugías para el tratamiento del cáncer de piel no melanoma: el 75% por carcinoma basocelular, el 21.7% por carcinoma escamoso y el 3.3% otros tumores.

Considerando los casos tratados, todos estuvieron localizados en el distrito cabeza y cuello. Por lo que concierne la reconstrucción del defecto final: 253 casos se reconstruyeron mediante la aplicación de una única técnica reconstructiva: es decir 29 por medio de un cierre directo, 13 a través de injerto de piel total, 8 mediante segunda intención, 203 mediante colgajo y 27 casos a través de una combinación de múltiples técnicas quirúrgicas.

**Resultados:** el propósito de la presentación es comentar los resultados obtenidos durante la actividad del servicio de cirugía de Mohs y sucesivamente, exponer los 3 casos quirúrgicos más representativos que terminaron con un defecto final complejo y necesitaron de un enfoque reconstructivo adecuado, ya que por su complejidad correspondieron a un reto reconstructivo.

**Conclusiones:** En cirugía de Mohs no es posible predecir la entidad del defecto final, especialmente cuando se reserva la técnica para los subtipos histológicos de cáncer de piel más agresivos e invasores.

Por esta razón el cirujano de Mohs necesita dominar las técnicas reconstructivas y adaptarlas al defecto resultante en el momento en que, gracias a la observación al microscopio, se han asegurado los márgenes libres de tumor. Una vez extirpado el tumor el resultado optimal es conseguir que la reconstrucción asegure en primer lugar la restauración del órgano o de la zona involucrada desde el punto de vista funcional y al mismo tiempo que la reconstrucción no altere el aspecto estético macroscópico.

## 8 METÁSTASIS CUTÁNEAS DE ÓRGANO SÓLIDO. COHORTE RETROSPECTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Manel Martínez Molina<sup>(1)</sup>, Nina Richarz<sup>(1)</sup>, Lorena Valdivieso Almeida<sup>(2)</sup>, Juan José Lluch Galcerá<sup>(1)</sup>, Carmen Alcoverro Godoy<sup>(1)</sup>, Eugeni Prat Colilles<sup>(1)</sup>, José Manuel Carrascosa Carrillo<sup>(1)</sup> y Ane Jaka Moreno<sup>(1)</sup> de <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España y <sup>(2)</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España.

**Introducción:** las metástasis cutáneas de órgano sólido (MCOS) son raras en la práctica clínica habitual y requieren un alto índice de sospecha, pues su presentación clínica es variable. Pueden ser la primera manifestación de una neoplasia maligna diseminada o aparecer posteriormente al diagnóstico, indicando una recurrencia o diseminación de la enfermedad.

**Objetivos:** describir las características clínicas de los pacientes con MCOS y determinar los factores pronósticos entre los distintos tipos de neoplasia de órgano sólido.

**Métodos:** cohorte retrospectiva de los casos de MCOS confirmados histológicamente en el Hospital Germans Trias i Pujol entre 2006 y 2022. Se excluyeron las neoplasias hematológicas y las metástasis de neoplasias cutáneas. Descripción de las características basales de los pacientes. Las variables categóricas se describen mediante la frecuencia de cada categoría, y las variables continuas como la mediana y el rango intercuartílico. Realizamos un análisis de supervivencia para evaluar el Hazard Ratio entre categorías, y un análisis univariante y multivariante, mediante la técnica de regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados:** se incluyeron 57 pacientes con MCOS (30 hombres y 27 mujeres) con una media de edad de 67 años. El origen más frecuente de MCOS fueron el pulmón (32%) y la mama (25%). El nódulo fue la presentación clínica más frecuente (81%) y la localización más frecuente fue el tórax (40%). En el 40% de los casos el tumor primario no era conocido en el momento del diagnóstico de la metástasis cutánea. El tiempo medio de seguimiento fue de 6 meses y la mortalidad global del 86%. Log-rank test fue estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ) en la supervivencia según el origen de la MCOS. Las MCOS de pulmón, gastrointestinal y renal presentaron una mayor mortalidad que las de mama (HR 3.34, 4.61, 3.12 respectivamente,  $p < 0.05$ ).

**Discusión:** en nuestra cohorte, la MCOS fue el primer hallazgo de una neoplasia diseminada en el 40% de los casos. Los pacientes con MCOS de origen mamario presentaron una mayor supervivencia media que el resto de los tumores. Entre las limitaciones del estudio destaca el tamaño muestral de una cohorte retrospectiva de un solo centro. Queremos destacar la importancia de tener una alta sospecha clínica ante pacientes con neoplasias de órgano sólido con mal pronóstico que presenten lesiones cutáneas características, para poder realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

9

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA CÁNCER CUTÁNEO EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA: LO QUE HEMOS APRENDIDO

Pedro Naranjo Álamo(1), Elena Castro González(1), Paula Díaz Morales(1), Gabriel Suárez Mahugo(1), Ana Beatriz Felipe Robaina(1), Ana Rebolledo Ruiz(1) y Irene Castaño González(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Antecedentes y Objetivo:** El melanoma (MM) y el carcinoma espinocelular cutáneo (CEC) localmente avanzado y metastásico tienen opciones de tratamiento sistémico, como la inmunoterapia (ICI) y terapia diana (TD), que han permitido mejorar el manejo de estos pacientes. El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia con estas terapias, en los efectos adversos, su manejo y los resultados de supervivencia.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de octubre de 2018 a enero de 2024. Se analizaron características demográficas y clínicas, historia oncológica y acontecimientos adversos derivados del tratamiento (AADT) con inmunoterapia o terapia diana, graduándose según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) 5.0. Se estimó la supervivencia libre de recurrencia (SLR) y la supervivencia libre de metástasis a distancia (SLMD) por medio de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se iniciaron 68 tratamientos sistémicos en melanoma y CEC, 61 en forma de ICI y 7 como TD. Esto correspondió a 63 pacientes, 59 con MM y 4 con CEC, con 5 cambios a segunda línea en pacientes con MM por progresión o AADT. Se inició ICI en 43 (75,4%) MM estadio III, 7 (12,3%) estadio IV y 7 (12,3%) en estadio II; mientras que TD se inició en 5 (71,4%) estadio III y 2 (28,6%) estadio IV. Los AADT se describen en la tabla adjunta. El seguimiento de los pacientes con MM desde el inicio del tratamiento sistémico fue de 21,5 meses (± 16,4), mientras que en CEC la mediana fue de 5 meses (IQR 15,75). La SLR a los 36 meses fue de 54,3% en estadio III con pembrolizumab, mientras que a los 12 meses con nivolumab fue del 71,4%. En cuanto a la SLMD, a los 36 meses con pembrolizumab en estadio III fue del 69%, mientras que a los 12 meses con nivolumab fue de 68,6%. Ninguno de los pacientes tratados con ICI en estadio IV sufrió progresión o falleció durante el seguimiento. No pudo estimarse la supervivencia en los pacientes con TD.

**Conclusiones:** La aparición y gravedad de efectos adversos con ICI fue similar a lo descrito en la literatura. No ocurre así en TD, probablemente debido al bajo tamaño muestral de nuestro centro. En cuanto a la SLP fue algo inferior respecto a los ensayos clínicos con pembrolizumab, mientras que con nivolumab fue algo superior. Por último, respecto a la SLMD, con nivolumab fue inferior a lo descrito en los ensayos mientras que con pembrolizumab fue similar.

Tabla: Acontecimientos adversos derivados de tratamientos (AADT)

Inmunoterapia (N=90)				Terapia diana (N=16)			
Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
51 (56,7%)	32 (35,6%)	5 (5,6%)	2 (2,2%)	9 (56,3%)	4 (25%)	3 (18,8%)	0
Pacientes que reciben ICI (N=61)				Pacientes que reciben TD (N=7)			
Sufren AADT		Suspensión ICI	Ingreso	Sufren AADT		Suspensión TD	Ingreso
40 (65,6%)		8 (13,1%)	4 (6,6%)	6 (86%)		4 (57,1%)	1 (14,3%)

ICI: inmunoterapia; TD: terapia diana

10

¿ES EL MELANOMA MUCOSO NASOSINUSAL UNA IDENTIDAD MOLECULAR DISTINTA COMPARADO CON EL MELANOMA CUTÁNEO?

Susana Puig(1), Manuel Molina-García(2), María-Jesús Rojas-Lechuga(3), Rui Milton P. da Silva-Junior(2), Teresa Torres-Moral(2), Cristóbal Langdon(3), Lúcia Alòs Hernández(4), Sebastian Podlipnik(1), Cristina Carrera Álvarez(1), Isam Alobid(3) y Josep Malveyh Guilera(1) de (1)Dermatology Department, Melanoma Unit, Hospital Clínic of Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona - España, (2)Institut d'investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer. IDIBAPS, Barcelona - España, (3)Otorhinolaryngology Department, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona - España y (4)Pathology Department, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** El melanoma mucoso nasosinusal (MMNS), un subtipo raro y agresivo de melanoma, muestra una notable resistencia a las terapias convencionales, incluida la inmunoterapia, destacando la necesidad de profundizar en la comprensión de sus características moleculares. Este estudio tuvo como objetivo identificar perfiles moleculares únicos del MMNS, con el fin de avanzar en el conocimiento de sus mecanismos moleculares y contribuir al desarrollo de nuevas dianas terapéuticas.

**Métodos:** En este estudio retrospectivo se evaluaron 37 muestras de tumores primarios de melanoma (MMNS: 13; melanoma cutáneo (MC): 24) del Hospital Clínic de Barcelona. Se analizó la expresión génica mediante un panel de 1402 sondas relacionadas con inmuno-oncología, utilizando secuenciación de nueva generación (NGS). Se emplearon análisis de agrupación jerárquica no supervisada (UHCA), identificación de genes diferencialmente expresados (DEGs) y análisis de enriquecimiento de conjuntos de genes (GSEA). La estadística inferencial incluyó la prueba exacta de Fisher y la prueba t de Student para muestras independientes.

**Resultados:** El análisis UHCA reveló dos clústeres principales: clúster A, compuesto exclusivamente por tumores de MC (20/24), y clúster B con todos los MMNS (13/13) y algunos MC (4/24). Este último, subdividido a su vez en subclúster B1, con la mayoría de casos de MMNS (9/13), y subclúster B2, con una mezcla de MMNS (4/13) y MC (4/24). Clínicamente, el clúster B mostró una edad promedio mayor (70.21 años, DE = 14.91) en comparación con el clúster A (58.61, DE = 13.06;  $p = 0.018$ ) y no presentó mutaciones en BRAF, a diferencia del A (45%,  $p = 0.002$ ). No se observaron diferencias significativas en el índice mitótico. El análisis de expresión diferencial comparando el clúster B y A identificó 602 DEGs. El GSEA reveló un enriquecimiento positivo de vías relacionadas con el ciclo celular y un enriquecimiento negativo de vías relacionadas con la inmunidad en el clúster B.

**Conclusiones:** Este estudio resalta las diferencias moleculares entre el MMNS y el MC, proporcionando nuevas perspectivas sobre el comportamiento molecular del MMNS. Las vías diferencialmente expresadas en el MMNS podrían contribuir en la comprensión de sus mecanismos de malignidad y en la identificación de posibles dianas terapéuticas.

## 11 MELANOMA VULVOVAGINAL: 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

Marian Rivas-Calderón(1), María Elena Gimeno-Ribes(1), Sebastian Podlipnik(1), Lúcia Alós-Hernández(2), Aureli Torné-Bladé(3), Josep Malveyh-Guilera(1), Susana Puig-Sardá(1) y Cristina Carrera-Álvarez(1) de (1)Dermatología, (2)Anatomía Patológica y (3)Ginecología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

El melanoma de mucosas representa menos del 1% de los casos de melanoma, siendo los ginecológicos, vulvar (Mvu) y vaginal (Mva), de los más frecuentes, afectando a cualquier raza y principalmente en edad postmenopáusia. A pesar de los avances terapéuticos, sigue siendo uno de los melanomas de peor pronóstico.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicopatológicas, terapéuticas y pronósticas del melanoma vulvovaginal (MMvv) en nuestra población.

**Metodología:** Estudio retrospectivo transversal a partir de un registro prospectivo de casos en un centro de referencia, de enero de 1998 hasta diciembre 2023, con más de 8000 casos registrados. Análisis de curvas Kaplan-Meier y regresión logística para estudio de supervivencia.

**Resultados:** Se identificaron un total de 53 pacientes con MMvv, edad media 59.87 años (Rango 33-90): 40 casos (76%) de vulva y 13 casos (24.5%) vagina, con un seguimiento medio global de 64.8 meses. La mayoría de los casos clasificables histológicamente, fueron del tipo nodular en Mva, mientras que en vulva fueron de extensión superficial y tipo lentiginoso en similar frecuencia. En el debut 90% fueron invasores, siendo el 80% considerados de alto riesgo (estadificación AJCC 2017 igual o mayor a IIB). Entre los invasores, el Breslow medio fue de 6.8 mm (DS 6.99), 61% fueron ulcerados, y presentaron una media de 6.9 mitosis/mm<sup>2</sup> (DS 9.31).

De 24 casos en quienes se realizó la biopsia selectiva de ganglio centinela, 7(29%) resultaron positivos, y otras 10 pacientes precisaron linfadenectomía. Se completó cirugía con finalidad curativa en 31 pacientes (72%). La supervivencia media específica por melanoma invasivo fue de 125.8 meses, siendo 155 meses para Mvu y 27.8 meses para Mva. Las medianas de supervivencia específica según el estadio fueron 68.6 meses, 19.5 meses y 18 meses para estadios II, III y IV de debut respectivamente.

**Conclusión:** En base a nuestra experiencia, el MMvv es muy infrecuente y su detección se realiza tardíamente. El melanoma de localización vaginal tiene un peor pronóstico, mientras que el vulvar diagnosticado en fases tempranas permite un tratamiento curativo en algunas pacientes. El comportamiento agresivo puede estar también determinado por características biológicas diferentes al melanoma cutáneo. Es necesario estandarizar Métodos de estadificación y terapia adyuvante para MMvv.

## 12 RENDIMIENTO DE UN NUEVO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO BASADO EN LOS FACTORES PRONÓSTICOS MÁS RELEVANTES: UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

María Alejandra Ruiz Villanueva(1), Cristian David Cardona Machado(2), Laura Puebla Tornero(1), Javier Martín Vallejo(3), Sergio Rodríguez Conde(1), José Antonio Oliva Fernández(1), Lía Bejarano Antonio(1) y Javier Cañueto Álvarez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (2)Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC-CIC). Universidad de Salamanca, Salamanca - España y (3)Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca, Salamanca - España.

**Introducción:** La estratificación pronóstica del carcinoma escamoso cutáneo (CEC) sigue siendo un motivo de preocupación por su importancia en el manejo de los pacientes. Los sistemas de estadificación BWH y AJCC8 son los más empleados, pero sigue siendo necesario mejorar su precisión. Un metaanálisis reciente recopiló todos los factores de riesgo (FR) identificados hasta la fecha y demostró que 8 presentaban el mayor impacto pronóstico. Hasta el momento no se ha propuesto ningún sistema basado en todos esos FR y es posible que considerar un mayor número de FR pueda mejorar la estratificación

**Objetivo:** Comparar el rendimiento de un sistema de clasificación derivado de los 8FR más relevantes en el CEC, con los sistemas de estadificación más populares (BWH y AJCC8) en un estudio de cohortes retrospectivo de 794 pacientes

**Métodos:** Se definió un sistema de clasificación de 4 niveles tras observar un solapamiento en las curvas de supervivencia entre los tumores con 0F, 1-2FR, 3-4FR y >4FR. Se evaluó la incidencia acumulada de eventos (recidiva local, metástasis y muerte por CEC) para los tres sistemas de clasificación, considerando la muerte por otras causas como un evento competitivo. Analizamos la precisión de los diferentes sistemas a partir de S, E, VPP, VPN, e índice C

**Resultados:** En los tres sistemas de estadificación, el pronóstico empeora a mayor estadio T, aunque el AJCC8 es el menos distintivo por mostrar superposición de algunas curvas. A pesar de que la HR difería ligeramente entre el sistema 8FR y el BWH y las curvas con >4FR mostraron la mayor HR, la CIF a 5 años para metástasis ganglionares fue bastante similar para ambos sistemas. El sistema BWH y el basado en 8FR exhibían el mejor desempeño en S, E, e índice C. La acumulación de FR se asocia a un pronóstico significativamente peor y el 80% de los pacientes con tumores con 7 FR fallecieron por el CEC

**Conclusiones:** A pesar de los avances realizados en los últimos años en la estratificación pronóstica del CEC, es necesario incorporar mejoras. Los CEC con más de 4 FR tienen un comportamiento especialmente agresivo y aquellos con 7FR fallecen por el tumor en el 80% de los casos. Es difícil mejorar el rendimiento del sistema BWH con factores exclusivamente clínico-patológicos. La incorporación de paneles genéticos a la práctica clínica podría ser un camino hacia la mejora de la clasificación pronóstica del CEC.

13

### TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y PRUEBA PILOTO DE UNA NUEVA ESCALA PARA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Begoña Ruz Portero(1), Alba Vidal Ruiz(1), Noemí Eiris Salvado(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España.

**Introducción:** El impacto en la calidad de vida (CdV) del diagnóstico y tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) en los pacientes es uno de sus aspectos más importantes. El objetivo principal del estudio es traducir y probar el cuestionario Basal and Squamous Cell Carcinoma QoL (BaSQoL) en español para su utilidad en la medición del impacto en la CdV de los pacientes con CCNM.

**Material y método:** El BaSQoL en inglés se tradujo siguiendo el método traducción contratraducción y fue revisado por un equipo formado por dermatólogos, traductores y experto en lingüística. Posteriormente el cuestionario se probó en 10 pacientes con carcinoma de células basales (CCB) y carcinoma de células escamosas (CCE). Mediante varias etapas se revisaron las discrepancias lingüísticas, la adecuación del lenguaje y la factibilidad del cuestionario. Por último se envió la versión final al autor original de la escala con el fin de decidir entre posibles diferencias de significado, para obtener el Índice de Calidad de Vida en Cáncer cutáneo no melanoma, versión española del cuestionario BaSQoL.

**Resultados:** Se presenta la versión final del cuestionario BaSQoL en español pilotada en 5 pacientes con CCB y 5 pacientes con CCE en polo céfálico intervenidos mediante plastia, injerto o cierre directo, con edad media de 73,7 años. En el momento de realizar el cuestionario, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 22,2 meses y de 20,3 meses desde la intervención quirúrgica. Los pacientes tardaron 2:43 minutos de media en completar el cuestionario.

**Conclusión:** Se dispone de la versión del cuestionario BaSQoL en español (castellano) para evaluar el impacto en la CdV de los pacientes con CCNM.

**VIERNES 24 de mayo****09:00 - 10:30 h.****CASOS CLÍNICOS II****1 MODERADORES**

Eva Chavarría Mur, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Ana Pulido Pérez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**2 EL EOSINÓFILO EN LLAMAS**

Omar Al-Wattar Ceballos(1), Laura Martínez Montalvo(1), Marina Montero García(1), Mónica Gómez Manzanares(1), Marcos Carmona Rodríguez(1), María del Prado Sánchez Caminero(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

El síndrome hipereosinófilo (SHE) es una entidad poco frecuente se define como un conjunto de signos y síntomas derivados de la afectación orgánica por un número excesivo de eosinófilos, ya sea en sangre y/o tisular. El órgano más frecuentemente afectado es la piel, pero debido a que su afectación puede ser polimorfa, reconocer esta enfermedad es un reto dermatológico. Con el objetivo de mostrar la afectación cutánea de este proceso, presentamos el siguiente caso clínico.

Mujer de 33 años, con antecedente de neumonía eosinofílica resuelta en 2020, acude al servicio de urgencias hospitalarias por placas y pápulas eritematoedematosas pruriginosas en ambos miembros inferiores de menos de 24 horas de evolución. Ante los hallazgos clínicos, se decide dibujar una de las lesiones y se pauta tratamiento antihistamínico con revisión en una semana.

A la semana, las lesiones han evolucionado confluyendo e unas placas anulares de borde eritematoso. Se decide biopsiar una de las lesiones, instaurar tratamiento con Prednisona y solicitar una analítica sanguínea. La biopsia mostró un infiltrado eosinofílico intenso, con figuras en llama. La histología junto con los antecedentes de la paciente eran compatibles con un diagnóstico de SHE. En las analíticas de control se evidenció eosinofilia (1100 cel/ul).

Se realizaron pruebas de imagen, despistaje de parásitos, serologías, citometría de flujo y frotis en sangre periférica. Los resultados fueron negativos, descartando un origen primario o secundario del SHE, siendo el diagnóstico final de SHE idiopático. La respuesta a corticoides sistémicos fue favorable.

En el SHE, uno de cada tres pacientes presenta afectación cutánea, en forma de eczemas, urticaria, placas eritematosas e incluso eritrodermia. El SHE requiere en primer lugar descartar origen neoplásico (primario) o reactivo (secundario) antes de poder denominarlo como idiopático. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos, reservando los anti-IL5 como segunda línea en caso de refractariedad.

**3 ANTES DE AMPUTAR CONSULTA AL DERMATÓLOGO: PIODERMA GANGRENOSO SIMULANDO FASCITIS NECROTIZANTE**

Luis Felipe Godoy Villalón(1), Carlos Fabián Figueroa Martín(1), Andrea San José Rodríguez(1), Gabriel Rodríguez Vega(1), Pablo Almeida Martín(1), Julio Rodríguez López(1), Francisco Granados Pacheco(1), M<sup>a</sup> Zaida Hernández Hernández(1) y Javier Hernández Santana(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Introducción:** El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica, habitualmente asociada a enfermedades sistémicas y a fenómeno de patergia. Raramente puede complicar cirugías, siendo causa de desbridamiento y morbilidad innecesaria.

**Caso clínico:** Varón de 23 años con albinismo oculocutáneo, que tras plastia artroscópica de ligamentos cruzados en rodilla izquierda, presentó fiebre, dolor, limitación funcional y dehiscencia con supuración de heridas quirúrgicas. Con la sospecha de artritis séptica se ingresó e inició antibioterapia. La evolución fue tórpida, asoció fiebre, taquicardia y elevación de reactantes de fase aguda a pesar de múltiples limpiezas y desbridamientos. Ante un shock refractario y necrosis extensa del miembro afectado se realizó una amputación supracondílea.

Se diagnosticó de fascitis necrotizante y se optimizó la antibioterapia y las limpiezas quirúrgicas. Sin embargo, el cuadro empeoró, la pérdida cutánea fue mayor. Los cultivos eran persistentemente negativos.

Posteriormente, aparecieron úlceras alrededor de los accesos vasculares en miembros superiores, por lo que se realizó interconsulta a dermatología. En la exploración física presentaba en antebrazo izquierdo y brazo derecho, úlceras redondeadas con esfacelo en el centro, exudado purulento, y reborde violáceo y socavado. El reborde del muñón presentaba un aspecto similar. La anatomía patológica mostró infiltrados neutrofílicos densos tanto en las úlceras como en el muñón, los cultivos fueron negativos. Con el diagnóstico de PG se inició corticoides a altas dosis, ciclosporina y optimización de las curas, con lo que se obtuvo una rápida mejoría clínica, analítica y de las lesiones cutáneas. Finalmente, se realizó el cierre del muñón. En la actualidad el paciente se encuentra en rehabilitación.

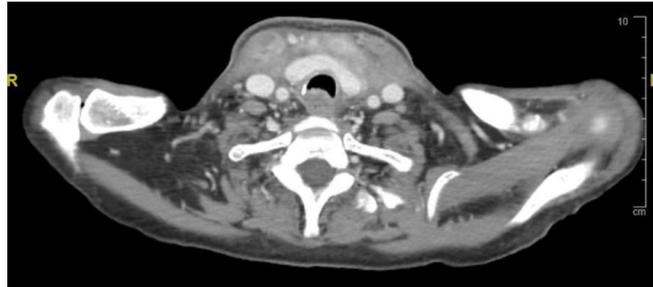
**Discusión:** El PG postquirúrgico es una rara complicación secundaria al fenómeno de patergia. Puede ocurrir en todo tipo de cirugías, simulando una infección o incluso una fascitis necrotizante y shock séptico. Se han publicado pocos casos en los que el retraso diagnóstico llevó a la amputación, como en nuestro paciente.

Este caso nos recuerda la importancia de consultar al dermatólogo ante la sospecha de infecciones de partes blandas con mala evolución, ya que ante la posibilidad de un PG subyacente, se podrían evitar cirugías innecesarias, como desbridamiento o amputación.

#### 4 SÍNDROME DE SWEET CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA ASOCIADO A GILTERITINIB

Ana Jiménez-Sánchez(1), María Olivares-Guerrero(1), Pablo Bonete(1), Aurora Fernández-Galván(1), Diego de Argila(1), Javier Sánchez-Pérez(1), Luis Miguel Juárez-Salcedo(2), Patricia Muñoz-Hernández(3), Esteban Daudén(1) y Mar Llamas-Velasco(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Hematología y (3) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Introducción:** El síndrome de Sweet (SS) se caracteriza por lesiones cutáneas eritematoedematosas, fiebre y leucocitosis, pudiendo afectar infrecuentemente a otros órganos. Su asociación con la leucemia mieloide aguda (LMA) es una de las más estudiadas, jugando un papel esencial en su patogenia la presencia de mutaciones en el gen de la tirosina quinasa 3 relacionada con fms (FLT3) y habiéndose descrito más recientemente un papel de los inhibidores de dicha quinasa como posibles inductores de dermatosis neutrofilicas (DN).



**Caso clínico:** Mujer de 71 años con LMA en tratamiento con venetoclax y azacitidina que presenta un cuadro cutáneo caracterizado por placas eritematoedematosas en manos, tronco y región facial. La biopsia mostró alteraciones compatibles con un SS. Días más tarde, la paciente ingresa con un cuadro de parálisis del VI par craneal del ojo izquierdo, así como un aumento de tamaño de la glándula lacrimonasal objetivado en la tomografía computerizada. Dado que la LMA se encontraba en progresión, se realiza una nueva biopsia de médula ósea objetivándose una ganancia de mutaciones en el gen FLT3 e iniciándose tratamiento con gilteritinib. Un mes después, la paciente presenta un cuadro de medias-tinitis aguda, tiroiditis, abscesos musculares cervicales (Imagen 1) y consolidaciones pulmonares. Seguidamente, la paciente presentó disfonía brusca y un engrosamiento de la cuerda vocal derecha en la fibroscopia. Poco después, la paciente sufrió un empeoramiento clínico con el consiguiente fallecimiento. No se aislaron microorganismos relevantes en los cultivos realizados. Un espectro de manifestaciones cutáneas del SS estuvo presente durante toda la evolución y recibió tratamiento con corticoides sistémicos y con yoduro potásico.

**Discusión y Conclusiones:** La afectación laríngea y de la glándula lacrimonasal en el SS es excepcional, con un único caso descrito en la literatura hasta la fecha. En cuanto al papel de los inhibidores de FLT3 en el desarrollo de DN se han publicado hasta la fecha 8 casos en la literatura, constituyendo nuestro caso el primero con manifestaciones extracutáneas en una paciente en tratamiento con gilteritinib. En conclusión, la progresión de la LMA, la mutación FLT3 y el tratamiento con inhibidores de FLT3 pueden estar asociados al mal pronóstico del SS, así como a un alto riesgo de afectación extracutánea como ocurrió en nuestro caso.

#### 5 LIQUEN PLANO EROSIVO REFRACTARIO A TRATAMIENTO CON RESPUESTA SATISFACTORIA A RITUXIMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Javier Mateos Rico(1), Araceli Sánchez Gil(1), Loreto Luna Bastante(1), Ana María Delgado Márquez(1), Rocío Muñoz Martínez(1), Cristina Marcos Rodríguez(1) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** El liquen plano (LP) de mucosas es una dermatosis inflamatoria cuyas variantes más frecuentes son la erosiva y reticular. Suele presentar refractariedad al tratamiento y requiere de un abordaje multidisciplinar. Algunos casos han sido tratados con rituximab, un anticuerpo monoclonal anti CD20.

**Caso clínico:** Presentamos a una mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia, asma y cáncer de mama hace más de 30 años. Acude a dermatología en 2013 por un LP erosivo con afectación oral y genital de 2 años de evolución. Realiza tratamiento con corticoides tópicos y orales, tacrolimus, fototerapia, hidroxiclороquina, metotrexato, acitretino, apremilast y terapia fotodinámica, con mejoría parcial pero posterior recidiva. En 2021 la paciente aqueja disfagia, por lo que se remite a consultas de digestivo. Se realiza una gastroscopia que muestra áreas parcheadas erosivas y una estenosis parcial en anillo, siendo diagnosticada de LP erosivo esofágico.

Se inicia tratamiento con 4 dosis de rituximab (375mg/m<sup>2</sup>/semana) con buena tolerancia y mejoría clínica. En la gastroscopia de control se observa una mucosa esofágica adelgazada y exudado blanquecino, sin erosiones. La paciente presenta mejoría en mucosa oral y genital. A los 6 meses recidivan erosiones en mucosa gingival que se manejan con corticoides. En 2023 comienza de nuevo con disfagia por lo que se retoma el tratamiento con rituximab con buena respuesta.

**Discusión:** El liquen plano erosivo (LPE) es una dermatosis que afecta a mucosa oral, genital, digestiva y urinaria. La disfagia puede ser el primer signo de afectación esofágica y habitualmente existe un retraso diagnóstico. Se han descrito neoplasias en hasta un 3% de los pacientes, lo que hace necesario un seguimiento estrecho.

En el tratamiento del LPE se emplean corticoides de alta potencia e inmunosupresores en casos refractarios, que deben adecuarse a la situación clínica de cada paciente. Desde 2008, se han reportado escasas series en la literatura con empleo de rituximab en el LPE, no existiendo consenso sobre su posología.

**Conclusión:** Presentamos un nuevo caso de LPE con afectación esofágica y buena respuesta a rituximab. Queremos resaltar el manejo interdisciplinar de estos pacientes que asegure un buen control de su patología y un seguimiento estrecho por el riesgo de malignización.

## 6 PLACA NECRÓTICA EN EL PENE; CUANDO LOS ANTECEDENTES JUEGAN UN PAPEL FUNDAMENTAL

Júlia Mercader Salvans(1), Daniel Javier Sánchez Báez(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Miguel Quetglas Valenzuela(1), Sonia García Hernández(2), Marcella Markthaler(1), María Arteaga Henríquez(1) y María del Mar Pestana Eliche(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España.

**Introducción:** La calcifilaxis (CX) es un síndrome causado por la calcificación distrófica de las arteriolas dérmicas e hipodérmicas que forman úlceras y necrosis cutánea. La calcifilaxis del pene (CP) constituye una forma infrecuente de CX de pronóstico infausto.

**Caso clínico:** Varón de 58 años de edad, hipertenso, diabético y con enfermedad renal crónica (ERC) terminal en hemodiálisis (HD) que acudió a dermatología por lesión en glande de un mes de evolución que inicialmente era blanquecina e indolora y que evolucionó hasta el estado actual. A la exploración, se observó una placa necrótica de bordes violáceos, bien definidos, de 2 cm de diámetro en glande. Se realizó una biopsia punch que fue inespecífica y se descartaron causas infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. Con la sospecha clínica de vasculopatía trombotica oclusiva vs. CP se solicitó analítica donde se halló la PTH elevada y se realizó angio-TAC que mostró una calcificación extensa de vasos peneanos y pudendos. Se realizó el diagnóstico de CP y se inició tratamiento médico con tiosulfato (TS) intravenoso y tópico, HD y optimización del metabolismo fosfocálcico. Debido a la mala evolución clínica, se realizó una penectomía, cuya histología demostró la calcificación distrófica arteriolar pero el paciente evolucionó de manera desfavorable falleciendo a los 3 meses del diagnóstico.

**Discusión:** La CX es una entidad infrecuente que afecta sobre todo a pacientes con ERC en HD. Se ha relacionado con hiperparatiroidismo secundario, como en nuestro caso, y con alteraciones del metabolismo fosfocálcico, aunque no es indispensable. La CP suele presentarse como una placa eritematoviolácea en glande, que progresa hacia una escara necrótica y se extiende al resto del pene hasta poder llegar a producir una autoamputación. Suele ser dolorosa, pero se han descrito casos, como el nuestro, donde el dolor no está presente. La toma de biopsias ante la sospecha de CX se desaconseja por riesgo de progresión o sobreinfección, siendo las pruebas de imagen y analíticas las herramientas diagnósticas que debemos utilizar. El estudio histológico de piezas de penectomía, en caso de requerirse, confirma el diagnóstico.

**Conclusión:** La CP es una patología que debe sospecharse en todo paciente con ERC en HD. No siempre se presenta con dolor o alteraciones graves del metabolismo fosfocálcico. La biopsia cutánea está desaconsejada.

## 7 NÓDULOS SUBCUTÁNEOS CON DISEMINACIÓN ESPOROTRICOIDE EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Dora Mancha(1), Cláudia Brazão(1), Lanyu Sun(1), Tiago Marques(2), Pedro de Vasconcelos(1), Dinah Carvalho(3), José Melo Cristiano(3), Luís Soares de Almeida(1) y Paulo Filipe(1) de (1)Serviço de Dermatologia, (2)Serviço de Doenças Infecciosas y (3)Laboratório de Microbiologia. Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa - Portugal.

**Antecedentes y objetivos:** La población de pacientes inmunocomprometidos ha experimentado un constante aumento debido a los avances en las áreas de hematología y oncología, así como en el cuidado de enfermedades inflamatorias/autoinmunes que requieren inmunosupresión crónica. Las infecciones cutáneas son especialmente comunes, afectando a más del 20% de estos pacientes.

**Métodos:** Presentamos un caso de feohifomicosis en un paciente inmunodeprimido.

**Resultados:** Mujer de 50 años acudió a la consulta de Dermatología debido a lesiones cutáneas que crecían progresivamente en el antebrazo izquierdo, con una evolución de cuatro años. Negó haber sufrido traumatismos, picaduras o cirugías previas al inicio de la dermatosis. Negó haber realizado viajes a países tropicales o practicar hobbies como actividades acuáticas o de jardinería. La paciente tenía antecedentes de artritis reumatoide y estaba bajo tratamiento crónico con prednisolona, metotrexato, sulfasalazina e hidroxicloroquina. Durante el examen físico, se observó una dermatosis polimorfa localizada en el antebrazo izquierdo, caracterizada por nódulos subcutáneos eritematosos, erosionados e indoloros, de consistencia dura, distribuidos de manera esporotricoide. En la mano izquierda, se observaron manchas y máculas de color castaño. La biopsia cutánea mostró granulomas supurativos con extensas áreas de necrosis. En la coloración PAS, se observaban hifas micóticas. En los cultivos fúngicos se desarrollaron colonias aterciopeladas de color negro. La identificación molecular por PCR identificó *Exophiala oligosperma*. El tratamiento consistió en la escisión quirúrgica y itraconazol 200 mg cada 12 horas.

**Conclusiones:** Las feohifomicosis abarcan un conjunto heterogéneo de infecciones fúngicas causadas por hongos de paredes oscuras, como la especie *Exophiala spp.*, que está emergiendo como agente causal de infecciones en individuos inmunocomprometidos. Además, se les ha asociado con infecciones sistémicas, incluyendo endocarditis en válvulas protésicas, peritonitis asociada a la diálisis e infecciones diseminadas. La sospecha clínica elevada resulta fundamental para obtener un diagnóstico preciso y comenzar el tratamiento, evitando posibles complicaciones graves.

## 8 PANCITOPENIA, ADENOPATÍAS GENERALIZADAS, HEPATOSPLENOMEGALIA Y LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA: IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL DERMATÓLOGO

Nerea Mohino-Farré(1), Laia Pastor-Jané(1), María Expósito-Vega(2), Ramón Bosch-Príncipe(2), Susana García-Aguilera(3), Clara Martín-Callizo(1), Mar Cordellat-Martínez(1), José David Cánovas Martínez(1), Cristina Angulo-Martínez(1), José Antonio Pujol-Montcusí(1) y Miquel Just-Sarobé(1) de (1)Dermatología, (2) Anatomía Patológica y (3)Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España.

Mujer de 28 años, procedente de Argentina y sin antecedentes conocidos. Ingresó por un cuadro grave de postración, pérdida de 25 kg, fiebre, disnea, sangrado nasal y adenopatías, de 3 meses de evolución. Consultó a dermatología por unas lesiones cutáneas que debutan en la cara, con extensión al tronco y extremidades, asintomáticas. A la exploración, son pápulas y placas eritematosas e induradas. Respeta las mucosas. También tiene hepatoesplenomegalia, muguet orofaríngeo y adenopatías periféricas generalizadas.

En la analítica destaca pancitopenia grave, alargamiento del tiempo de coagulación y serología de VIH positiva con linfocitos CD4+ de 20/mm<sup>3</sup>. En la radiografía simple y TAC torácico presenta infiltrados pulmonares intersticiales. Se sospecha una infección oportunista en el contexto de inmunodepresión grave.

La biopsia cutánea, muestra una micosis angioinvasiva. Se detecta el antígeno Histoplasma Capsulatum (HC) en orina y también se aísla en el cultivo. Se diagnostica una neumonía por Pneumocystis jiroveci añadida a la afectación pulmonar por HC.

Por tanto, se trata de una histoplasmosis diseminada en una paciente en estadio SIDA. Se inicia terapia antiretroviral para el VIH y tratamiento con anfotericina B seguida por itraconazol oral. Presenta mejoría clínica y analítica, con remisión de las lesiones cutáneas.

La histoplasmosis tiene alta incidencia en áreas endémicas de América, incluyendo Argentina, su país de procedencia. Existen 3 variantes clínicas: pulmonar aguda, crónica y diseminada que es típica en pacientes con inmunosupresión celular crónica, incluido VIH/ SIDA, como el caso presentado. Las lesiones cutáneas son muy frecuentes en áreas endémicas y tienen gran polimorfismo clínico por lo que resulta crucial una adecuada exploración dermatológica y toma de biopsia.

Se debe plantear diagnóstico diferencial con otras infecciones que podrían ser simultáneas, como tuberculosis miliar, leishmaniasis, neumocistosis, citomegalovirus, criptococosis e incluso trastornos linfoproliferativos.

La técnica diagnóstica standard oro es el cultivo, pero su crecimiento es lento. Tiene alta sensibilidad y rapidez en el resultado la detección de antígenos de HC en orina, suero y lavado bronco-alveolar.

El tratamiento debe ser precoz, inicialmente con Anfotericina B y seguido de Itraconazol oral con un mantenimiento prolongado para evitar recaídas.

**9 ECTIMA GANGRENOSO DE ORIGEN ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Margarita Pich-Aguilera Blasco(1), Mercè Grau Pérez(1), Laura Nájera Botello(2), Marcos López Dosil(2), Esther Montero Hernández(3), Victoria Ortiz Berciano(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Cristian Fernando Caballero Linares(1), Rita Cabeza Martínez(1) y Gastón Rouston Gullón(1) de (1) Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Microbiología y (3)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

**Antecedentes y objetivos:** El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea infrecuente comúnmente asociada con la infección por Pseudomonas aeruginosa en individuos inmunodeprimidos. Sin embargo, en raras ocasiones también se han identificado diferentes microorganismos bacterianos y fúngicos causantes de dicha infección, tales como otras bacterias gram negativas y algunos hongos.

**Métodos:** Se describe un caso de ectima gangrenoso de probable origen polimicrobiano en un paciente diabético.

**Resultados:** Varón de 71 años con diabetes mellitus tipo 2 como único antecedente relevante, que acudió a urgencias por presentar múltiples úlceras necróticas redondeadas con borde eritematoso de distribución generalizada, en el contexto de fiebre de 38°C y clínica respiratoria de 5 días de evolución. En la analítica de sangre destacaba leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de posible sepsis de origen cutáneo y/o respiratorio, se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam y se realizó biopsia del borde de una de las úlceras para evaluación histológica y microbiológica, que reveló la presencia de trombos en vasos de pequeño calibre, siendo compatible con vasculitis infecciosa. En la biopsia se aisló inicialmente Escherichia coli. Tras completar el tratamiento antibiótico, el paciente presentó una mejoría tan solo parcial y continuó desarrollando nuevas lesiones, por lo que se recogió una nueva muestra de pus con torunda, identificándose Candida parapsilosis mediante Maldi-Tof. Finalmente, se realizó una nueva biopsia con cultivo a la semana de una lesión necrótica purulenta, aislándose nuevamente Candida (esta vez, Lusitaniae). Se inició tratamiento con fluconazol 100 mg/24 horas durante 30 días, con excelente respuesta clínica y resolución de las lesiones. Asimismo, se realizó estudio de extensión, descartándose malignidad.

**Conclusiones:** El presente caso describe un cuadro infrecuente y aparatoso de ectima gangrenoso en un paciente diabético sin otros factores de riesgo, de probable origen polimicrobiano, cuya evolución clínica fue favorable tras instaurar tratamiento antifúngico, sugiriendo como origen más probable una infección candidiásica. Esta podría corresponder a la subespecie Candida parapsilosis, Candida lusitaniae o ambas.

**10 ECCEMA HERPETICUM Y MENINGOENCEFALITIS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE DARIER: CAPTANDO UN SIGNO NEUROLÓGICO DESDE LA PERSPECTIVA FOTOGRÁFICA**

Carlos Fabián Figueroa Martín(1), Luis Felipe Godoy Villalón(1), Andrea San José Rodríguez(1), Gabriel Rodríguez Vega(1), Mª Zaida Hernández Hernández(1), Elena Pisos Álamo(2), Leopoldo Borrego Hernando(1) y Javier Hernández Santana(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España



*Eczema herpeticum y rigidez nucal: una fotografía más allá de la piel*

**Introducción:** El eczema herpeticum (EH) es una infección vírica diseminada que aparece en pacientes con una dermatosis de base, como la dermatitis atópica y la enfermedad de Darier. Sin embargo, la asociación con meningoencefalitis herpética no es frecuente.

**Caso clínico:** Un varón de 21 años, con antecedentes de enfermedad de Darier, consultó por un cuadro de lesiones generalizadas de 7 días de evolución. Comenzó de forma súbita en el antebrazo izquierdo, con posterior extensión a la cara, el tronco y el miembro contralateral. Manifestaba dolor, cefalea holocraneal y fiebre de 38,9°C.

En la exploración física presentaba múltiples (>100) vesículas umbilicadas, redondeadas, de contenido opaco-verdoso, y que se asentaban sobre una base eritematosa. Se distribuían de forma bilateral y simétrica, con una configuración herpetiforme. Asimismo, asociaba numerosas pápulas eritemato-parduzcas, de tamaño y formas variables, que se extendían por el cuello y el tronco. Presentaba dolor y rigidez con la flexión lateral del cuello, y los signos de Brudzinski y Kernig eran dudosos.

Con la sospecha de EH complicado con una meningitis vírica, se realizó una punción lumbar. Se confirmó la presencia del VHS-1 mediante PCR y se inició Aciclovir IV a dosis de 10 mg/Kg/8 horas. Durante las primeras horas del ingreso, el paciente desarrolló bradipsiquia y confusión mental, por lo que, con la sospecha de meningoencefalitis herpética, se pautó Dexametasona. La evolución clínica fue favorable, y el paciente recibió el alta con dosis profilácticas de Valaciclovir y sin secuelas neurológicas.

**Discusión:** Las complicaciones más frecuentes del EH incluyen las sobreinfecciones bacterianas, la neumonía herpética, las queratoconjuntivitis e incluso, la muerte. Las neuroinfecciones no son complicaciones habituales, y no se han descrito en pacientes con enfermedad de Darier y EH. La meningoencefalitis herpética cursa con fiebre, cefalea y rigidez nuchal. El diagnóstico se basa en la historia clínica, los estudios de neuroimagen y el análisis del LCR. El tratamiento de elección es el Aciclovir IV y la mortalidad sin tratamiento asciende a un 50-70% de los casos.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de meningoencefalitis herpética en un paciente con enfermedad de Darier y EH. En todo paciente con infecciones víricas diseminadas debemos descartar síntomas y signos sugestivos de complicación neurológica.

## 11 ACRODERMATITIS CRÓNICA ATRÓFICA: DOS CASOS CLÍNICOS

Elias Alejandro Albarrán Coria(1), César Cosme Álvarez Cuesta(1), Eloy Rodríguez Díaz(1), Álex Viñolas Cuadros(1), Susana Mallo García(1), Yaiza Rey Fanjul(2), Juan Manuel Calzada González(2), Teresa González de las Heras(1), Paula Penanes Alonso(1), Ángel Fernández Camporro(1) y Lucía Palacio Aller(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España.



Fotos clínicas: a) Mácula eritematosa con piel atrófica y venas subyacentes visibles en dorso de pie y tercio inferior de pierna derecha. b) Placa eritemato-violácea en tobillo y dorso de pie izquierdo.

**Introducción:** La acrodermatitis crónica atrófica (ACA) es una manifestación tardía e infrecuente de la borreliosis de Lyme, enfermedad multisistémica causada por *Borrelia burgdorferi* y transmitida por la mordedura de la garrapata Ixodes. Fue descrita por primera vez en 1883 por Buchwald. La ACA afecta predominantemente a mujeres de 40 a 70 años, se localiza en las partes distales de las extremidades y aproximadamente la mitad de los pacientes pueden asociar neuropatía periférica.

**Casos clínicos:** Describimos dos casos; el primero, un hombre de 43 años con placas eritemato-violáceas en ambos codos y máculas eritematosas, atrofia cutánea y venas subyacentes visibles en pierna y dorso de pie derecho de años de evolución; y el segundo, un hombre de 83 años con placas eritemato-violáceas en rodilla y pie izquierdo de años de evolución; ambos pacientes presentaban neuropatía periférica. Con la sospecha de ACA se realizan serología y estudio histológico siendo ambos compatibles con el diagnóstico. Se indica tratamiento con doxiciclina y amoxicilina, respectivamente, con respuesta favorable.

**Discusión:** La historia natural de la ACA se considera bifásica; inicialmente se presenta como máculas y placas eritemato-violáceas, edematosas y blandas. Más tarde progresa a atrofia extensa de la piel con prominencia de los vasos sanguíneos subyacentes y apariencia brillante o «en papel de fumar». Un dato clínico característico es la asimetría de dichas manifestaciones.

El diagnóstico de ACA se establece por la combinación de presentación clínica, pruebas serológicas y hallazgos histopatológicos compatibles, caracterizados éstos por infiltrado linfocitario y de células plasmáticas acompañado de atrofia epidérmica. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye insuficiencia vascular, morfea, síndrome doloroso regional complejo, sarcoidosis, dermatomiositis, entre otros. El tratamiento se basa en doxiciclina 200 mg al día o amoxicilina 500 mg tres veces al día durante 14 a 28 días.

**Conclusión:** La ACA es una dermatosis infrecuente y quizás infradiagnosticada. Reconocer el cuadro clínico característico es a menudo un reto debido a la latencia variable después de la infección borrelial primaria y a la falta de síntomas que conducen a un retraso en la búsqueda de tratamiento. El inicio precoz de éste es crucial para evitar complicaciones neurológicas, articulares y cardíacas.

## 12 PAQUIDERMOPERIOSTOSIS: NO TODA CUTIS VERTICIS GYRATA ES ACROMEGALIA

Júlia Boronat Cucarull(1), Carlos Moreno Vilchez(1), Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Clara Muntaner Virgili(1), Marta Gangonells Dols(1) y Anna Jucglà Serra(1) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

**Introducción:** La paquidermoperiostosis, también conocida como síndrome de Touraine-Solente-Golé, es una entidad muy poco frecuente caracterizada por acropaquia, periostosis y engrosamiento cutáneo, además de otras características menores (acné, dermatitis seborreica, hiperhidrosis, etc.). Es frecuente la presencia de historia familiar, sin embargo, su expresividad es variable siendo raras las formas completas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 24 años natural de Marruecos, hijo de padres consanguíneos, que fue derivado al servicio de dermatología de nuestro hospital para estudio de cutis verticis gyrata. Además, al realizar la historia clínica, el paciente refirió crecimiento de partes acras de año y medio de evolución, sin otra sintomatología asociada. Clínicamente se objetivó paquidermia con aumento del perímetro de los tobillos y de los dedos, adoptando forma de palillo de tambor. A nivel craneal, destacaba el engrosamiento de los surcos nasogenianos e intercilial, así como cutis verticis gyrata y presencia de dermatitis seborreica.

También refería hiperhidrosis de predominio palmo-plantar. Se realizaron radiografías óseas donde se evidenció periostitis generalizada y simétrica. Analíticamente no mostraba alteraciones endocrinológicas, incluyendo una determinación del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1), ni autoinmunes.

**Discusión:** La paquidermoperiostosis es una enfermedad infrecuente, lo que requiere de su conocimiento para sospecharla. Para diagnosticarla son necesarios criterios tanto clínicos como radiológicos, así como la exclusión de otras entidades más frecuentes y de formas secundarias de osteopatía hipertrófica. Aunque no existe un tratamiento curativo de dicha condición y el tratamiento es principalmente sintomático, requiere de seguimiento periódico ya que los pacientes pueden desarrollar complicaciones a largo plazo.

**13 ¿CELULITIS BILATERAL? EN PACIENTE TRATADO CON QUIMIOTERAPIA**

Bernat Mas Matas(1), María Cruz Álvarez-Buylla Puente(1), Verónica Fernández Tapia(1), Margalida Perelló Roig(1), Fernando Terrassa Sagristà(2), Amador Sola Truyols(1), Rosa Taberner Ferrer(1) y Cristina Nadal Lladó(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

**Antecedentes:** El pemetrexed, un fármaco quimioterapéutico antifolato, ha demostrado eficacia contra diversas neoplasias, incluido el cáncer de pulmón no microcítico avanzado. Su uso se ha asociado con diversos eventos adversos dermatológicos.

**Presentación del Caso:** Presentamos el caso de una mujer de 49 años diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar estadio IV, sometida a terapia combinada con carboplatino, pemetrexed, ipilimumab y nivolumab. La paciente fue derivada por edema y eritema doloroso persistente en las extremidades inferiores de dos semanas de evolución, inicialmente orientado desde su ambulatorio como celulitis bilateral. A pesar de antibioterapia empírica, los síntomas persistieron.

Se realizó una biopsia cutánea que reveló degeneración vacuolar basal, queratinocitos necróticos, edema, extravasación hemorrágica e infiltrado mononuclear perivascular superficial. La analítica sanguínea demostró pancitopenia y elevación de reactantes de fase aguda, mientras que los hemocultivos y cultivos de la lesión resultaron negativos.

**Diagnóstico y tratamiento:** Basándonos en los hallazgos clínicos, la evolución a pesar del tratamiento antibiótico y los resultados de las pruebas complementarias, se estableció el diagnóstico de pseudocelulitis inducida por pemetrexed. El tratamiento incluyó corticosteroides tópicos y sistémicos, junto con la discontinuación de pemetrexed, lo que resultó en una progresiva resolución de los síntomas.

**Conclusiones:** La pseudocelulitis inducida por pemetrexed presenta un desafío en términos de diagnóstico y tratamiento debido a su similitud clínica con la celulitis y a la conciencia limitada al respecto. Este caso destaca la importancia de la vigilancia clínica para identificar las reacciones cutáneas relacionadas con la quimioterapia, reduciendo así intervenciones innecesarias.

**14 TOMAR EL SOL Y SALIR ESCALDADO: ¿LUPUS O REACCIÓN MEDICAMENTOSA GRAVE? CUANDO LOS ANTICUERPOS NO SACAN DE DUDAS**

Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Mary Carolina Antonetti-Roso(1), Sergio García González(1), José González Fernández(1), Mar García García(2), M<sup>a</sup> Antonia Concellón Doñate(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.



Figura 1. Lesiones confluentes con denudación en espalda que muestra respeto de la zona cubierta.

**Material y Métodos. Caso Clínico:** Paciente de 44 años que acude a Urgencias con una erupción de inicio en espalda tras 2 días de toma de dexketoprofeno y tramadol. La paciente había estado expuesta al Sol en la piscina. El cuadro había progresado hacia un eritema confluyente con vesiculación, signo de Nikolsky positivo y áreas denudadas que afectaban a raíz de miembros y tórax, donde se demarcaba claramente fotoinducción, respetando la zona del bikini (Figura 1). Además había comenzado con afectación de la mucosa oral.

Con sospecha de síndrome de superposición Steven Johnson (SSJ) - Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) fotodistribuido, se suspendieron drogas relacionadas, iniciando Etanercept en dosis única y corticoide intravenoso.

La histología mostró una necrosis epidérmica y queratinocitos necróticos compatible con la sospecha diagnóstica. La analítica arrojó Anticuerpos Anti SSA/Ro60 positivos. La paciente mejoró y no ha vuelto a presentar clínica, negatizando los AntiRo en sangre.

**Discusión:** Recientemente han sido descritos en la literatura varios casos de NET/SSJ con fotodistribución marcada.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros cuadros fotoinducidos. En primer lugar con las reacciones fototóxicas y fotoalérgicas, ya que muchos de los fármacos causantes de NET y SSJ son también causantes de este tipo de reacciones. No obstante, no cursarían con mucositis y son menos graves. El otro diagnóstico que debemos descartar es el lupus cutáneo: raramente un Lupus Cutáneo Agudo (LCA), y aún con más infrecuencia un Lupus Cutáneo Subagudo (LCS), pueden dar lugar a cuadros similares a NET o SSJ.

Recientemente se ha postulado que los Anticuerpos Anti-Ro/SSA pueden positivizarse en casos graves de NET, incluso pudiendo ser un marcador predictivo de la gravedad. Esto complica aún más el diagnóstico diferencial con un LCS-NET/SSJ-like, ya que el LCS suele presentar estos anticuerpos. En la tabla 1 se resumen las diferencias entre ambos.

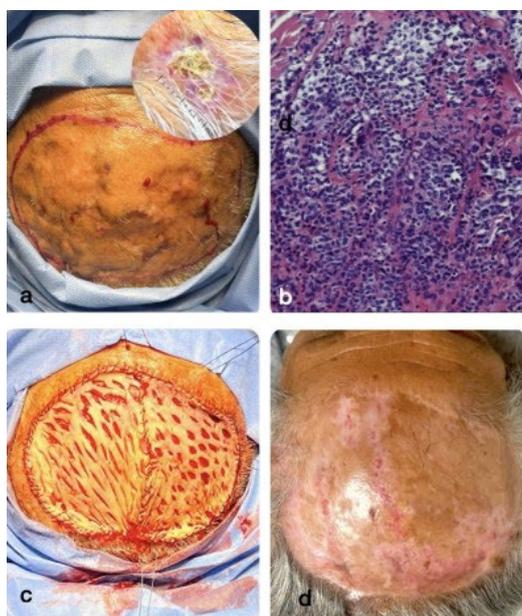
**Conclusiones:** La aparición de una erupción con vesiculación tras toma de medicamento de manera fotodistribuida puede plantear dudas. El más importante a descartar es el SSJ y la NET, que pueden presentar marcada fotodistribución, y contar con Ac. Anti-Ro positivos como marcador de gravedad. Estos también pueden estar presentes en el Lupus Subagudo, por lo que es importante la realización de un buen diagnóstico diferencial.

**Tabla 1.** Diferencias entre NET/SSJ fotodistribuido y LCS con presentación NET/SSJ-like

Necrolisis Epidérmica Tóxica-Síndrome de Steven Johnson fotodistribuido	Lupus cutáneo subagudo con presentación tipo Necrolisis Epidérmica Tóxica – Necrolisis Epidérmica Tóxica
Cuadro grave con vesiculación y denudación con fotodistribución y afectación mucosa	
Histología similar con necrosis epidérmica y queratinocitos necróticos	
Antecedente de toma de medicación	No tiene por qué existir medicación previa
Inmunofluorescencia directa (IFD) negativa	IFD puede ser positiva
AntiSSA/Ro puede positivar como posible marcador de gravedad	AntiSSA/Ro como hallazgo muy frecuente
Sin otros datos de autoinmunidad	Otros datos de autoinmunidad (ANA, Complemento bajo, antiDNA, antiSm)
Sin antecedente de erupciones fotoinducidas	Puede haber episodios previos de lesiones fotoinducidas
No recidiva si no se vuelve a tomar la droga causal	Puede recidivar en exposiciones solares sucesivas con lesiones más típicas de lupus

**15 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO GIGANTE**

Karen Viviana Cervantes Rosales(1), Sharira Malenny López López(1), Edgar Octavio Medina Guerrero(1), Marisol Ramírez Padilla(1), Bertha Lissette Sotelo García(1), Iván Miguel Ortega Garibay(2), William Mesías Puente Galeas(2) y Hernan Isai Padilla Paredes(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara (Jalisco) - México.



**Figura 1**  
**a)** Neoformaciones induradas e hiperqueratósicas entre zonas atróficas hipo e hiperpigmentadas, dermatoscopia con vasos arborizantes, hiperqueratosis sobre una base violácea y áreas blancas sin estructura. **b)** Células malignas dispuestas en nidos, con núcleo pleomórfico e hiper cromático, multinucleadas con mitosis atípicas. **c)** Reconstrucción del defecto quirúrgico con injerto de espesor total. **d)** Seguimiento a los 9 meses, sin datos clínicos de recidiva.

*Sarcoma pleomórfico dérmico*

**Introducción:** El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es una neoplasia rara, de crecimiento rápido, con extensión a dermis profunda y mitosis aumentada.<sup>1,3</sup>

Se presenta el caso de una paciente con SPD gigante, tratada quirúrgicamente de manera conjunta con el servicio de cirugía oncológica.

**Caso clínico:** Femenino de 63 años de edad, con dermatosis única simétrica, localizada en cabeza de 20x15 cm de diámetro, polimorfa constituida por neoformaciones induradas e hiperqueratósicas entre zonas atróficas hipo e hiperpigmentadas adheridas a plano profundo, dolorosas, de evolución crónica, a la dermatoscopia se observan vasos arborizantes, hiperqueratosis sobre una base violácea y áreas blancas sin estructura (fig1a). La histopatología reporta ulceración, células malignas dispuestas en nidos y mitosis atípicas aumentadas(fig1b). La inmunohistoquímica reporta Ki67 del 90%. Se hace diagnóstico de sarcoma pleomórfico dérmico, se reseca tumor con margen de 1 cm, se realiza injerto de espesor total, actualmente sin datos clínicos de recidiva a los 9 meses de seguimiento.(fig1c-d)

**Discusión:** El SPD carece de criterios diagnósticos y terapéuticos, debido a su baja incidencia, no se ha podido estandarizar ni el tratamiento ni el pronóstico de esta neoplasia.<sup>3</sup>

Se describe que un tumor >4 cm, ulcerado con infiltración perineural y linfovascular son factores asociados a una menor supervivencia libre de enfermedad.<sup>4,5</sup>

El tratamiento es quirúrgico con 1-2 cm de margen, ante la falta de estandarización de los márgenes sugeridos en esta neoplasia y por la extensión de la presentada en nuestra paciente, se realizó exceresis completa con margen de 1 cm y reparación de defecto quirúrgico con injerto de espesor total abdominal, con adecuada evolución clínica durante el post quirúrgico y en su seguimiento a los 9 meses sin datos clínicos aparentes de recidiva hasta el momento.

**Conclusión:** El SPD es un tumor agresivo raro, que debido a su baja incidencia actualmente no cuenta con criterios de diagnóstico, tratamiento ni pronóstico definidos.

El manejo médico quirúrgico es imprescindible para lograr una resección total del tumor, con el objetivo de disminuir los factores asociados a una menor supervivencia del paciente.

Se reporta este caso con la intención de aportar a la literatura información que en un futuro permita establecer y unificar criterios diagnósticos y terapéuticos de esta neoplasia.

**16** USO DE SAL COMÚN PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DEL SARCOMA DE KAPOSI PREVIO A LA CIRUGÍA

Patricia Andrés Ibarrola(1), Xabier Eizaguirre Uriarte(1), Irati Allende Markixana(1), Joseba Ugedo Alzaga(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Manuel Pascual Ares(1) y Salomé Álvarez Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) - España.

**Antecedentes y Objetivo:** Varios estudios han objetivado buenos resultados del uso de la sal común como tratamiento tópico en lesiones con componente vascular (granuloma piógeno y granuloma umbilical). Se presenta un caso clínico de una paciente con un sarcoma de Kaposi facial tratado con sal común en oclusión previo a la cirugía.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años, VIH positivo estadio A2 en tratamiento antirretroviral con buen control, que acude por presentar en mejilla izquierda una lesión de color violáceo oscuro de 12 mm de un mes de evolución que drena material sanguinolento. Se realiza toma de biopsia con orientación diagnóstica de posible sarcoma de Kaposi o granuloma piógeno. Dado que la paciente refería tener un evento importante en un breve periodo de tiempo y que la lesión le generaba grandes molestias estéticas, se le recomendó tratamiento tópico con sal común en oclusión previo al resultado de la biopsia, dada la posibilidad de que se tratara de un granuloma piógeno.

**Evolución:** Tras tres semanas de tratamiento, la lesión se había reducido significativamente, persistiendo una costra de 8 x 6 mm bajo la cual se apreciaba una pápula violácea de 4 mm. Se realizó curetaje de la lesión residual con electrobisturí dejando una leve hiperpigmentación que se resolvió de forma espontánea. La biopsia confirmó que se trataba de un sarcoma de Kaposi.

**Discusión:** Desde 1972 se han descrito varios casos de granuloma piógeno y granuloma umbilical tratados con sal común en oclusión con éxito. Este tratamiento tópico se basa en aplicar sal común sobre la lesión, protegiendo la piel circundante con vaselina, y fijándola con una tira adhesiva. La aplicación se repite diariamente durante dos semanas hasta que la lesión se elimine. Esta opción terapéutica presenta numerosas ventajas: es fácil de aplicar, es coste-efectiva, no presenta reacciones adversas graves y ha demostrado buenos resultados en los estudios realizados. Su efecto se debe a la deshidratación de estas lesiones vasculares, al generar un gradiente de osmolaridad, lo que provoca una resolución de las mismas.

**Conclusión:** Lesiones pequeñas de sarcoma de Kaposi, al presentar un componente vascular importante, podrían beneficiarse del tratamiento tópico con sal común en oclusión para disminuir su tamaño previo a la cirugía.



*Sarcoma de Kaposi tratado con sal común en oclusión previo a la cirugía.*

**VIERNES 24 de mayo**  
11:00 - 12:45 h.

MISCELÁNEA

1 MODERADORES

Gaston Roustán Gullón, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, (Madrid).  
Juan Ignacio Yanguas Bayona, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

2 ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: REVISIÓN DE 4 CASOS

Teresa González de las Heras(1), Eloy Rodríguez Díaz(1), Daniel Ruiz Sánchez(1), Beatriz Vázquez Losada(1), Ángel Fernández Camporro(1), Paula Penanes Alonso(1), Elías Alejandro Albarrán Coria(1), Cristina Molinos Norniella(2), Mónica García González(2) y Lucía Palacio Aller(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España.



Afectación mucocutánea en paciente con erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME)

**Introducción:** El término exantema y mucositis inducido por *Mycoplasma pneumoniae* (MIRM) fue acuñado en 2015 por Canavan et al. y surge ante la necesidad de diferenciar el espectro de las erupciones mucocutáneas producidas por *M.pneumoniae* de entidades como el síndrome Stevens- Johnson (SJS) inducido por fármacos y el eritema multiforme (EM) que se asocia al Herpes simplex. Se caracteriza por un predominio de afectación mucosa sobre la cutánea y el pronóstico es excelente. Se han descrito formas recurrentes y en brotes. Posteriormente, en 2021 Ramien propuso el término erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME), ya que otros microorganismos como la *Chlamydia pneumoniae* producen cuadros similares. Este término es actualmente el más aceptado.

**Métodos:** Se recogen 4 casos compatibles con RIME por *M.pneumoniae* del Hospital Universitario de Cabueñes desde el 2016. Todos ellos presentaron PCR o serología positiva para *M.pneumoniae* en el momento de aparición de las lesiones.

**Resultados:** Los 4 casos son varones, con una edad media de 9,75 años (7 a 12). Los 3 últimos ocurrieron en un intervalo de 1 mes. En ellos predominaron las lesiones sobre la mucosa oral y ocular en el 100% de los casos. En el 75% de los casos se combinaban lesiones mucosas con cutáneas, generalmente con escasa afectación del tegumento, y consistía predominantemente en vesiculoampollas, aunque el 25% también presentaron lesiones en diana. Uno de los pacientes presentó RIME recurrente.

**Conclusiones:** El RIME es una entidad poco reconocida debido a la concepción clásica de que las erupciones mucocutáneas por *M.pneumoniae* pertenecían al espectro del EM-SJS. Sin embargo, se debe considerar el RIME como una entidad propia por su clínica y pronóstico.

Aunque la infección por *M.pneumoniae* no es de obligada declaración, llama la atención el corto periodo de tiempo en el que han aparecido los 3 últimos casos con respecto a la incidencia de la enfermedad en los años previos. Esto nos sugiere que formen parte de un brote, como se ha descrito en algunos estudios.

**Tabla:** Resumen de las características observadas en los cuatro casos de erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón
Edad	11	12	9	7
Pródromos	Sí	Sí	Sí	Sí
Neumonía	Sí	Sí	Sí	Sí
Confirmación <i>M.pneumoniae</i>	Sí (serología)	Sí (PCR)	Sí (PCR y serología)	Sí (PCR)
Nº mucosas afectadas	3 (bucal, ocular, genital)	3 (bucal, ocular, genital)	4 (bucal, ocular, genital, anal)	2 (bucal, ocular)
Afectación ocular	Conjuntivitis	Conjuntivitis y úlcera conjuntival bilateral	Conjuntivitis	Conjuntivitis
Afectación cutánea	Escasa, vesiculoampollas y dianas	Moderada, vesiculoampollas y dianas	Moderada, vesiculoampollas y dianas	No
Recurrente	Sí (solo 2 episodios con serología positiva para <i>M.pneumoniae</i> )	No	No	No

**3 LIQUEN PLANO ESOFÁGICO: UNA SERIE DE 8 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Nerea Manzanares Oliver(1), Sonia Segura Tigell(1), Andrea Molina Álvarez(2), Mar Iglesias Coma(2), Juan Enrique Naves(3) y Ramón M. Pujol Vallverdú(1) de (1) Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Patología y (3)Servicio de Digestivo. Hospital del Mar, Barcelona - España

**Antecedentes y objetivos:** El liquen plano esofágico (LPE) es una manifestación poco frecuente del liquen plano (LP), con elevada morbilidad y riesgo de malignización. Se revisan características clínicas y estrategias diagnóstico-terapéuticas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de características clínico-patológicas, hallazgos endoscópicos y seguimiento de pacientes con LPE controlados en un servicio hospitalario terciario durante el periodo 2006-2023.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes (1 hombre, 7 mujeres) con una edad media de 77,8 +/- 7,5 años. Todos los pacientes presentaban LP en otras localizaciones: 8/8 oral (7/8 tipo erosivo), 1/8 cutáneo, 2/8 genital y 1/8 pilar, confirmado por biopsia en 6/8. El síntoma inicial y constante fue la disfagia, siendo en 2 casos la clínica esofágica la primera manifestación de la enfermedad. Todos los pacientes presentaban lesiones en la porción proximal del esófago en forma de anillos fibrosos, estenosis y denudación de la mucosa. En 6/8 biopsias esofágicas se observaron cambios histológicos de tipo liquenoide (queratinocitos apoptóticos, desprendimiento epitelial, inflamación linfocitaria en la lámina propia). El diagnóstico se estableció tras 5,9 +/- 4 años de inicio de la clínica. Tras un periodo medio de seguimiento de 5 años, no se objetivó la evolución a carcinoma escamoso (CE) esofágico, si bien una de los pacientes falleció por CE sobre LP oral. Se prescribieron corticoides locales (5/8), inhibidores de la bomba de protones (IPB) (5/8), procinéticos (2/8) y dilataciones esofágicas (5/8, con necesidad de 2-5 sesiones). 7/8 presentaron mejorías parciales con estabilización clínica.

**Conclusiones:** El LPE es un proceso de predominio en mujeres de edad media, siendo la disfagia el síntoma más frecuente. Suele asociarse con lesiones de LP en otras localizaciones, con predominio de una afectación erosiva en mucosa oral, que suele preceder a las lesiones esofágicas. Su carácter asintomático o con discretos síntomas, junto con la ausencia de hallazgos específicos en la endoscopia y la dificultad de interpretación de la biopsia puede motivar un retraso en el diagnóstico. Muy probablemente es un subtipo de LP infradiagnosticado con potencial riesgo de malignización. Los corticoides tópicos o sistémicos poseen un efecto limitado y suelen asociarse a IBP, procinéticos y dilataciones esofágicas.

**4 DERMATOSIS ASOCIADAS A MALFORMACIONES VASCULARES: SERIE DE CASOS**

Amin Daoud(1), María Teresa Monserrat García(1), Antonio Alcalá Ramírez del Puerto(1), Carmen Cruz Catalán(1), José Bernabeu Wittel(1) y Julián Conejo Mir Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Introducción:** Las malformaciones vasculares son lesiones congénitas que, en ocasiones, en el seno de su evolución, pueden desarrollar nuevas enfermedades cutáneas en la misma localización.

**Caso Clínico:** Se incluyen un total de 2 pacientes afectados de malformaciones arteriovenosas hemifaciales así como 2 pacientes con malformaciones capilares hemifaciales en seguimiento en nuestra unidad.

**Resultados:** De los pacientes seleccionados 3 de ellos desarrollaron papulopustulas sobre las malformaciones. En 2 de ellos se sospechó de progresión de la malformación ante el aumento de temperatura. Se pauta tratamiento antibiótico tópico y oral en 2 de los casos mientras que en un caso se inicia isotretinoína con buena respuesta en todos ellos. En un caso se aprecia placa de aspecto eczematoso a nivel periocular sobre malformación capilar en vino de Oporto, la cual responde a corticoide tópico.

**Discusión:** Las dermatosis observadas en la serie de casos pueden justificarse bajo un fenómeno isomorfo de Wolf, el cual consiste en la aparición de una enfermedad cutánea nueva en la misma localización de otra dermatosis con la cual no guarda relación. Asimismo, en uno de los pacientes se observa una reacción eczematoso compatible con fenómeno de Meyerson, raramente descrito en malformaciones vasculares.

Este tipo de fenómenos a nivel de malformaciones vasculares son de frecuencia desconocida. Cabe destacar que pueden ser confundidos con una progresión de la malformación, por lo que la exploración es clave para su despistaje. Se teoriza por el aumento de flujo sanguíneo en dichas lesiones se puede reactivar dermatosis que previamente se encuentren latentes. El tratamiento consiste en abordar la dermatosis en cuestión, logrando una respuesta satisfactoria en la mayoría de casos.

**Bibliografía:**

- Wang T, Zhang M, Zhang Y, Zhang Y, Zhang S, Qu T, Liu Y, Jin H. Wolf's Isotopic Response after Herpes Zoster Infection: A Study of 24 New Cases and Literature Review. *Acta Derm Venereol.* 2019 Oct 1;99(11):953-959. doi: 10.2340/00015555-3269. PMID: 31321443.
- Sanchez-Diaz M, Montero-Vilchez T, Salvador-Rodriguez L, Molina-Leyva A, Arias-Santiago S, Tercedor-Sanchez J. Itchy Capillary Malformations: Unusual Appearance of Meyerson Phenomenon, a Case Series. *Pediatr Rep.* 2021 Mar 16;13(1):131-134. doi: 10.3390/pediatr13010019. PMID: 33809406; PMCID: PMC8005987.

**5 SÍNDROME DEL ESCROTO ROJO: DOS PACIENTES CON RECAÍDA RÁPIDA TRAS TRATAMIENTO EXITOSO CON IVERMECTINA ORAL Y RESPUESTA PROLONGADA CON CARVEDILOL ORAL Y REVISIÓN DE CASOS PUBLICADOS**

Javier de la Iglesia Martín(1), Daniel Morgado-Carrasco(1) y Javier Gil Linares(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y Objetivo:** El síndrome del escroto rojo (RSS) es un trastorno crónico que se caracteriza por eritema persistente, hiperalgesia, sensación de quemazón y picor en el escroto. El RSS supone un reto terapéutico. Nuestro objetivo es presentar la respuesta terapéutica de 2 pacientes tratados con ivermectina oral y, posteriormente, con carvedilol oral.

**Métodos:** Utilizando la base de datos PubMed, buscamos «red scrotum syndrome», «male genital dysesthesia», «burning scrotum syndrome», «scrotal erythema» y «red scrotal syndrome». Se incluyeron todos los artículos sobre RSS, sin restricciones de idioma ni de tiempo.

**Resultados:** En 2 pacientes con RSS indicamos 4 ciclos de ivermectina oral con remisión completa de la sintomatología pero con recaída tras 2 y 3 meses respectivamente. Posteriormente respondieron con éxito y de forma sostenida a carvedilol oral a dosis bajas (6,25 mg/día). Encontramos 58 casos publicados. La mediana de edad fue de 52,9, El tratamiento prescrito con mayor frecuencia fue la doxiciclina oral sola (10 casos) o en combinación con otros tratamientos (16 casos), seguida de la abstinencia de corticosteroides sola. Los resultados fueron variables. Encontramos 3 casos tratados con ivermectina oral, con buena respuesta terapéutica así como 4 pacientes con carvedilol oral y buena respuesta.

**Conclusiones:** El RSS parece ser una entidad multifactorial de fisiopatología desconocida. Sus características epidemiológicas están aún por dilucidar con mayor precisión. El RSS es un diagnóstico de exclusión. El dolor urente, la falta de respuesta a los corticoides tópicos (CT) y/o antifúngicos y la ausencia de prurito son pistas que pueden ayudar a llegar a un diagnóstico correcto. El tratamiento del RSS es un reto. La interrupción de los CT es el primer paso.

El establecimiento de un algoritmo de tratamiento consensuado es uno de los principales objetivos de futuros estudios. Con estos casos aportamos más pruebas de la efectividad del carvedilol oral a dosis bajas. La escala visual analógica (EVA), y el disease life quality index (DLQI) pueden ser herramientas útiles para abordar los cambios sintomáticos en los pacientes con RSS. En nuestros dos casos, ambos mejoraron significativamente tras el tratamiento con carvedilol oral a dosis bajas. El tratamiento es complejo y difícil. El carvedilol oral a dosis bajas puede ser una alternativa a considerar.

6

## PIEL DE PATERA: REVISIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS Y DE PARTES BLANDAS DE LOS MIGRANTES DE PATERA Y SUS RESULTADOS EVOLUTIVOS

Eduardo de la Rosa Fernández(1), Paula Llansó Florentí(2), Adrián Rodríguez Alonso(3), Grecia García Fabelo(3), José González Rodríguez(1), Irene Loizate Sarrionandia(1), Elsa Benítez García(1), Sofía Garrido Ríos(3) y Ricardo Fernández de Misa Cabrera(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España, (2)CS Santa Úrsula, Santa Úrsula (Santa Cruz de Tenerife) - España y (3)Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España.



*Necrosis cutánea en dorso de mano y antebrazo izquierdos*

**Antecedentes y objetivos:** Canarias es la puerta de entrada a la UE para miles de personas al año, muchas de estas llegan por mar en pateras. El 2023 registró el mayor número de llegadas por esta vía. Las duras condiciones del viaje hacen que los migrantes presenten a su llegada rabdomiólisis, deshidratación, fracaso renal y lesiones cutáneas múltiples. Nuestro objetivo es evaluar las características de los pacientes que ingresados tras un viaje en patera.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal que incluye los pacientes migrantes tras viaje en patera que requirieron ingreso en el CHUNSC, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. Se evalúan el circuito asistencial, las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

**Resultados:** 484 pacientes fueron atendidos en urgencias, la edad media era 24 años, y 409 (84%) eran varones. 93 (19%) de los pacientes requirieron ingreso, la edad media era 22,99 años y 85 (91%) eran varones. La duración mediana del ingreso fue de 19 días. La duración de la travesía fue de 9 días de media.

A su valoración presentaron: acidosis metabólica (30%), fracaso renal agudo (24%), hipotermia (14%), anemia (73%), disminución de conciencia o shock (22%), deshidratación hipernatrémica (34%), rabdomiólisis (63%), afectación cutánea (81%).

La frecuencia de afectación cutánea de las diferentes zonas fue: piernas (56%), pies (55%), zona glútea y sacra (46%), brazos (31%), manos (29%), genitales (23%) y otras (23%).

Las lesiones se caracterizaron principalmente por pérdidas de sustancia sin criterios de infección que afectaban a piel y tejido celular subcutáneo, frecuentemente precedidas de edema y necrosis posterior.

Fueron valorados por diferentes servicios: medicina interna (66%), cirugía plástica (34%), UCI (27%) y traumatología (25%). 22 (24%) fueron ingresados en la UCI, con una estancia media de 7,64 días.

36 (39%) fueron intervenidos quirúrgicamente. De estos, se realizó desbridamiento de necrosis cutánea en 22, se realizó injerto cutáneo en 21 y en 12 se realizaron amputaciones.

**Conclusiones:** Las extremas condiciones del viaje causan ingresos prolongados, patologías heterogéneas y graves, precisando valoración por múltiples servicios. Las lesiones cutáneas son frecuentes, caracterizadas por necrosis y pérdida de sustancia, requiriendo frecuentemente cobertura quirúrgica o incluso amputaciones a nivel distal.

7

## ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE ADIPOFILINA Y EL RIESGO DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON GRANULOMA ANULAR

Elisa María Gómez González(1), Javier Antoñanzas Pérez(1), Ana Morelló Vicente(1), Inés Oteiza Rius(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Laura Álvarez Gigli(2) y Agustín España Alonso(1) de (1)Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra) - España

**Antecedentes:** Se ha descrito una asociación entre el granuloma anular (GA) y la dislipidemia. La expresión de adipofilina puede desempeñar un papel plausible como biomarcador cutáneo de dislipidemia en pacientes con GA; sin embargo, este vínculo aún está por explorar.

**Métodos:** Los pacientes con GA fueron identificados en nuestro hospital entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2021, con una revisión exhaustiva de sus características clínicas e histológicas. La tinción de adipofilina se evaluó en biopsias de lesiones de GA.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 107 pacientes con GA. La prevalencia de dislipidemia en pacientes con tinción de adipofilina positiva fue claramente mayor que en aquellos con marcaje negativo (62,3% vs 13,3%). En relación con el riesgo de dislipidemia para los pacientes con expresión de adipofilina negativa, las probabilidades para los pacientes con expresión de adipofilina positiva aumentaron 10 veces (OR: 10,8;  $p < 0,01$ ). Identificamos 23 casos incidentes de dislipidemia durante un período de seguimiento medio de 91 meses entre 54 pacientes sin antecedentes de dislipidemia. Los pacientes con expresión positiva de adipofilina mostraron un mayor riesgo de desarrollar dislipidemia (HR: 8,9;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Se encontró que los pacientes con tinción de adipofilina positiva en sus biopsias de GA presentaban un mayor riesgo de dislipidemia tanto basal como incidente.

**8 TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS: LA IMPORTANCIA DE LOS 21 DÍAS**

Vanesa Muñoz Jiménez(1), Javier Hernández Muñoz(2), Teresa García Arahuetes(3), Andrea Iglesias Rosa(3) y Alberto Conde Taboada(4) de (1)Consultas de Enfermería Dermatológica y Cirugía General, (2)Hemoterapia, (3)Consultas de Enfermería Dermatológica y (4)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

**Introducción:** La cicatrización de heridas es un problema recurrente en la práctica clínica diaria. Si una lesión se queda en una de las fases de cicatrización y no logra curar en 2 ó 3 meses, la consideraremos una herida crónica.

La “regla de las tres semanas” hace referencia a la práctica de mantener el apósito de fibras de alginato cálcico sobre el lecho de la herida durante 21 días, sin levantar.

**Objetivos:**

- Evaluar el beneficio de espaciar las curas en heridas crónicas no infectadas.
- Valorar el grado de satisfacción percibido por el paciente.

**Material y Métodos:** Se diseñó un estudio, observacional, descriptivo y prospectivo con recogida de datos por parte de enfermería en las consultas de Dermatología de un centro de especialidades. Se incluyeron de forma consecutiva a los pacientes atendidos con heridas crónicas y tratados con curas de apósitos de fibras de alginato, siguiendo la “regla de las 3 semanas” durante 1 año. Se recogieron datos sobre: edad, sexo, causa de la herida, tiempo de evolución de la herida y patologías previas. Asimismo, para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes se ha utilizado la escala CRES-4.

**Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes con heridas crónicas. Se detallan las características en la tabla adjunta. En los 12 casos (100%) se observó una epitelización total de la herida en 21 días; no se recogieron complicaciones durante dicho proceso y hubo una buena adherencia al tratamiento, junto con un elevado grado de satisfacción referida.

**Conclusiones:** El estudio destaca la viabilidad y eficacia de la «regla de las tres semanas» en el tratamiento de heridas crónicas. El espaciar las curas no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también demuestra ser una estrategia eficiente en términos de recursos y tiempo.

**Tabla:** Resumen de las características de los pacientes

Edad (Años)	Sexo	Herida	Tiempo de la Herida	Antecedentes Personales
77	Varón	Radiodermatitis tórax	4 años	Cáncer de mama hace 20 años en tratamiento con radioterapia
71	Mujer	Deshicencia herida quirúrgica	3 meses	Quiste sebáceo
81	Varón	Deshicencia herida quirúrgica	4 meses	Carcinoma basocelular
88	Mujer	Úlcera grado II en miembro inferior izquierdo	5 meses	Insuficiencia venosa, trombosis venosa profunda, obesidad
93	Varón	Lesiones cutáneas ampollas	12 meses	Penfigoide ampolloso, diabetes mellitus
84	Mujer	Úlcera venosa miembro inferior izquierdo	2 años	Diabetes mellitus, dislipemias, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, fibrilación auricular, insuficiencia venosa
83	Mujer	Herida en miembro inferior izquierdo tras caída accidental	4 meses	Diabetes mellitus, fibrilación auricular, marcapasos, hipertensión arterial.
63	Mujer	Úlcera venosa miembro inferior derecho	3 meses	Trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar bilateral

Edad (Años)	Sexo	Herida	Tiempo de la Herida	Antecedentes Personales
90	Mujer	Scalp cuero cabelludo	5 meses	Dislipemia, deterioro cognitivo, trombosis venosa profunda
70	Mujer	Úlcera venosa de miembro inferior izquierdo	12 meses	Insuficiencia venosa, isquemia crónica Ila
58	Mujer	Herida en abdomen espontanea sobe cicatriz quirúrgica	12 meses	Obesidad, diabetes mellitus, abdominoplastia.
63	Mujer	Deshicencia herida quirúrgica	6 meses	Melanoma, hipertensión arterial, dislipemia, artritis psoriásica en tratamiento con metrotexato

Datos recogidos del tamaño muestral

9

EXPLORANDO LA MICROBIOTA: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL REVELA VÍNCULOS ENTRE ENFERMEDADES CUTÁNEAS INFLAMATORIAS Y GÉNEROS MICROBIANOS

Vicente Navarro López(1), Ángel Aguado García(1), Emilio Serrano López(2), Eva Núñez Delegido(1), David Martínez Moreno(2), María Martínez Villaescusa(3), Francisco Huertas López(2), Pedro Sánchez Pellicer(1), Juan Agüera Santos(1) y Laura Navarro Moratalla(1) de (1)Grupo de Investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia y Departamento de Investigación de BIOITHAS, Alicante - España, (2)Marbyt, Murcia - España y (3)Grupo de Investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia y Departamento de Nutrición de BIOITHAS, Alicante - España.

**Introducción:** En la era de la medicina personalizada, las tecnologías de secuenciación y las herramientas ómicas, destaca la Microbiota Intestinal, cuyo estudio está revolucionando la comprensión de distintas enfermedades. Este trabajo de investigación se centra en la búsqueda de relaciones entre la microbiota intestinal y dos enfermedades cutáneas inflamatorias: dermatitis atópica y alopecia areata.

**Objetivo:** Profundizar en estas conexiones a través de estudios bioinformáticos que permitan desarrollar un modelo de inteligencia artificial para clasificar estas enfermedades y establecer una escala de gravedad, basada únicamente en los datos de microorganismos específicos.

**Metodología:** Se llevó a cabo la secuenciación metagenómica del microbioma de pacientes con estas enfermedades y de un grupo sin enfermedad que se utilizó como control sano. Las herramientas bioinformáticas analizaron la composición y estructura microbiana (alfa y beta diversidad), buscando correlaciones de la enfermedad y su gravedad, con la abundancia de microorganismos concretos, entre los que se encontraba Akkermansia, Faecalobacterium, Bacteroides, Lachnospira, Blautia, Collinsella, Bifidobacteria, Lactobacillus, y hasta un total de mas de 25 géneros microbianos utilizados en esta herramienta (los datos de abundancia relativa de cada uno de ellos se comentaran durante la presentación). Por último, se implementó y validó un modelo de inteligencia artificial para identificar patrones distintivos en los microorganismos asociados a cada condición.

**Resultados:** Se identificaron géneros microbianos cuya abundancia está alterada en los pacientes con dermatitis atópica y con alopecia areata, y estos se utilizaron para desarrollar un modelo de inteligencia artificial, capaz de diagnosticar la enfermedad y de categorizar la gravedad de esta, todo ello sin incluir datos clínicos ni datos demográficos del paciente.

**Conclusión:** La microbiota intestinal en pacientes con dermatitis atópica y alopecia areata es distinta entre sí y de la de un grupo control sano. Existen géneros bacterianos específicos que podrían ser clave en futuros desarrollos de tratamientos o marcadores de estas patologías. Estos géneros podrían además identificar a aquellos casos de mayor gravedad y mal pronóstico.

10

EFFECTO FOTOPROTECTOR DE LA HIDROXICLOROQUINA FRENTE A LUZ AZUL DE ALTA ENERGÍA

Luis Alfonso Pérez González(1), María Antonia Martínez Pascual(2), Elena Toledano Macías(2), Jorge Naharro Rodríguez(1), Emilio García Mouronte(1), Montserrat Fernández Guarino(1) y María Luisa Hernández-Bule(2) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (2)Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid - España.

**Introducción:** La hidroxiclороquina (HCQ) es uno de los inmunomoduladores más usado en dermatología, especialmente en fotodermatitis dado su efecto antiinflamatorio e inmunomodulador. Una de las propiedades menos estudiadas es su potencial efecto fotoprotector que se atribuye a la capacidad de absorber radiación UV (pico absorción máxima a 343nm), y en menor medida la estabilización del ADN. En este estudio describimos el efecto de la hidroxiclороquina sobre la viabilidad celular y el estrés oxidativo en cultivos de queratinocitos humanos (HaCaT) y células madre derivadas de tejido adiposo (ADSC) tratados con luz azul.

**Material y Métodos:** Se realizaron exposiciones controladas a luz azul (dos exposiciones separadas 24 horas, acumulando una dosis total de 125 J/cm<sup>2</sup>) de los cultivos de HaCaT y ADSC.

Previo a la exposición, se añadieron distintas disoluciones de hidroxiclороquina (10µM, 5µM y 1µM) para desarrollar una curva dosis-efecto de viabilidad celular, utilizándose HaCaT como células de referencia y el ensayo estandarizado XTT para medir viabilidad celular.

Posteriormente, utilizando las dosis seleccionadas en base a la curva previa, se realizó una comparación entre el potencial antioxidante de la HCQ y la N-acetilcisteína (NAC), utilizándose en esta ocasión ADCS como células de referencia y un ensayo de inmunofluorescencia cuantitativa para cuantificar especies reactivas de oxígeno.

Todos los experimentos se realizaron por triplicado, con controles para todas las variantes y con controles no tratados.

**Resultados:** El tratamiento con luz produjo una disminución significativa de la viabilidad celular. De la misma forma, las concentraciones muy altas de HCQ (10 y 5  $\mu\text{M}$ ), también redujeron la viabilidad. Por el contrario, las concentraciones bajas de HCQ (1  $\mu\text{M}$ ) no alteraron la viabilidad celular.

La combinación de luz azul con concentraciones de HCQ de 10  $\mu\text{M}$  y 5  $\mu\text{M}$  mostró un efecto sinérgico en la reducción de la viabilidad celular. Sin embargo y de forma radicalmente opuesta a los dos grupos anteriores, el grupo tratado con luz e HCQ 1  $\mu\text{M}$  presentó un aumento de la viabilidad celular significativo.

Tanto la HCQ (1  $\mu\text{M}$ ) como la NAC demostraron capacidad para reducir significativamente el estrés oxidativo celular producido por la luz azul, aunque este efecto fue menor en la HCQ comparada con NAC.

11

#### MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE LOS USUARIOS TRANSGÉNERO EN TRATAMIENTO HORMONAL-QUIRÚRGICO DE CONFIRMACIÓN DE GÉNERO: ESTUDIO RETROSPECTIVO Y PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TRANS-DERMA

Daniel Ramos Rodríguez(1), Patricia Cabrera García(2), Delia Báez Quintana(3), Marta Salas Cortegoso(4), José Suárez Hernández(5), María Remedios Alemán Valls(6) y Francisco José Guimerá Martín-Neda(7) de (1)Servicio de Dermatología. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España, (2)Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España, (3)Servicio de Ginecología y Obstetricia. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España, (4)TRANSCAN. Consorcio Sanitario de Tenerife, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España, (5)Servicio de Dermatología. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España, (6)Servicio de Medicina Interna. Departamento Infecciosas. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España y (7)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España

**Introducción:** la atención a personas transgénero en dermatología incluye el manejo de los efectos derivados de los tratamientos hormonales de confirmación de género: acné y alopecia entre otras. Existen pocos estudios sobre la incidencia y prevalencia de las manifestaciones dermatológicas en personas en transgénero en tratamiento de confirmación de género.

**Objetivo:** describir las manifestaciones dermatológicas relacionadas con los tratamientos de confirmación de género de las personas transgénero atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

**Material y Métodos:** se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los usuarios de la Unidad de Acompañamiento de personas Transgénero de la provincia de Santa Cruz de Tenerife que fueron atendidos en las consultas externas de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2023.

**Resultados:** se revisaron 224 consultas de un total de 159 usuarios transgénero. Se recogieron los datos demográficos, identidad de género, tratamiento de confirmación hormonal y/o quirúrgico, motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento dermatológico.

Se presentará el proyecto de investigación TRANS-DERMA: estudio de cohortes prospectiva.

VIERNES 24 de mayo

11:00 - 12:45 h.

## ATOPIA, ECCEMAS Y URTICARIA

## 1 MODERADORES

Gemma Melé Ninot, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona

Trinidad Montero Vilchez, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria IBS, Granada.

## 2 USO DE CICLOSPORINA COMO TRATAMIENTO DE CUARTA LÍNEA DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

Laura Mateu-Arrom(1), Ana María Giménez-Arnau(2), Vicente Expósito-Serrano(3), Montserrat Bonfill-Ortí(4), Esther Serra-Baldrich(1) y Jorge Spertino(1) de (1) Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (2)Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (3)Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España y (4)Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España

**Antecedentes:** La ciclosporina (CsA) en el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE) se reserva para casos graves refractarios a antihistamínicos (AH) y omalizumab. Existen estudios que avalan su eficacia en la UCE, pero no que demuestran su efectividad en este grupo de pacientes.

**Objetivo:** describir la efectividad y seguridad de la CsA en pacientes con UCE refractarios a AH y omalizumab.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo y multicéntrico de los pacientes diagnosticados de UCE refractarios a AH y omalizumab tratados con CsA. Se recogieron variables demográficas y clínicas (edad, IMC, comorbilidades), relacionadas con la UCE (duración del episodio, urticaria inducible asociada, cifras de eosinófilos y basófilos, IgE, Ig antiTG, Ig antiTPO, dímero D, PCR, VSG, UAS7, UCT) y con el tratamiento. Se definió control completo (UAS7=0 y UCT=16) y buen control (UAS7=1-6 y UCT=12-15). Se compararon las variables basales y post tratamiento (test de Wilcoxon). Se analizaron las posibles relaciones entre variables basales y la respuesta al tratamiento (Chi2, U de Mann-Whitney).

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes, 6 (21%) hombres, 22 (79%) mujeres, de 53 ( $\pm 18$ ) años. Once pacientes (39%) mostraban simultáneamente urticaria inducible y 18 (64%) angioedema. El tratamiento con AH u omalizumab se mantuvo en 25 (89%) y 14 (50%) pacientes, respectivamente. Las dosis iniciales de CsA fueron 2.5 ( $\pm 1.2$ ) mg/Kg/día. Se consiguió control completo en 11 pacientes (41%) y buen control en 2 (7%). Tras 1.6 ( $\pm 1.2$ ) meses de tratamiento, los valores de UAS7 y UCT mejoraron de 24.9 ( $\pm 9.9$ ) a 9.1 ( $\pm 10.1$ ) ( $p < 0.001$ ) y de 5.5 ( $\pm 3.5$ ) a 11.1 ( $\pm 5.2$ ) ( $p = 0.001$ ), respectivamente. El tratamiento con CsA se mantuvo una media de 18 ( $\pm 17$ ) meses, y los valores de UAS7 y UCT se mantuvieron en 8.8 ( $\pm 10.3$ ) y 11.7 ( $\pm 4.9$ ). Ninguna variable basal se relacionó con la respuesta a la CsA.

Se registraron 6 (22%) efectos adversos leves (HTA: 5 casos; intolerancia digestiva: 1 caso). El filtrado glomerular pre y post tratamiento fue 90ml/min/1.73m2 y 89 ml/min/1.73m2 ( $p = 0.298$ ).

Tras 30 ( $\pm 34$ ) meses de seguimiento, 10 (37%) pacientes seguían con CsA. Los motivos de discontinuación fueron ineficacia en 4 (22%) casos y buena respuesta en 12 (67%) casos.

**Conclusiones:** La CsA es una opción efectiva y con un buen perfil de seguridad en pacientes con UCE refractarios a AH y omalizumab.

## 3 OPTIMIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA, ESTUDIO DESCRIPTIVO ANALÍTICO MULTICÉNTRICO

Joan Ceravalls(1), Ana María Giménez-Arnau(2), Vicente Expósito-Serrano(3), Natalia Fernández Chico(3), Aida Lara Moya(3), Isabel Bielsa Marsol(4), Paula Ribó(5), Berta Mascaró-Hereza(5), Montserrat Bonfill-Ortí(6), Jorge Spertino(7), Esther Serra(7), Carola Baliu-Piqué(8) y Gemma Melé-Ninot(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España, (2)Departamento de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (3)Departamento de Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (4)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España, (5)Departamento de Alergología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (6)Departamento de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (7)Departamento de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España y (8)Departamento de Dermatología. Hospital Universitari d'Igualada, Igualada (Barcelona) - España.

**Antecedentes:** Omalizumab es el tratamiento de elección para la urticaria crónica espontánea (UCE) refractaria a antihistamínicos. Existen estudios que sugieren que los pacientes que logran un buen control tras el tratamiento con omalizumab pueden beneficiarse de su optimización previo a la suspensión. Sin embargo, no existen estudios comparativos sobre cuál es el mejor método de optimización ni el perfil de paciente candidato a ello.

**Objetivos principales:** Evaluar las diferencias entre los métodos de optimización de omalizumab en pacientes con UCE y determinar los fenotipos que pueden beneficiarse.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico, observacional y analítico que incluyó los pacientes con UCE tratados con omalizumab a dosis optimizadas.

Se definió como control completo (CC) pacientes con un Urticaria Activity Score 7 (UAS7) 0 y/o Urticaria Control test (UCT) 16, buen control (BC) si UAS7  $\leq 6$  y/o UCT 12-15 y no control (NC) UAS7  $> 6$  y/o UCT  $< 12$ . Se incluyeron pacientes con un seguimiento  $\geq 6$  meses entre enero de 2015 a septiembre de 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 257 pacientes optimizados tras 11m [1-81] de tratamiento a dosis estándar. El 52,2% (n=135) disminuyó la dosis a 150mg/4 semanas (s) espaciándola posteriormente (grupo 1, G1), mientras el 47% (n=121) mantuvo la dosis y espació la administración (grupo 2, G2). El 48% (n=124) presentaron NC a los 7.28 meses [1 - 52]. El porcentaje (47% vs 48,7%) y el tiempo hasta el NC fue similar en ambos grupos (7,13 vs 7,44m). Las dosis de 150mg/4s y 300mg/6s fueron las más frecuentes de NC en cada grupo correspondientemente. Los pacientes con NC tenían un menor porcentaje de RC pre-optimización y mayores porcentajes de intensificación previa, urticaria inducible asociada, índice de masa corporal >30 y duración de la UCE. El 79% (n=98) de los pacientes que inicialmente no toleraron la optimización lo hicieron posteriormente. El análisis multivariante predijo BC al optimizar en el 76% en los pacientes con una edad <75 años, IgE total ≥15IU/ml, tirotopina <2.7mIU/L, proteína C reactiva 0.1-2.2mg/dl y anticuerpos antiperoxidasa ≥0.13IU/ml basales.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes que presentan BR a omalizumab la mantienen tras su optimización. Aún sin encontrar diferencias respecto al control entre ambos grupos, el método G1 sería la alternativa más coste-efectiva.

4

#### DUPILUMAB MEJORA LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN NIÑOS < 12 AÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: RESULTADOS PROVISIONALES DEL REGISTRO PEDISTAD

Eulalia Baselga Torres(1), Michele Ramien(2), Danielle Marcoux(3), Marlies de Graaf(4), Alan Irvine(5), Martti Anttila(6), Nelson A. Rosario Filho(7), Lara Wine Lee(8), Joel C. Joyce(9), Ana Campos Galán(10), Rajan Gupta(11), Deborah Griffiths(12) y Annie Zhang(11) de (1)Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (2) Hospital Infantil de Alberta, Calgary (Alberta) - Canadá, (3)Universidad de Montreal, Montreal (Quebec) - Canadá, (4)Universitario de Utrecht, Utrecht - Holanda, (5)Trinity College Dublín, Dublin - Irlanda, (6)Clínica de Alergia, Sorocaba, Sorocoba (Sao Paulo) - Brasil, (7)Universidad Federal de Paraná, Curitiba (Parana) - Brasil, (8)Universidad Médica de Carolina del Sur, Charleston (South Carolina) - Estados Unidos, (9)Sistema Sanitario Universitario NorthShore. Sistema Sanitario Universitario NorthShore, Skokie (Illinois) - Estados Unidos, (10)Sanofi, Madrid - España, (11)Sanofi, Cambridge (Massachusetts) - Estados Unidos y (12)Regeneron Pharmaceuticals, Tarrytown (New York) - Estados Unidos.

**Objetivos:** En estudios de fase 3, dupilumab mejoró significativamente la gravedad de la enfermedad en niños con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave. Este estudio evalúa el impacto del tratamiento sistémico en niños con DA grave en la práctica clínica real.

**Métodos:** PEDISTAD (NCT03687359) es un estudio de registro internacional, longitudinal, observacional de 10 años de duración que se está llevando a cabo en pacientes de entre 6 meses y 11 años de edad, en el momento de la inclusión, con DA de moderada a grave, cuya enfermedad no se controla adecuadamente con tratamientos de prescripción tópica o para los que no se recomiendan estos tratamientos. Este análisis provisional evaluó el efecto de dupilumab sobre la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida (CdV) notificadas por los pacientes entre los niños con DA grave mediante la medición del eccema orientada al paciente (POEM) y el índice de calidad de vida en dermatología infantil (CDLQI). También se evaluó la seguridad global.

**Resultados:** Un total de 84 pacientes con DA grave recibieron dupilumab. La puntuación media (± DE) de la POEM disminuyó con el tiempo desde 20,2 ± 6,7 al inicio del tratamiento hasta 11,5 ± 7,7 a los 3 meses, 11,1 ± 7,1 a los 6 meses y 8,7 ± 7,7 a los 12 meses. Similarmente, la puntuación media (± DE) del CDLQI disminuyó con el uso de dupilumab, desde 15,0 ± 6,8 al inicio del tratamiento hasta 9,7 ± 7,7 a los 3 meses, 9,4 ± 7,5 a los 6 meses y 8,5 ± 7,0 a los 12 meses. El 29,8 % de los pacientes experimentó acontecimientos adversos.

**Debate:** Dupilumab mejoró significativamente los síntomas de DA y la CdV notificados por los pacientes en niños de 6 meses a 11 años con DA grave en la práctica diaria real.

5

#### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA SUPERVIVENCIA DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jimena Carrero Martín(1), Sebastián Reyes García(1), Álvaro Núñez Domínguez(1), Marta López Pando(1), Irene de la Fuente Villaverde(2), Ana Lozano(2), Cristina Galache Osuna(1) y Jorge Santos-Juanes Jiménez(1) de (1)Unidad de Gestión de Dermatología y (2)Unidad de Gestión de Farmacia. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la subunidad del receptor de interleucina (IL)-4 y, por lo tanto, inhibe la señalización de la IL-4 e IL-13. Su utilización para el tratamiento en Dermatitis Atópica (DA) grave fue aprobado en Europa en 2017. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la supervivencia del fármaco Dupilumab y estudiar los factores que predisponen a su discontinuación en pacientes diagnosticados de DA moderada-grave en la Unidad de Gestión de Dermatología de un Hospital terciario. Además, se estudian las variables clínicas, las comorbilidades asociadas y el número de tratamientos clásicos realizados previamente.

**Métodos:** Se ha diseñado un estudio retrospectivo. Se incluyeron 104 pacientes diagnosticados de DA grave que recibieron Dupilumab. Los estudios estadísticos se realizaron mediante un análisis de supervivencia de Kaplan Meier utilizando el paquete estadístico SSPS versión 27.

**Resultados:** Las características de la cohorte de 104 pacientes se recogen en la tabla 1. Los hombres representaban el 56,7% del total. La edad media al inicio del tratamiento fue de 32,09±17,45. El 60,7% de los pacientes presentaba historia familiar de DA. La comorbilidad más frecuentemente asociada fue la alergia estacional, presente en un 60,8% de los pacientes. El 100% de los pacientes había recibido tratamientos sistémicos previamente. La supervivencia global del Dupilumab fue del 91% el primer año y del 87% el segundo, tercer y cuarto años. La media de supervivencia fue de 65,05 meses (IC95%= 60,38-69,72) (Figura A). Abandonaron el tratamiento 10 pacientes (9,61%), 5 por efectos adversos, 4 por falta de eficacia y uno por mejoría.

**Discusión:** En la literatura se encuentran pocos estudios sobre la supervivencia del fármaco Dupilumab, siendo la tasa de supervivencia de nuestro estudio similar a los publicados previamente, con tasas del 93,8%1, 90,5%2, 95%3, 80,2%4, 86%5. Al igual que en la literatura, las causas más frecuentes de suspensión del fármaco fueron la falta de eficacia y los efectos adversos.

**Conclusiones:** En conclusión, los datos de nuestro estudio reflejan una alta supervivencia del fármaco Dupilumab en una amplia cohorte de pacientes con DA. Es poco frecuente la discontinuación por efectos adversos.

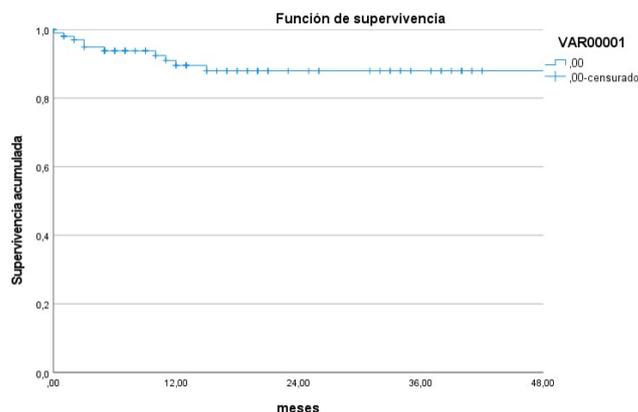


FIGURA 1. Curva de supervivencia del Dupilumab

TABLA 1. Características de los pacientes

Total de pacientes (n =104)	
Sexo (hombres)	59 (56,7%)
Edad media de inicio de tratamiento	32,09±17,45
Adultos >18 años	77 (74%)
Historia familiar de Atopia (56 pacientes)	34 pacientes (60,7%)
Edad inicio atopia menores a 18 (90 pacientes)	76 pacientes (84,4%)
Duración media del tratamiento	65,05 (IC95%= 60,38-69,72)
EASI al inicio	36,11 ± 13,22
EASI al final	2,88 ± 6,36
Comorbilidades asociadas	
Asma (102 pacientes)	55 pacientes (52,9%)
Conjuntivitis (79 pacientes)	19 pacientes (24,5%)
Rinitis (102 pacientes)	37 pacientes (43,13%)
Alergia estacional (102 pacientes)	62 pacientes (60,8%)
Alergia a medicamentos (102 pacientes)	14 pacientes (13,6%)
Tratamiento previo con sistémicos	104 pacientes (100%)
Un tratamiento previo	9 pacientes (8,7%)
Dos tratamientos previos	5 pacientes (50%)
Tres tratamientos previos	27 pacientes (26,2%)
Cuatro o más tratamientos previos	16 pacientes (15,4%)

EASI (Eczema Area and Severity Index)

6

## RESPUESTA A DUPILUMAB DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE TRAS FALLO TERAPÉUTICO A TRALOKINUMAB: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS HOSPITALES DE EUSKADI

Manuel Pascual Ares(1), Ignacio Jauregi Presa(2), Mikel Meruelo Ruano(3), Marc Julià Manresa(1), Nerea Ormaechea Pérez(4), Ana María Martínez de Salinas Quintana(5), Ana Martínez Buil(6), Vanesa Fatsini Blanch(7), Maider Pretel Irazabal(8) y Juan Antonio Ratón Nieto(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España, (2)Servicio de Alergias. Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa, Urduliz (Vizcaya) - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital de Zumárraga, Zumárraga (Guipúzcoa) - España, (7)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España y (8)Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya) - España

La dermatitis atópica es la dermatitis inflamatoria crónica más frecuente. Durante los últimos años, han aumentado considerablemente las alternativas terapéuticas para las formas graves debido a la aprobación de fármacos biológicos y pequeñas moléculas. Estas nuevas líneas de tratamiento han permitido una gran mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, todavía es limitada la evidencia de sus resultados en práctica clínica habitual. Por ello, es difícil predecir qué paciente será respondedor a un fármaco concreto.

Desde los hospitales de Euskadi presentamos una serie de 24 pacientes con dermatitis atópica grave y fallo terapéutico previo con tralokinumab en la que se analiza la respuesta a dupilumab a las 16 semanas y 24 semanas de iniciar tratamiento. Se analizan escalas de severidad como el EASI (Eccema Area and Severity Index 0-72) y de prurito mediante NRS (Numerical Rating Scale 0-10) basal y de seguimiento, si existe respuesta a dupilumab (entendida como un descenso del EASI de al menos un 50% respecto al basal) y se analizan sus comorbilidades.

En los pacientes analizados, en el momento del envío del abstract, la media de EASI basal tras fallo a tralokinumab y previo al inicio con dupilumab sin periodo de lavado era de 19,8. Tras 16 semanas de tratamiento con dupilumab el EASI medio fue de 3 y tras 24 semanas de 1,33. La media de NRS basal fue de 7,5; y de 2 a las 16 y de 3 a las 24 semanas. El 90% de pacientes (10/11) alcanzaron respuesta con dupilumab a las 16 semanas y el 100 % a las 24 semanas (3/3). El 92% presentaban comorbilidades atópicas como asma, rinitis o conjuntivitis entre otras; y 4 de los pacientes (16,6%) presentaban lesiones compatibles con prurigo nodular. Durante este periodo, no se encontraron efectos adversos de interés. Estos resultados son provisionales debido a que la recogida de datos continuará tras el envío de este abstract.

Tras revisión de la literatura, no encontramos ninguna serie que analice la respuesta a dupilumab en pacientes con dermatitis atópica grave tras fallo previo a tralokinumab. Por ello, esta serie de casos recogida en los Hospitales de Euskadi nos puede ayudar a comprender cuáles pueden ser las características que pueden predecir la respuesta a cada uno de los fármacos de cara a una mejor caracterización de los pacientes previo a la elección de los tratamientos en esta patología.

7

## EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN ESPAÑA TRATADOS CON DUPILUMAB: CONOCIMIENTOS EN LA PRÁCTICA REAL 1 AÑO DESPUÉS DEL INICIO DEL ESTUDIO GLOBOSTAD

Bibiana Pérez García(1), Manuel Javier Ginarte Val(2), Gastón Roustan Gullón(3), Cristina Galache(4), Ignasi Figueras(5), Esther Serra-Baldrich(6), Javier Ortiz de Frutos(7), Pablo de la Cueva(8), Eduardo López Bran(9), Marc Julià Manresa(10), Pablo Coto-Segura(11), Pablo Chicharro(12), Juan Antonio Ratón Nieto(13), Ricardo Ruiz Villaverde(14), Jiangming Wu(15), Marius Ardeleanu(16) y Kwinten Bosman(17) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2) Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (3)Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid - España, (4) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (5)Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Cataluña (Barcelona) - España, (6)Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona - España, (7)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (8)Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre, Madrid - España, (9)Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid - España, (10)Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (11) Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres (Asturias) - España, (12)Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (13)Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) - España, (14)Hospital Universitario San Cecilio, La Granada (Barcelona) - España, (15)Sanofi, Bridgewater (New Jersey) - Estados Unidos, (16)Regeneron Pharmaceuticals, Tarrytown (New York) - Estados Unidos y (17)Sanofi, Amsterdam (Noord-Holland) - Holanda.

**Introducción:** El estudio GLOBOSTAD pretende evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de Dupilumab (DUP) en pacientes con Dermatitis Atópica (DA) en la práctica real.

**Objetivos:** Informar sobre la eficacia basada en medidas clínicas de DA evaluadas por el médico y notificadas por el paciente 1 año después del inicio del tratamiento con DUP. La gravedad de la enfermedad basal y los datos demográficos de los pacientes se han descrito previamente.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, multinacional de 5 años de duración (NCT03992417) con participación de pacientes de  $\geq 12$  años con DA de moderada a grave. Los pacientes recibieron DUP según los criterios de prescripción específicos del país. Las evaluaciones se realizaron en el momento basal (BL), a los 3 meses (M), 6M y 12M. En total se incluyeron 955 pacientes. Se presentan los datos observados de inclusión/seguridad (N=108; corte de datos: marzo de 2023) y seguimiento (N=101) de los pacientes incluidos en España.

**Resultados:** En relación con la evolución 82/98/77 pacientes completaron  $\geq 1$  evaluaciones de seguimiento a los 3/6/12M, respectivamente. La puntuación media (desviación estándar) del índice de gravedad y superficie del eccema (EASI;  $> 21 =$  grave;  $\leq 7 =$  leve/libre) se redujo de 28,2 (10,2) en el BL a 6,0 (6,4) a los 3M, 4,3 (5,0) a los 6M, y 3,3 (4,8) a los 12M de seguimiento. Los pacientes que lograron una mejora del 75 %/90 % en las puntuaciones del EASI (EASI-75/90) respecto al BL fueron el 69,1 %/30,9 %, el 77,0 %/36,1 % y el 84,2 %/52,6 %, a los 3, 6 y 12M, respectivamente. Además, se observó una mejora en el índice de calidad de vida de 14,2 (7,6) a 5,4 (4,3) a 3,8 (3,5) a 3,3 (3,7); y en la puntuación de la escala de valoración numérica del prurito de 6,6 (2,2) a 2,8 (2,3) a 2,4 (2,2) a 2,0 (2,1) al final del periodo de observación de 3, 6 y 12M, respectivamente. Durante el periodo de observación de 12 meses, se informaron eventos adversos (EA) relacionados con DUP en 19 (17,6%) y EA graves relacionados con DUP en 5 (4,6%), lo que llevó a la interrupción definitiva en 3 (2,8%) pacientes.

**Conclusiones:** El inicio del tratamiento con DUP condujo a mejoras rápidas y continuas en los signos, síntomas y calidad de vida en pacientes en España durante el periodo de observación de 1 año. La seguridad fue consistente con el perfil de seguridad conocido de DUP.

8

## BIOMARCADORES FARMACOGENÉTICOS DE RESPUESTA Y TOXICIDAD AL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

Clara Ureña Paniego(1), Trinidad Montero Vélchez(1), Almudena Sánchez Martín(2), Alberto Jiménez Morales(2) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Dermatología y (2)Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Antecedentes y objetivos:** La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria caracterizada por prurito y eccemas que afecta profundamente a la calidad de vida de los pacientes. El arsenal terapéutico disponible para la DA se ha incrementado de manera notable en los últimos años con la aparición de terapias biológicas como el dupilumab. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la vía de señalización de la IL-4 y la IL-13 que ha demostrado eficacia significativa en el tratamiento de DA moderada-grave. No obstante, algunos pacientes no alcanzan un adecuado control de su enfermedad, sugiriendo cierta heterogeneidad clínica dentro del espectro de la DA. Es por ello que identificar factores predictivos de respuesta a estas nuevas terapias se vuelve crucial, brindando una guía para las decisiones clínicas. La farmacogenética tiene como objeto identificar biomarcadores que puedan predecir la respuesta de un individuo a los medicamentos. El objetivo del presente trabajo es evaluar la influencia de factores genéticos como predictores de respuesta y toxicidad al tratamiento con dupilumab en pacientes con DA.

**Material y Métodos:** Se realizará un estudio de cohortes ambispectivo en pacientes con DA moderada-grave que hayan o estén realizando tratamiento con dupilumab en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se recogerán variables clínicas basales a través de escalas de gravedad como Eczema Area and Severity Index (EASI), Investigator global assessment (IGA) y Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) a las 16 y a las 36 semanas, así como muestras de ADN mediante hisopo bucal y posterior análisis de PCR a tiempo real.

**Resultados:** esperados: Se incluirán 30 pacientes con DA moderada-grave. Se espera identificar biomarcadores genéticos asociados con una respuesta positiva al dupilumab así como a aparición de efectos adversos asociados al mismo.

**Conclusión:** Estos resultados podrían contribuir al abordaje terapéutico individual de los pacientes con DA.

9

## TRALOKINUMAB EN ECCEMA DE MANOS

Daniel Blaya Imbernón(1), Malena Finello(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Carolina Labranderoy Hoyos(1), Andrés Grau Echevarría(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Ángel González García(1), Altea Esteve Martínez(1) y Violeta Zaragoza Ninet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

El eccema de manos (EM) es una patología incapacitante que impacta fuertemente en la calidad de vida y el desarrollo profesional. Además, se trata de una enfermedad con una alta prevalencia que abarca hasta el 9%.

Se trata de una entidad multifactorial que comprende diversas condiciones tanto etiológicas (dermatitis alérgica de contacto, dermatitis irritativa de contacto, dermatitis de contacto proteínica, dermatitis atópica) como morfológicas (hiperqueratósico, dishidrótico, numular, pulpitis). En la mayoría de casos el eccema es crónico, grave y refractario.

El manejo puede ser un desafío y abarcaría desde medidas educacionales, emolientes, corticoides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina, hasta terapias sistémicas como metotrexato, ciclosporina, azatioprina, alitretinoína y acitretino. Algunas de estas terapias suponen asumir probables efectos secundarios o un coste económico elevado para el paciente. Por otro lado, las terapias biológicas aprobadas para la dermatitis atópica podría suponer un beneficio para estos pacientes y existen reportados resultados exitosos del uso de dupilumab, anticuerpo contra IL-4/IL-13, en EM no necesariamente asociado a atopía de base. En este aspecto, tralokinumab, un anticuerpo contra IL-13 aprobado recientemente para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada y grave en adultos y adolescentes, podría tener una respuesta favorable en esta patología.

Planteamos un estudio observacional prospectivo de 12 pacientes, 7 mujeres y 5 hombres con una edad media de 57 años, con EM refractario a tratamientos convencionales y tratados con tralokinumab. El 91,7% de los casos se trataba de EM hiperqueratósico y no asociado a dermatitis atópica. El 66,7% había recibido tratamientos sistémicos previos. Con una media de tratamiento de 16,7 semanas y una media de HECSI basal de 112,6 encontramos una reducción del HECSI del 71,8%, 94,7% y 99,1% en semanas 4, 12 y 16 de tratamiento.

Como conclusión nuestro estudio ha demostrado una importante mejoría del EM con tralokinumab. La gran mayoría de los pacientes ha presentado una respuesta rápida, progresiva, completa y sostenida. Por lo que planteamos que tralokinumab podría posicionarse como tratamiento eficaz del EM refractario a tratamientos tópicos.



ANTES-DESPUES

Tabla: EVOLUCIÓN HECSI

Paciente	Basal	4 semanas	12 semanas	24 semanas	32 semanas	36 semanas
1	57	0	0			
2	170	40				
3	149	72	18			
4	121	12	6			
5	193	26	4			
6	136	11	2			
7	120	11	2			
8	91	69	12			
9	102	13	0	0		
10	96	0	0	0		
11	177	78	2	2	2	
12	105	48	12	2	2	0

10

#### EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Montserrat Bonfill Ortí(1), Carlos Moreno Vilchez(1), Rosa Fornons Servent(1) y Ignasi Figueras Nart(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

**Antecedentes:** Upadacitinib es un inhibidor selectivo de JAK1 cuya eficacia y seguridad han sido demostradas en los ensayos clínicos para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) moderada-grave. En la ficha técnica del fármaco se incluyen la anemia, la neutropenia y el aumento de los niveles de creatina quinasa (CK) y de transaminasas como reacciones adversas al mismo.

**Objetivo:** Revisar los pacientes con DA en tratamiento con upadacitinib y analizar las alteraciones analíticas derivadas del tratamiento, así como la evolución de los diferentes biomarcadores de gravedad de la enfermedad, comparándolo con lo publicado en la literatura.

**Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y analítico de los pacientes con DA tratados con upadacitinib durante un mínimo de 16 semanas en un hospital de tercer nivel. Se revisaron los datos del hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, CK y la evolución de los diferentes biomarcadores (lactato deshidrogenasa (LDH), eosinófilos e Inmunoglobulina E (IgE)) en la visita basal y en las posteriores visitas de seguimiento.

**Resultados:** Presentamos nuestra serie de pacientes con DA tratados con upadacitinib y la evolución de las alteraciones analíticas objetivadas y derivadas del propio tratamiento y la modificación de los biomarcadores a lo largo del seguimiento. No se observaron efectos adversos graves que obligaran a la suspensión del fármaco.

**Conclusiones:** La mayoría de las alteraciones analíticas observadas en los pacientes tratados con upadacitinib fueron leves o moderadas y generalmente transitorias, con lo que estamos ante un tratamiento efectivo y seguro para los pacientes con dermatitis atópica.

11

#### SUPERVIVENCIA EN MONOTERAPIA DE LOS NUEVOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Álvaro Sánchez Leiro(1), Amalia Serrano Gotarredona(1), Irene García Morales(1), Alba Vidal Ruiz(1), María Ángeles Sirvent Sáez(1), José Manuel de la Torre García(1), María Cesárea Sánchez Hernández(2) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Unidad de Gestión Clínica de Alergología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España.

**Introducción y Objetivos:** La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria cutánea asociada a gran morbilidad y afectación en la calidad de vida en niños y adultos. En la actualidad, disponemos de nuevas terapias sistémicas eficaces (terapias biológicas e inhibidores de JAK), dirigidas a las formas más graves, que han mejorado significativamente el pronóstico de la enfermedad. Dada la escasez de estudios que valoren de manera independiente la supervivencia de los distintos tratamientos, se plantea estudiar y comparar la persistencia en monoterapia de estos fármacos en práctica clínica real.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal de pacientes con dermatitis atópica de la unidad de Inmunoalergia Cutánea, Dermatología Pediátrica y Alergología del Hospital Universitario Virgen Macarena tratados con dupilumab, upadacitinib y tralokinumab en un período comprendido entre febrero de 2018 y enero de 2024. Previo consentimiento verbal del paciente, se recogieron las variables demográficas, fecha de inicio, fecha de fin de monoterapia y fecha de última visita. Se realizó un análisis de supervivencia de cada fármaco obteniendo su correspondiente curva de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se recogieron datos de un total de 81 pacientes. El fármaco más utilizado en la muestra fue el dupilumab, empleado en un 72,8% de los pacientes tratados; mientras que tralokinumab y upadacitinib fueron utilizados en el 13,6% de los casos cada uno. Tras dos años de seguimiento, el tratamiento con mayor supervivencia fue dupilumab, con un 87,4% de los pacientes que continuaron con el fármaco en monoterapia, seguido por tralokinumab y upadacitinib, con un 26,8% y 12,5% respectivamente.

**Conclusiones:** Presentamos los resultados de supervivencia en práctica clínica real en monoterapia de los nuevos fármacos para el tratamiento de la dermatitis atópica grave. Dupilumab ha sido el fármaco con mayor supervivencia, con un 87,4% de continuidad en monoterapia tras 2 años. A medida que se realicen más estudios de supervivencia en práctica clínica real se podrá definir mejor el papel de estos fármacos en su uso a largo plazo.

**VIERNES 24 de mayo**  
**12:45 - 14:00 h.**

## INFECCIONES

### 1 MODERADORES

Irene Fuertes de Vega, Hospital Clinic, Barcelona.

Ana Pulido Pérez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### 2 MYCOPLASMA GENITALIUM: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE VALENCIA

Malena Finello(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Carolina Labrandero Hoyos(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Andrés Grau Echevarría(1), Ángel González García(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Amparo Pérez Ferriols(1), Jorge Magdaleno Tapial(1) y Pablo Hernández Bel(1) de (1)Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

**Antecedentes y objetivos:** *Mycoplasma genitalium* (MG) es un microorganismo de transmisión sexual que mayormente causa uretritis no gonocócica en hombres y se vincula con diversas manifestaciones clínicas como balanopostitis, orquiepididimitis, cervicitis, endometritis y enfermedad pélvica inflamatoria. El manejo de esta infección es desafiante debido a su detección limitada a técnicas de amplificación del genoma y las opciones terapéuticas escasas, dada su resistencia intrínseca a betalactámicos y glucopéptidos, así como resistencias adquiridas a macrólidos y/o fluoroquinolonas. Este estudio aborda la prevalencia de la infección por *Mycoplasma genitalium* en un hospital terciario de Valencia, detallando características epidemiológicas y clínicas, tasas de resistencia y respuesta al tratamiento.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal retrospectivo de pacientes infectados por MG a partir de muestras del Servicio de Microbiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Incluye aquellos a los que se realizó PCR en tiempo real para el diagnóstico de MG entre enero de 2017 y junio de 2023. Se evaluaron variables demográficas y clínicas mediante revisión retrospectiva de historias clínicas.

**Resultados:** De 16679 muestras, 545 fueron positivas para MG (3,32%). La edad media fue de 32,17 años (rango 15-71) y el 60,7% eran de sexo masculino. En relación a la orientación sexual: 34,3% heterosexuales, 32,5% homosexuales y no se dispusieron de datos sobre orientación sexual en 32,1%. Por otra parte 21,3% eran usuarios de PrEP, 12,7% VIH positivos y 45% tenían diagnóstico previo de otras ITS. La mitad de los positivos presentaban clínica compatible con la infección por MG (48,3%), y dos tercios tenían coinfección con otro microorganismo productor de ITS (57,2%). Hasta junio de 2023, 1 paciente adquirió VIH, sin datos serológicos de VIH ulteriores en 42,4%.

**Conclusiones:** La prevalencia de infección por MG en CHGUV se asemeja a datos literarios con positividad asociada a conductas de riesgo sexual (pacientes usuarios de PrEP, VIH positivos y con antecedente de otras ITS). La mitad de los pacientes fueron sintomáticos, dos tercios con coinfección. Se presentarán más datos sobre resistencia y respuesta al tratamiento.

### 3 CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y CONDUCTAS DE RIESGO: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PERSONAL SANITARIO Y USUARIOS DEL CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE SEVILLA

María Ángeles Sirvent Sáez(1), Lucía Jiménez Puñal(1), José Manuel de la Torre García(1) y David Moreno Ramírez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España.

**Introducción:** Disponer de datos sobre el conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es esencial para estimar la evolución del riesgo y desarrollar programas eficaces de prevención. En la literatura encontramos estudios en grupos concretos, pero no comparaciones entre grupos de riesgo y personal sanitario. Este trabajo pretende evaluar y comparar prácticas sexuales y conocimientos sobre ITS en personal sanitario y usuarios del centro de ITS de Sevilla.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal utilizando una versión del Cuestionario sobre Salud y Hábitos sexuales del Instituto Nacional de Estadística. Se incluyeron participantes que respondieron al cuestionario desde noviembre 2019 hasta enero 2024.

**Resultados:** 437 sujetos completaron la encuesta: 281 usuarios del centro de ITS y 156 profesionales sanitarios, ambos grupos de edad media similar, con predominio de mujeres entre sanitarios (61,53%) y de hombres entre usuarios (66,1%), siendo la mayoría hombres que tienen sexo con hombres. Los usuarios tenían una autopercepción del riesgo de ITS superior, mayor número de parejas sexuales diferentes y consumían más drogas en contexto de relaciones sexuales (20,50%, sanitarios 2,77%). Además, el 71,7% había tenido ITS frente al 19,90% de sanitarios.

Encontramos que el grupo de usuarios conoce menos los tipos de ITS que el de sanitarios, pero no hay diferencias significativas en cuanto al conocimiento de la mayoría de mecanismos de transmisión ni de medidas de prevención de ITS. Destaca la baja frecuencia de uso del preservativo en ambos grupos (21,50% de usuarios y 18,52% de sanitarios lo usan siempre), sobre todo durante el sexo oral.

A pesar de que los sanitarios son más conscientes de la no transmisión del VIH con carga viral indetectable, el 61,6% no tendría relaciones con una persona con VIH frente al 64,4% de usuarios.

Ambos grupos coinciden en que la incidencia de ITS va en aumento y la mayoría refiere que se sentiría estigmatizado si tuviera una ITS.

**Conclusión:** Los usuarios del centro de ITS de Sevilla tienen un nivel de conocimientos acerca de la transmisión y las medidas de prevención de ITS comparable a los del personal sanitario encuestado. Queremos destacar la utilidad de estos centros sanitarios para asesorar y transmitir información, y que suponen una oportunidad para desarrollar programas de educación sexual.

4

## UNOS INQUILINOS INDESEADOS. SERIE 3 CASOS DE FEOHIFOMICOSIS POR PARACONIOTHYRUM CYCLOTHYROIDES EN PACIENTES TRANSPLANTADOS RENALES DE UN MISMO CENTRO

Íñigo Navarro Fernández(1), Tannvir Desroche(1), Laure Kamus(2), Lucas Balloy(3), Elodie Guinet(1), Flore Vanlerberghe(1), Eric Paris(4) y Kelly Bagny(1) de (1) Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Microbiología, (3)Servicio de Enfermedades Infecciosas y (4)Servicio de Nefrología. Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion (French Southern Territories (General)) - Francia.



Paciente 3. Erupción nodular, con algunas lesiones ulceradas purulentas y con cicatrices atróficas

**Introducción:** Presentamos 3 casos de feohifomicosis (FHM) causados por *Paraconiothyrum cyclothyroides* en trasplantados renales.

**Observaciones:**

1. Varón de 54 años con nódulo costroso pretibial. El cultivo y secuenciación del DNA a partir de la biopsia reveló la presencia de *P. cyclothyroides*. El estudio de extensión no mostró afectación extracutánea. Se extirpo la lesión, se trató con Posaconazol (POS), y se redujo la dosis de tacrolimus. El tratamiento se mantuvo 3 meses, sin recidiva.
2. Varón de 71 años con erupción papulo-nodular violácea en pierna izquierda y antebrazo derecho. Se demostró la presencia de *P. cyclothyroides*. El estudio de extensión fue negativo. Se trató con POS y se suspendió la azatioprina, con regresión de las lesiones. El paciente desarrolló un rechazo humoral que condujo a la decisión de suspender el tratamiento inmunosupresor y retomar la diálisis. Desafortunadamente, falleció de una infección a COVID-19.
3. Varón de 69 años con erupción papulo-nodular ulcerada en miembros inferiores. Se identificó *P. cyclothyroides*. Estudio de extensión negativo. Se disminuyó la dosis de Tacrolimus y se trató con POS, con regresión de sus lesiones tras 5 meses.

En los 3 casos, el examen histológico reveló una inflamación granulomatosa gigantomacrocítica con necrosis supurativa.

**Discusión:** *P. cyclothyroides* es un hongo coelomiceto, presente en plantas y suelo, fundamentalmente en regiones tropicales. Hay una decena de casos de infecciones cutáneas publicadas en la literatura, la mayoría en trasplantados. Es probable que exista cierto infradiagnóstico, ya que su identificación es complicada por medios convencionales.

Es importante guardar un índice alto de sospecha ante lesiones atípicas en trasplantados, siendo el diagnóstico precoz fundamental para reducir el riesgo de diseminación. Asimismo, debemos sospechar la presencia una infección fúngica ante la presencia de granulomas gigantomacrocíticos en la biopsia, incluso si no se demuestra la presencia de hongos mediante tinciones específicas.

No encontramos una fuente común de contagio. Es posible que exista una prevalencia particularmente alta de este hongo en nuestra región, con clima húmedo y temperaturas medias o altas todo el año.

5

## MICROBIOLOGÍA Y MANEJO DEL ABSCESO SUBCUTÁNEO POR DERMATOLOGÍA EN COMPARACIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES

Daniel Hernández-Calle(1), Patricia Ruiz Garbajosa(2), Carmen Garrote Líaños(3), Luis Alonso Martínez de Salinas(1), Alba Lecumberri Indart(1), Ruth del Cristo Cova Martín(1), Carmen Quereda Quiroga(4) y Pablo Fernández González(1) de (1)Dermatología, (2)Microbiología, (3)Servicio de Información y (4)Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Introducción:** El absceso subcutáneo es una patología cutánea muy frecuente que puede conllevar infecciones graves si no se realiza un manejo médico-quirúrgico temprano y correcto. El objetivo de este trabajo es analizar el abordaje diagnóstico y terapéutico en las Urgencias de un hospital terciario de Dermatología en comparación con otros servicios.

**Metodología:** Se incluyeron todos los abscesos subcutáneos atendidos en urgencias del Hospital Ramón y Cajal del año 2023. Se analizó la toma o no de muestra microbiológica, el resultado de la misma, antibiótico empleado y presencia de factores de riesgo clínicos de colonización de *S. aureus* resistente a metilina (SARM).

**Resultados:** 425 pacientes acudieron a Urgencias del Hospital Ramon y Cajal por abscesos subcutáneos, de los cuales 38 fueron atendidos por Dermatología. Se realizaron cultivos en un total 48 casos (11.3%). Dermatología tomó muestra en el 60.5% de los casos y el resto de especialistas en el 6.5%. *S. aureus* fue el microorganismo más comúnmente identificado (45.9% de las muestras), seguido por *S. lugdunensis* (8.33%) y *S. epidermitis* (6.25%). La microbiología fue similar entre pacientes de Dermatología y otros especialistas, excepto por el SARM, que fue tres veces más frecuente en Dermatología (37.8% frente a 12.0%). Se identificaron factores de riesgo de SARM en todos los pacientes atendidos por Dermatología con este microorganismo. El antibiótico más comúnmente usado por Dermatología fue amoxicilina-clavulánico (62.5%), seguido de sulfametoxazol-trimetoprima (10.0%). En el 42.86% de los aislamientos de SARM por Dermatología, se prescribió empíricamente amoxicilina-clavulánico.

**Conclusión:** El manejo por parte de Dermatología del absceso subcutáneo destacó por ser diez veces más propenso a solicitar muestras microbiológicas. *S. aureus* y *S. lugdunensis* fueron los aislamientos más comunes por todos los servicios. Sin embargo, la identificación de SARM fue tres veces más frecuente en los pacientes de Dermatología y se asoció llamativamente a factores de riesgo de colonización.

Se resalta así la importancia de tomar muestra microbiológica e identificar factores de riesgo de SARM al realizar un tratamiento empírico de esta patología.

**Tabla:** Antibiótico utilizado frente a organismo identificado

	Amoxicilina-clavulánico	Clindamicina	Cotrimoxazol	Doxiciclina	Linezolid	Cefalexina	Ertapenem
Organismo							
SARM	3	2	1	0	0	0	0
SASM	4	0	0	1	0	1	0
Enterococcus faecalis	2	0	0	0	0	0	0
Actinomyces turicensi	0	0	1	0	0	0	0
Arcanobacterium haemo	1	0	0	0	0	0	0
Clostridium perfringe	0	0	1	0	0	0	0
0 Klebsiella oxytoca.	1	0	0	0	0	0	0
Propionibacterium sp.	0	0	0	0	0	0	1
Rhodococcus sp.	1	0	0	0	0	0	0
S. epidermidis.	1	0	0	0	0	0	0
0							

SARM: *staphylococcus aureus* resistente a la metilicina; SASM: *staphylococcus aureus* sensible a la metilicina

## 6 LEPRO: UNA ENFERMEDAD QUE NO DEBEMOS OLVIDAR. DOS CASOS EN UNA REGIÓN NO ENDÉMICA

Juan José Lluch Galcerá(1), Carmen Alcoverro Godoy(1), José Manuel Carrascosa Carrillo(1), Ariadna Quer Pi-Sunyer(2), Lorena Valdivieso(2) y Isabel Bielsa Marsol(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España.

La lepra, también conocida como enfermedad de Hansen, es una infección bacteriana crónica que afecta la piel y los nervios periféricos, causada por *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis*. Aunque históricamente se ha asociado con regiones endémicas en el sudeste asiático y América del Sur, la movilidad global ha llevado a la aparición de casos en áreas no endémicas, como lo evidenciamos recientemente en Badalona, Barcelona, España, donde identificamos dos casos significativos.

**Caso 1:** Una mujer boliviana de 20 años, residente en España por dos años, presentó lesiones cutáneas generalizadas de 14 meses de evolución, a pesar de tratamientos con antifúngicos y corticosteroides. El diagnóstico reveló lepra multibacilar (MB) mediante análisis histopatológico que mostró un infiltrado granulomatoso y abundantes bacilos en la tinción Fite-Faraco. La paciente recibió una terapia de múltiples fármacos (MDT) durante 12 meses, compuesta por Rifampicina, Dapsona y Clofazimina.

**Caso 2:** La cohabitante de la paciente del caso 1, una mujer de 48 años, también presentó lesiones cutáneas compatibles con lepra MB. Aunque las pruebas iniciales no revelaron anomalías, y la ausencia de bacilos en la tinción Ziehl-Neelsen, la tinción Fite-Faraco mostró abundantes bacilos que confirmaron el diagnóstico de sospecha. La misma MDT se prescribió durante 12 meses.

Estos casos subrayan la importancia de considerar la lepra en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas persistentes, incluso en áreas no endémicas. La detección temprana es esencial para prevenir complicaciones permanentes. Además, destacamos la relevancia de las técnicas histopatológicas adecuadas, utilizando la tinción Fite-Faraco, para una identificación precisa.

En el contexto actual de una sociedad globalizada, la lepra puede manifestarse en ubicaciones no endémicas. Por ende, resaltamos la necesidad de una conciencia continua entre los profesionales de la salud y la importancia de una sospecha elevada para mejorar la detección precoz. La rápida intervención no solo beneficia a los individuos afectados sino que también contribuye a la salud pública al prevenir la propagación de la enfermedad.

## 7 INFECCIONES CUTÁNEAS POR MRSA COMUNITARIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

María Rivera López(1), Gemma Martín Ezquerro(1), Sandra Esteban Cucó(2) y Ramón M. Pujol Vallverdú(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Microbiología. Hospital del Mar, Barcelona - España.

**Introducción:** Las infecciones cutáneas por *S. aureus* resistente a metilicina de adquisición comunitaria (CA-MRSA) suelen manifestarse como abscesos cutáneos recurrentes. CA-MRSA puede aislarse en celulitis, heridas, impétigo, foliculitis... En una pequeña proporción de casos puede dar lugar a formas graves. Las infecciones por CA-MRSA plantean problemas terapéuticos ya que las cepas de *S. aureus* poseen características que les confieren mayor virulencia y capacidad de colonización. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) presentan mayor riesgo de presentar infecciones por CA-MRSA y recientemente se ha observado que ocasionalmente pueden sobreinfectar las lesiones ulceradas de la infección por Mpox.

**Objetivo:** Evaluar la evolución epidemiológica de las infecciones cutáneas por CA-MRSA en nuestro Hospital durante 2021-2023 valorando el posible impacto de la epidemia de Mpox en la incidencia de estas infecciones.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con aislamiento de MRSA en muestras cutáneas obtenidas en consultas externas, Urgencias y en las primeras 72 horas de hospitalización en nuestro hospital durante 2021-2023. Definimos infección por HA-MRSA y CA-MRSA según los criterios de Naimi et al. Se recogieron de la historia clínica datos demográficos, clínicos y relacionados con infección por VIH y otras ITS, así como variables relacionadas con el riesgo de adquisición de CA-MRSA.

**Resultados:** En 2021, solo 15 aislamientos correspondieron a CA-MRSA (15.62% de los aislamientos). 7 fueron abscesos, 4 celulitis, 1 foliculitis, 1 herida y 2 eczemas. En 2022, el número de CA-MRSA ascendió a 39 (33% de todos los MRSA), siendo 17 abscesos, 10 celulitis, 6 úlceras, 2 foliculitis, y 5 impétigos; y en 2023 hasta un 38% de los casos aislados fueron CA-MRSA (81 casos: 43 abscesos, 10 celulitis, 7 úlceras, 5 foliculitis, 6 heridas, 4 impétigos 2 forunculosis). La mayoría de los casos fueron hombres de edad media y la manifestación clínica más frecuente fue en forma de abscesos cutáneos, seguido de celulitis. En 2022, en 6 de 39 pacientes (15%), se objetivó un diagnóstico previo o concomitante de Mpox.

**Conclusiones:** Las infecciones cutáneas por CA-MRSA han presentado un aumento importante de incidencia global y especialmente en HSH, con infección por VIH y otras ITS. La manifestación más frecuente de la infección por CA-MRSA son los abscesos.

## 8 PÁPULAS BLANQUECINAS EN MUCOSA ORAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO FAMILIAR

Amaia Barrutia Etxebarria(1), Aida Menéndez Parrón(1), Jone López Martínez(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Javier Gimeno Castillo(1), Antonio Manuel Cordovilla Moreno(2), Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(1) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

**Introducción:** La hiperplasia epitelial focal (HEF) es una proliferación benigna de la mucosa oral. Está producida por el virus del papiloma humano (VPH), asociándose fundamentalmente a los tipos 13 y 32. Predomina en la infancia y en poblaciones con bajo nivel socioeconómico o pacientes con inmunosupresión.

**Casos clínicos:** Una mujer de 13 años, natural de Perú, sin antecedentes familiares de interés, acude a consulta de Dermatología por aparición hace tres años de lesiones en mucosa oral que cursan de manera asintomática. La madre refiere que su hermano presenta lesiones de aspecto similar.

En la exploración física, se observaron pápulas blanquecinas que confluían formando placas en mucosa yugal y mucosa del labio inferior. No se objetivaron otras lesiones en la piel ni en la mucosa genital (figura A).

Su hermano, de 6 años, presentaba lesiones similares que habían comenzado hace dos meses (figura B).

**Resultados:** Las biopsias mostraron hiperplasia de la epidermis, acantosis con elongación de las crestas interpapilares y células con núcleo aumentado de tamaño y presencia de halo focal perinuclear (figuras C y D).

Mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se demostró la presencia de ADN de VPH tipo 32.

Con el diagnóstico de hiperplasia epitelial focal, se realizó tratamiento periódico con crioterapia y con el objetivo de evitar coinfecciones por otras cepas de VPH, se inició la vacunación. Actualmente, 18 meses después de la primera visita, las lesiones se mantienen estables.

**Discusión y Conclusiones:** La hiperplasia epitelial focal (HEF) está producida por una proliferación benigna de la mucosa oral debida a la infección por el virus del papiloma humano. Puede afectar a cualquier parte de la mucosa oral, siendo más frecuente la afectación de la mucosa del labio inferior.

La patogenia de esta enfermedad es desconocida, la mayor incidencia en determinados grupos étnicos y la existencia de cuadros familiares, como sucede en este caso, sugiere que pueda haber una predisposición genética.

La evolución clínica de la enfermedad es variable, siendo posible la regresión espontánea. En función de la afectación estética que supongan las lesiones o en casos de traumatismos de repetición, se han descrito tratamientos con crioterapia, láser CO<sub>2</sub>, electrocoagulación, retinoides, interferón alfa sistémico o interferón beta tópico, con respuestas variables.

ZONA  
PÓSTER

ACNÉ Y TRASTORNOS RELACIONADOS

PO-1 MANEJO DE UN CASO DE ACNÉ CONGLOBATA. UN EQUILIBRIO ENTRE CORTICOIDES E ISOTRETINOINA

Itziar Arrue Michelena(1), Vanesa Fatsini Blanch(1), Sofía Goula Fernández(1), Aida Menéndez Parrón(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Sonia Heras González(1), Lucía Carnero González(1) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

**Introducción:** El acné conglobata en una forma rara pero severa de acné noduloquístico que con mayor frecuencia acontece en varones jóvenes. Se presenta como comedones, quistes, nódulos inflamatorios y abscesos profundos en tronco, cara y glúteos con formación posterior de cicatrices y desfiguración. Puede aparecer de forma aislada o asociarse a una entidad inflamatoria sistémica.

**Caso Clínico:** Varón de 14 años sin antecedentes de interés que fue valorado en nuestra consulta por cuadro de acné noduloquístico facial severo con rápido empeoramiento, compatible con acné conglobata, asociando áreas de impetiginización, sin otra clínica de tetrada de oclusión folicular ni artritis. El paciente refería gran afectación de su esfera psicoafectiva secundaria al mismo. Dada la intensidad de la clínica se decidió comenzar con corticoterapia oral, iniciando con prednisona oral en pauta descendente. Una semana después, se asoció isotretinoína a dosis bajas en pauta ascendente, realizando asimismo un seguimiento estrecho con control analítico cada 2 semanas. Se añadió antibioterapia oral, tópica e infiltraciones ocasionales de acetónido de triamcinolona. Durante este período fue necesario combinar los diferentes agentes terapéuticos para lograr los efectos deseados sin provocar un acné fulminans y disminuyendo el riesgo de cicatrices posteriores. Además, se realizaron ecografías periódicas para controlar los quistes. A los 14 meses del diagnóstico, el paciente permanece asintomático y sin cicatrices aparentes pese a la severidad clínica inicial.

**Discusión:** El tratamiento de elección del acné conglobata es la isotretinoína. Su empleo debe iniciarse a dosis bajas ya que existe un riesgo de desencadenar acné fulminans, respuesta inflamatoria sistémica potencialmente letal. Además, debe considerarse la toma previa o concomitante de prednisona oral (0.5-1mg/kg/día) controlando de cerca los síntomas sistémicos (fiebre, anorexia, malestar). Si la evolución es favorable, la dosis de corticoides disminuirá a favor de la de isotretinoína.

PO-2 EVALUACIÓN DE PARÁMETROS DE RIESGO CARDIOVASCULAR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA QUE RECIBEN TERAPIAS BIOLÓGICAS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES

Carlos Cuenca Barrales(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Cristina Peralta Ríos(1), Pablo Díaz Calvillo(1), Antonio Martínez López(1), Salvador Arias Santiago(1) y Alejandro Molina Leyva(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica. Se ha observado un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con HS, así como un aumento del grosor íntima-media (GIM) carotídeo. El GIM y la velocidad de la onda de pulso (VOP), que mide la rigidez arterial, son parámetros relacionados con la función endotelial, y parecen mejorar tras tratamiento biológico en otras enfermedades inflamatorias. Nuestro objetivo es evaluar la posible mejoría del GIM y la VOP en pacientes con HS que reciben tratamiento biológico.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de cohortes. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento biológico (adalimumab o secukinumab según práctica clínica habitual) entre octubre de 2021 y octubre de 2022. Se midieron el GIM carotídeo y la VOP antes de iniciar el tratamiento y tras 8 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, biométricos y relacionados con la enfermedad.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes, 16 que iniciaron adalimumab y 7 secukinumab, con predominio de varones (65,2%, 15/23), edad media superior a 40 años, tiempo medio de evolución de la HS superior a 12 años y retraso diagnóstico medio superior a 7 años. El consumo medio de tabaco (paquetes-año) fue superior a 17, y el 60,9% (14/23) de los pacientes eran fumadores activos. El IMC medio fue superior a 28. Las localizaciones más afectadas fueron las axilas y las ingles (60,9%, 14/23). El IHS4 medio antes del tratamiento fue superior a 10 (enfermedad grave). El estadio II de Hurley fue el más frecuente (47,8%, 11/23). Tras 8 meses de tratamiento, se observó una reducción significativa de los síntomas, especialmente del dolor, y del IHS4, sin diferencias significativas entre los tratamientos. Se observó una tendencia a la reducción del GIM en la arteria carótida derecha, así como del índice de aumento ALx@75, que mide la resistencia vascular periférica, sin diferencias entre los tratamientos.

**Conclusiones:** Los tratamientos biológicos reducen la carga inflamatoria en pacientes con HS. Esto puede acompañarse de una mejora de los parámetros de función endotelial, investigada por primera vez en nuestro estudio. La principal limitación es el pequeño tamaño muestral. Se necesitan estudios con tamaños muestrales mayores para confirmar esta hipótesis y dilucidar si existen diferencias entre distintos tratamientos biológicos.

PO-3 ESTUDIO QUE EVALÚA LA EFICACIA Y VIABILIDAD DE ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO Y EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DISEÑO DEL ESTUDIO HELYX

Elisabet Fernández-Martínez(1), Eva Vilarrasa-Rull(2) y Antonio Martorell-Calatayud(3) de (1)Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona - España, (2)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España y (3)Departamento de Dermatología. Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) a menudo se diagnostica erróneamente o de forma tardía (media de 7-10 años), en parte por la falta de conocimiento de la HS de los distintos profesionales de la salud (PS). El estudio HELYx evalúa la eficacia y viabilidad

de implementar un programa de educación médica teórico-práctico sobre la concientización y/o el comportamiento diagnóstico de los PS involucrados en el manejo del paciente con HS.

**Métodos:** HELyX es un estudio híbrido de eficacia-implementación tipo I en curso, no intervencionista, con un diseño pre-post que involucra a dermatólogos. Incluye 3 fases consecutivas (Figura) que se realizan de forma secuencial en España. HELyX se basa en las aportaciones de un grupo de dermatólogos que manejan pacientes con HS. Las variables evaluadas en la encuesta (70 preguntas): perfil sociodemográfico del PS (dermatólogo); opinión, experiencia y práctica clínica habitual en HS (diagnóstico, estadiaje, derivación, tratamientos y cirugía).

**Resultados:** 60 dermatólogos incluidos: 58 firmaron el compromiso de participación, 54 han completado la encuesta basal y 11 ya han finalizado el estudio.

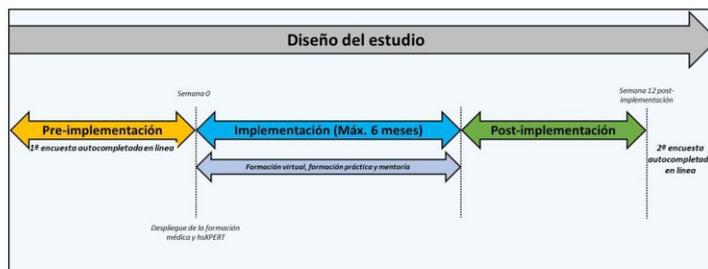
**Análisis del contexto** (específico de España): Los determinantes, barreras, facilitadores y beneficios potenciales de las estrategias de implementación se identificaron mediante revisión de literatura, investigación de mercado, recopilación de datos cualitativos de los PS y aportes de los investigadores principales coordinadores.

**Fase 1 (pre-implementación):** Identificación e inclusión de los PS. Las encuestas basales evalúan la conciencia y el conocimiento de los PS sobre la HS, los comportamientos clínicos y las actitudes hacia la implementación planificada.

**Fase 2 (implementación):** Programa de educación médica (hsXPERT) que incluye módulos de formación teórica en HS, estancias cortas en 4 centros de excelencia de HS y tutorías por parte del profesorado.

**Fase 3 (post-implementación):** Implementación de los conocimientos en práctica habitual. Posteriormente, los PS se evalúan a la Semana 12 con la misma encuesta basal.

**Conclusiones:** Se ha completado el análisis del contexto y la implementación está en curso. Se estima que el estudio finalizará en junio de 2024.



Diseño del estudio

PO-4

EFFECTO DE SECUKINUMAB SOBRE LOS TÚNELES DRENANTES EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA DE MODERADA A GRAVE: ANÁLISIS POST HOC DE LOS ESTUDIOS ALEATORIZADOS DE FASE 3 SUNSHINE Y SUNRISE

Alejandro Molina Leyva(1), Falk G. Bechara(2), Pierre-Andre Becherel(3), Ziad Reguiai(4), Pedro Mendes-Bastos(5), Joslyn Kirby(6), Jennifer Hsiao(7), Teresa Bachhuber(8), Magdalena B. Wozniak(9), Torben Kasperek(8), Christine-Elke Ortmann(8), Iryna Lobach(8), Claire Field(9), Shoba Ravichandran(10) y Alexa Kimball(11) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (2)Departamento de Dermatología, Venereología y Alergología. Universidad del Ruhr de Bochum, Bochum (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (3)Hospital Privado Antony, Antony (Haute-Normandie) - Francia, (4)Departamento de Dermatología. Polyclinique Courlancy-Bezannes, Courlancy-Bezannes (Nord-Pas-de-Calais) - Francia, (5)Centro de Dermatología. Hospital CUF Descobertas, Lisboa - Portugal, (6)Centro Médico Milton S. Hershey de la Universidad Estatal de Pensilvania, Hershey (Pennsylvania) - Estados Unidos, (7) Departamento de Dermatología. Universidad del Sur de California, Los Angeles (California) - Estados Unidos, (8)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (9)Novartis Ireland Limited, Dublin - Irlanda, (10)Novartis Pharmaceuticals, East Hanover (New Jersey) - Estados Unidos y (11)Departamento de Dermatología, Centro Médico Beth Israel Deaconess. Facultad de Medicina y Laboratorio Clínico de Epidemiología e Investigación Aplicada en la Piel de Harvard (CLEARS), Boston (Massachusetts) - Estados Unidos.

**Antecedentes y objetivos:** En hidradenitis supurativa (HS) los túneles drenantes (TD) se asocian a enfermedad grave, dolor significativo, mala calidad de vida y son predictores de una pobre respuesta al tratamiento. Análisis post hoc de datos agrupados de SUNSHINE/SUNRISE para evaluar el efecto de secukinumab (SEC) en los TD durante 52 semanas (S) en población general y pacientes (pts) con  $\geq 1$ TD basal (BL).

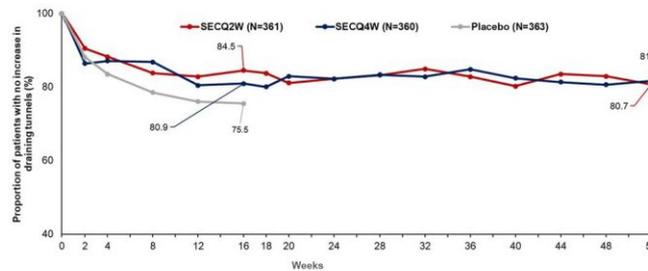
**Métodos:** SUNSHINE/SUNRISE, dos estudios idénticos de Fase 3, aleatorizados, controlados con placebo (PBO) y multicéntricos, evaluaron eficacia/seguridad a corto ( $\leq S16$ ) y largo plazo ( $\leq S52$ ) de dos regímenes de dosis de SEC (SEC300mg cada 2S [SECq2s] o cada 4S [SECq4s]) en adultos con HS moderada-grave. Pts aleatorizados 1:1 a SECq2s/SECq4s/ PBO. A la S16 los pts aleatorizados a SECq2s/SECq4s continuaron el mismo régimen, y los del brazo PBO cambiaron 1:1 a SECq2s/SECq4s hasta la S52.

**Resultados:** 1.084 pts (SECq2s, N=361; SECq4s, N=360; PBO, N=363). En BL, el 66,2%, 60,6% y 62,5% de los pts SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente, presentaron  $\geq 1$ TD; el 33,8%, 39,4% y 37,5%, respectivamente, no presentaban TD. La media $\pm$ desviación estándar (DE) BL de TD en todos los pts fue 2,9 $\pm$ 3,5, 2,5 $\pm$ 3,5 y 2,5 $\pm$ 3,2 para SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente. La media $\pm$ DE de TD en pts con  $\geq 1$ TD BL fue 4,4 $\pm$ 3,5, 4,1 $\pm$ 3,7 y 4,0 $\pm$ 3,2 para SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente.

En pts con  $\geq 1$ TD BL se observó una disminución media superior en TD para SEC vs PBO a la S16 (-1,4 $\pm$ 3,0, -1,0 $\pm$ 2,8 y -0,6 $\pm$ 2,9 para SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente) con efecto mantenido hasta la S52 (SECq2s, -1,3 $\pm$ 4,1; SECq4s, -1,4 $\pm$ 3,1). A la S16 una mayor proporción de pts tratados con SEC no aumentó los TD vs BL vs PBO (84,8%, 80,9% y 75,8% para SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente); SEC mantuvo el efecto hasta la S52 (SECq2s, 80,7%; SECq4s, 81,6%; Figura).

A la S16, en los pts con  $\geq 1$ TD BL (N=684), una mayor proporción de los tratados con SEC no aumentó de TD vs BL vs PBO (82,9%, 78,2% y 71,2% para SECq2s/SECq4s/PBO, respectivamente); a la S16, SEC mantuvo el beneficio hasta la S52 (SECq2s, 80,7%; SECq4s, 82,6%).

**Conclusiones:** SEC fue eficaz reduciendo el número de TD a la S16 en pts con HS moderada-grave, con efecto mantenido hasta la S52. A la S52, >80% de los pts con SEC no aumentaron de TD vs BL, dato relevante ya que la formación de túneles cutáneos se ha asociado con la progresión de la HS y con daño tisular irreversible.



BL, basal; pts, pacientes; Q2W/q2s, cada 2 semanas; Q4W/q4s, cada 4 semanas; S, semana; SEC, secukinumab 300 mg; TD, túneles drenantes. Los gráficos de líneas muestran los efectos de SECq2s, SECq4s y PBO en los TD desde BL hasta la S52 en los estudios SUNSHINE y SUNRISE (datos agrupados). Los datos se presentan tal como se observaron. A la S16, los pts aleatorizados a PBO se cambiaron para recibir SECq2s o SECq4s hasta la S52. En el gráfico, después de la S16, sólo están representados los pts en tratamiento continuo con SEC durante 52s.

Proporción de pts que no informaron de ningún aumento en los TD a lo largo del tiempo hasta la S52

PO-5

CELULITIS DISECANTE DEL CUERO CABELLUDO: PRESENTACIÓN GRAVE Y LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Verónica Mora Fernández(1), Ana Peris Alonso(2), Cristian Carrasco López(3) y Julio Bassas Vila(1) de (1)Dermatología, (2)Unidad de Enfermedades Infecciosas y (3) Cirugía Plástica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España.



**Introducción:** La celulitis disecante del cuero cabelludo (CDC) se caracteriza por la presencia de nódulos, abscesos y fístulas en el cuero cabelludo (CC). Puede ser aislada o asociada a otros procesos con oclusión folicular, como hidradenitis supurativa (HS), acné conglobata o sinus pilonidal (tétrada de oclusión folicular) [1].

**Caso Clínico:** Varón de 43 años con foliculitis decalvante (FD) de 20 años de evolución controlada con isotretinoína. Desarrolló una HS, tratada con ciclos cortos de antibioterapia oral. Durante la pandemia de coronavirus, el paciente consultó por progresión de ambos. Se inició tratamiento con corticoides orales, antibioterapia oral, dapsona y finalmente adalimumab, con control parcial de la HS pero no de la FD. En un año, el paciente desarrolló fístulas con abscesos que afectaban todo el CC posterior, lo que sugirió una progresión a CDC. Se inició secukinumab con inducción y tratamiento endovenoso con ertapenem diario durante 3 meses, obteniéndose una drástica mejoría de la inflamación, supuración y olor, pero con recaída a la semana de finalizarlo. Se realizó rescate quirúrgico de toda la zona afectada, seguido de consolidación con rifampicina, moxifloxacina y metronidazol durante tres meses con excelente resultado (imagen 1). A los 6 meses de la cirugía, el paciente presenta brotes tratados con corticoides intralesionales y progresión de su HS.

**Discusión y Conclusiones:** Presentamos un paciente con FD que progresa a una forma agresiva de CDC, así como una HS controlada parcialmente con terapia biológica. Por la superposición clínica, histopatológica y patogénica, sería más exacto considerar estas condiciones

como dos localizaciones diferentes de la misma enfermedad [2]. En una revisión sistemática reciente [3], la HS se describe como una patología concomitante en hasta el 41% de los pacientes con CDC, pero existen pocos artículos donde ambas se tratan como la misma entidad. La CDC también podría describirse como una forma atípica de HS, en las que el tratamiento sigue siendo un desafío [4]. Se desconocen los factores que condicionan una evolución tan agresiva de esta CDC, y el abordaje terapéutico debe ser amplio, rápido y coordinado con otros especialistas para evitar comorbilidades y secuelas. Se necesitan ensayos controlados aleatorizados específicos para proporcionar más opciones basadas en evidencia sobre su terapéutica [3].

PO-6

REACCIÓN ROSACEIFORME: EFECTO ADVERSO EMERGENTE EN EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK

Elena Pérez Zafrilla(1), Ángel González García(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Carolina Labrandero Hoyos(1), Andrés Grau Echevarría(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Malena Finello(1), Violeta Zaragoza Ninet(1) y Jorge Magdaleno Tapial(1) de (1)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

Los fármacos inhibidores JAK (i-JAK) son nuevos agentes inmunomoduladores que se encargan de alterar la señalización de citocinas proinflamatorias a través de la vía JAK/STAT. Estos fármacos se han convertido en una diana terapéutica prometedora para el tratamiento de enfermedades cutáneas inflamatorias. Presentan un perfil de riesgo-beneficio aceptable y hasta el momento la mayoría de los efectos adversos descri-

tos son leves-moderados, siendo más frecuentes las infecciones de vías respiratorias altas y efectos gastrointestinales. La reacción acneiforme es un efecto descrito en los ensayos clínicos, variando la frecuencia de aparición según el tipo de i-JAK y la dosis. La reacción rosaceiforme no ha sido descrita en los ensayos clínicos realizados hasta el momento.



Reacción rosaceiforme por Inhibidores-JAK

El término dermatitis rosaceiforme se utiliza para describir la reacción cutánea a un fármaco que se asemeja clínicamente a la rosácea. Se caracteriza por un eritema facial asociado a pápulas pequeñas y pústulas. Esta reacción ha sido descrita por fármacos como corticoides tópicos o sistémicos y por los inhibidores de la calcineurina tópicos.

Presentamos un paciente de 46 años con dermatitis atópica (DA) moderada-grave tratado con upacitinib de 30 mg tras fallo terapéutico con fototerapia, azatioprina y dupilumab. Inició upacitinib en abril de 2023 con buena respuesta de la DA presentando blanqueamiento total de cuerpo y de manos. A los 4 meses comenzó a presentar lesiones pustulosas de distribución rosaceiforme con lesiones quísticas bilaterales en borde libre de párpados asociados a episodios de flushing facial. Ante estas lesiones que no había presentado previamente se sospecha una reacción rosaceiforme secundaria al tratamiento con i-JAK. Además, el paciente asocia astenia y decaimiento por lo que se decide suspensión de upacitinib y cambio a tratamiento biológico, además de tratamiento tópico con fórmula para la reacción rosaceiforme.

Como conclusiones los inhibidores de JAK son fármacos emergentes que precisan de un estrecho seguimiento y control debido a posibles reacciones adversas todavía desconocidas. La reacción rosaceiforme es un efecto adverso descrito con otros fármacos inmunomoduladores que debe de ser considerada y sospechada en pacientes en tratamiento con i-JAKs. Para su manejo se requieren más estudios y experiencia clínica.

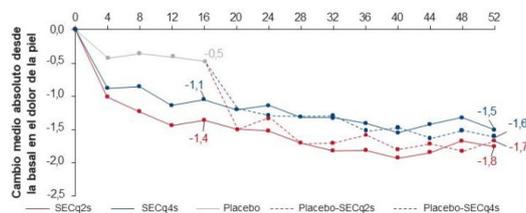
PO-7

SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORAS MANTENIDAS EN EL DOLOR EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA DE MODERADA A GRAVE: ANÁLISIS POST HOC DE LOS ESTUDIOS DE FASE 3 SUNSHINE Y SUNRISE

Alberto Romero Maté(1), John R. Ingram(2), Jacek C. Szepietowski(3), Lukasz Matusiak(3), Joslyn S. Kirby(4), Georgios Kokolakis(5), Magdalena B. Wozniak(6), Christine-Elke Ortmann(7), Ángela Llobet Martínez(7), Shoba Ravichandran(8), Ivette Alarcón(7), Christelle Pieterse(7), Dagmar Presser(9), Maryam Shayesteh Alam(10), Dimitrios Ioannides(11) y Alexa B. Kimball(12) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España, (2)Departamento de Dermatología y Cicatrización Académica de Heridas. División de Infección e Inmunidad, Universidad de Cardiff, Cardiff (Cornwall) - Reino Unido, (3)Departamento de Dermatología, Venereología y Alergología. Universidad Médica de Breslavia, Breslavia (Mazowieckie) - Polonia, (4)Departamento de Dermatología. Penn State Hershey Medical Center, Hershey (Pennsylvania) - Estados Unidos, (5)Centro de Investigación y Tratamiento de la Psoriasis, Clínica de Dermatología, Venereología y Alergología. Charite Universitätsmedizin Berlin, Berlin - Alemania, (6)Novartis Ireland Limited, Dublin - Irlanda, (7)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (8)Novartis Pharmaceuticals, East Hanover (New Jersey) - Estados Unidos, (9)Departamento de Dermatología, Venereología y Alergología. Hospital Universitario de Würzburg, Würzburg (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (10)SimcoMed Health Ltd, Barrie (Ontario) - Canadá, (11)Departamento de Dermatología y Venereología. Facultad de Medicina de la Universidad Aristóteles, Tesalónica (Thessaloniki) - Grecia y (12)Departamento de Dermatología, Centro Médico Beth Israel Deaconess. Facultad de Medicina y Laboratorio Clínico de Epidemiología e Investigación Aplicada en la Piel de Harvard (CLEARs), Boston (Massachusetts) - Estados Unidos.

**Antecedentes y objetivos:** El dolor relacionado con la hidradenitis supurativa (HS) es uno de los síntomas más impactantes para los pacientes (pts). Secukinumab (SEC) ha mostrado eficacia mantenida con seguridad favorable en pts con HS moderada-grave. Presentamos los efectos de SEC sobre el dolor relacionado con la HS, en el peor de los casos.

**Métodos:** SUNSHINE/SUNRISE son estudios idénticos de Fase 3, multicéntricos. Pts aleatorizados 1:1:1 entre la semana (S) 0-S16 a SEC 300mg cada 2S (SECq2s) o cada 4S (SECq4s) o placebo (PBO). Los pts con PBO cambiaron a SECq2s/SECq4s; los pts con SECq2s/SECq4s permanecieron con el mismo tratamiento entre S16-S52. Se evaluó el dolor de piel en su peor momento durante las 24 horas previas a la visita (diariamente hasta S16 y semanalmente a partir de S16) mediante Patient's Global Assessment of Skin Pain en una escala de calificación numérica continua (NRS; escala 0-10): NRS=0 (sin dolor); NRS>0-≤6; NRS>6-≤8; NRS>8 (dolor intenso). Presentamos los datos agrupados observados.



NRS, numeric rating scale; q2s, cada 2 semanas; q4s, cada 4 semanas; SEC, secukinumab 300 mg. NRS es la escala de calificación numérica del Patient's Global Assessment of Skin Pain, en el peor de los casos. NRS=0, NRS>0-NRS≤6, NRS>6-8, NRS>8. La basal es el promedio de las últimas 7 evaluaciones antes de la fecha de la primera administración del tratamiento del estudio.

Cambio absoluto desde la basal en el peor dolor de la piel (NRS) hasta la S52 en los estudios SUNSHINE y SUNRISE (agrupados)

**Resultados:** 1.084 pts (SECq2s N=361; SECq4s N=360; PBO N=363). NRS media± DE en la basal (BL): 5,3±2,5; 5,1±2,5; 5,2±2,5 en SECq2s/SECq4s/PBO. Mayor reducción media±DE del dolor desde BL en pts SEC vs PBO, superior con SECq2s a S16 (SECq2s, -1,4±2,2; SECq4s, -1,1±2,0; PBO, -0,6±2,2); mejoras mantenidas hasta S52 (SECq2s, -1,8±2,6; SECq4s, -1,5±2,7; Figura). Pts que informaron NRS=0 y NRS>0-≤6 en el peor de los casos: 6,8% y 68,3% (S16) y 16,9% y 65,9% (S52) en SECq2s, respectivamente; 7,9% y 68,2% (S16) y 17,5% y 65,4% (S52) en SECq4s, respectivamente (Tabla). Tras 52S, pts con NRS>6-≤8 o NRS>8 en BL: 8,3% y 8,6% con NRS=0, y 63,3% y 45,7% NRS>0-≤6 en SECq2s, respectivamente;

13,6% y 0,0% con NRS=0, y 67,8% y 46,4% NRS>0-≤6 en SECq4s, respectivamente. Al agrupar las categorías de dolor el 65,3% y el 70,1% de pts con NRS>6 en BL en SECq2s/SECq4s, respectivamente, mejoraron a NRS≤6 tras S2s.

**Conclusiones:** SEC mejoró el dolor cutáneo relacionado con HS a S16 vs PBO, mostrando tendencia a mejora adicional con el tiempo. La mejora en el dolor de BL a S52 fue superior con SECq2s vs SECq4s en todos los puntos temporales. Se observó mejora en el dolor en pts que cambiaron PBO por SEC a S16, mantenida hasta S52. >65% de pts con NRS>6 en BL mejoraron con SEC a NRS≤6 o ningún dolor a la S52.

**Tabla:** Dolor de piel en el peor de los casos (NRS) por gravedad (porcentaje) en los estudios SUNSHINE y SUNRISE (agrupados)

NRS	SECq2s N=361 % (n/m)	SECq4s N=360 % (n/m)	PBO N=363 % (n/m)	PBO - SECq2s N=180 % (n/m)	PBO - SECq4s N=183 % (n/m)	
Basal	NRS=0	1,2 (4/329)	1,2 (4/326)	2,1 (7/328)	-	-
	NRS>0-≤6	59,9 (197/329)	59,8 (195/326)	56,1 (184/328)	-	-
	NRS>6-≤8	24,6 (81/329)	27,3 (89/326)	29,3 (96/328)	-	-
	NRS>8	14,3 (47/329)	11,7 (38/326)	12,5 (41/328)	-	-
Semana 16	NRS=0	6,8 (20/293)	7,9 (22/277)	5,1 (14/274)	4,4 (6/135)	5,8 (8/139)
	NRS>0-≤6	68,3 (200/293)	68,2 (189/277)	66,1 (181/274)	66,7 (90/135)	65,5 (91/139)
	NRS>6-≤8	16,7 (49/293)	18,1 (50/277)	20,8 (57/274)	24,4 (33/135)	17,3 (24/139)
	NRS>8	8,2 (24/293)	5,8 (16/277)	8,0 (22/274)	4,4 (6/135)	11,5 (16/139)
Semana 52	NRS=0	16,9 (43/255)	17,5 (42/240)	-	15,3 (18/118)	18,2 (25/137)
	NRS>0-≤6	65,9 (168/255)	65,4 (157/240)	-	70,3 (83/118)	62,0 (85/137)
	NRS>6-≤8	11,4 (29/255)	10,0 (24/240)	-	11,9 (14/118)	14,6 (20/137)
	NRS>8	5,9 (15/255)	7,1 (17/240)	-	2,5 (3/118)	5,1 (7/137)

M, número de pacientes evaluables en la visita; N, número de pacientes en el brazo; n, número de pacientes con resultado; NRS, numeric rating scale; PBO, placebo; q2s, cada 2 semanas; q4s, cada 4 semanas; SEC, secukinumab 300 mg. NRS es la escala de calificación numérica del Patient's Global Assessment of Skin Pain, en el peor de los casos. NRS=0; NRS>0-NRS≤6; NRS>6-≤8; NRS>8. La basal es el promedio de las últimas 7 evaluaciones antes de la fecha de la primera administración del tratamiento del estudio.

PO-8

SECUKINUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS A LA SEMANA 16 DE LOS ESTADIOS HURLEY II Y III EN LOS ESTUDIOS ALEATORIZADOS DE FASE 3 SUNSHINE Y SUNRISE

Eva Vilarrasa(1), Alexa B. Kimball(2), Afsaneh Alavi(3), Gregor B.E. Jemec(4), Christos Zouboulis(5), Magdalena B. Wozniak(6), Lorenz Uhlmann(7), Ángela Llobet Martínez(7), Shoba Ravichandran(8), Angelo V. Marzano(9) y Ziad Reguiaí(10) de (1)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (2)Departamento de Dermatología, Centro Médico Beth Israel Deaconess. Facultad de Medicina y Laboratorio Clínico de Epidemiología e Investigación Aplicada en la Piel de Harvard (CLEARS), Boston (Massachusetts) - Estados Unidos, (3)Departamento de Dermatología, Mayo Clinic, Rochester, MN, EE. UU., European Hidradenitis Suppurativa Foundation, Dessau (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (4)Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de Zelandia, Roskilde, Dinamarca. European Hidradenitis Suppurativa Foundation, Dessau (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (5)Facultad de Medicina de Brandeburgo Theodor Fontane y Facultad de Ciencias de la Salud de Brandeburgo, Dessau, Alemania. European Hidradenitis Suppurativa Foundation, Dessau (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (6)Novartis Ireland Limited, Dublin - Irlanda, (7)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (8)Novartis Pharmaceuticals, East Hanover (New Jersey) - Estados Unidos, (9)Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Università degli Studi di Milano, Milán, Italia. European Hidradenitis Suppurativa Foundation, Dessau (Nordrhein-Westfalen) - Alemania y (10)Departamento de Dermatología, Polyclinique Courlancy-Bezannes, Reims, Francia. European Hidradenitis Suppurativa Foundation, Dessau (Nordrhein-Westfalen) - Alemania.

**Antecedentes y objetivos:** Presentamos resultados de un análisis post hoc de los estudios SUNSHINE/SUNRISE que evalúan la eficacia clínica de secukinumab (SEC) en pacientes (pts) con estadio Hurley II y III basal (BL) de HS.

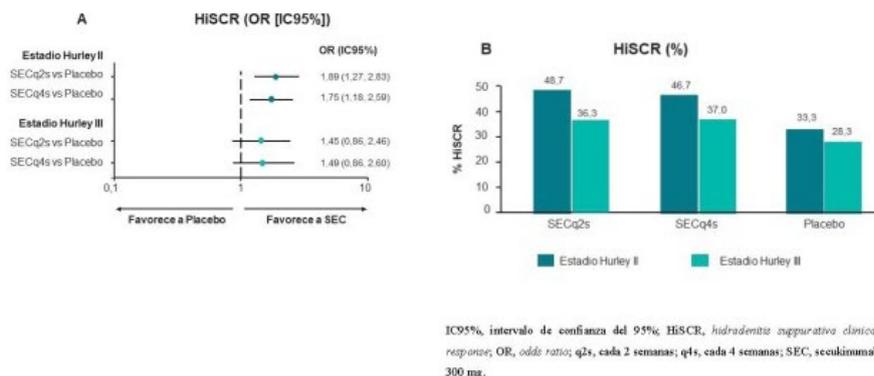
**Métodos:** SUNSHINE/SUNRISE son estudios clínicos idénticos de Fase 3, multicéntricos, aleatorizados, controlados con placebo (PBO), doble ciego, de grupos paralelos que evaluaron la eficacia y seguridad a corto (hasta semana [S] 16) y largo plazo (hasta S52) de SEC en adultos con HS moderada-grave. Variable principal: respuesta clínica de HS (HiSCR50) a S16. Variables secundarias: cambio porcentual desde BL en el recuento de abscesos y nódulos inflamatorios (AN); proporción de pts que experimentaron brotes durante 16S. Análisis de subgrupos por estadio Hurley con datos agrupados a S16 mediante odds ratio (OR) estimadas e IC95%. Se aplicó imputación múltiple para los datos faltantes.

**Resultados:** 1.084 pts incluidos (SECq2s, N=361; SECq4s, N=360; PBO, N=363). El 3,7%, 59,0% y 37,3% de pts con HS se clasificaron basalmente en estadio Hurley I, II y III, respectivamente. Se presentan los datos en pts con HS en estadio Hurley II y III.

Una mayor proporción de pts alcanzaron una respuesta HiSCR con SEC vs PBO a S16 en Hurley II (SECq2s, OR: 1,89 [IC95%: 1,27, 2,83]; SECq4s, OR: 1,75 [IC95%: 1,18, 2,59]) y III (SECq2s, OR: 1,45 [IC95%: 0,86, 2,46]; SECq4s, OR: 1,49 [IC95%: 0,86, 2,60]) (Figura). Se observó tendencia a la mejora de HiSCR en pts Hurley II (SECq2s 48,7%, SECq4s 46,7%, PBO 33,3%) vs III (SECq2s 36,3%, SECq4s 37,0%, PBO 28,3%) a la S16 (Figura).

Se alcanzaron mayores reducciones porcentuales medias desde BL en el recuento de AN durante 16S con SEC vs PBO en Hurley II (SECq2s, diferencia media: -21,52 [IC95%: -33,39, -9,65]; SECq4s, diferencia media: -21,36 [IC95%: -32,74, -9,97]) y III (SECq2s, diferencia media: -18,53 [IC95%: -30,03, -7,03]; SECq4s, diferencia media: -18,21 [IC95%: -30,21, -6,21]). La proporción de pts con brotes fue menor con SEC vs PBO en Hurley II (SECq2s, OR: 0,54 [IC95%: 0,33, 0,88]; SECq4s, OR: 0,57 [IC95%: 0,35, 0,91]) y III (SECq2s, OR: 0,57 [IC95%: 0,32, 1,02]; SECq4s, OR: 0,71 [IC95%: 0,39, 1,28]).

**Conclusiones:** Se observó una tendencia a una mayor respuesta clínica en pts con SEC en HS en estadio Hurley II BL vs Hurley III, lo que respalda el uso más temprano de SEC en pts con HS moderada-grave.



OR de HiSCR y tasa de respuesta para pts con estadios Hurley II y III: A) Diagrama de bosque que demuestra el OR de respuesta HiSCR para SEC vs PBO; B) Gráfico de barras agrupadas que muestra la tasa de respuesta HiSCR (%) para SEC vs PBO

ZONA PÓSTER

ATOPIA Y OTROS ECCEMAS

PO-9

RUTINA DE CUIDADO DIARIO DE LA PIEL BASADA EN CERAMIDAS: BENEFICIO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON XEROSIS

Carlota Abbad-Jaime de Aragón(1), Emilio Berna Rico(1), Leonor Prieto Cabezas(2), Mercedes Abarquero-Cerezo(2) y Álvaro González Cantero(3) de (1) Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2) L'ORÉAL Dermatological Beauty, Madrid - España y (3) Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid - España.

**Introducción:** La xerosis o piel seca es una afección cutánea caracterizada por una piel áspera, tirante, descamativa y a menudo con picor, que puede generar un impacto negativo en la calidad de vida de las personas afectadas. Presenta una alteración en la función barrera que incluyen una disminución en el contenido de agua y en los componentes lipídicos del estrato córneo tales como las ceramidas, el colesterol y los ácidos grasos libres. Por tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una rutina que incluye un limpiador y una crema hidratante basadas en ceramidas en el tratamiento de pacientes con xerosis de leve a moderada.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo y de intervención con 94 pacientes con xerosis de leve a moderada, que cumplían con un valor en una escala visual analógica (EVA) utilizada para evaluar la gravedad de la xerosis <4. Los pacientes utilizaron un limpiador y una crema hidratante diaria, ambas con ceramidas (1, 3 y 6-II) y tecnología MVE, pudiendo incluir otros tratamientos prescritos previamente. Los investigadores evaluaron siete síntomas y signos (utilizando escalas EVA) y el impacto en la calidad de vida (escala DLQI). Los pacientes evaluaron la tolerancia, satisfacción y cosmética de la rutina.

**Resultados:** La evaluación clínica de los síntomas de la piel xerótica tras 4 semanas de estudio mostraron una reducción estadísticamente significativa en la puntuación de los siguientes parámetros: -3,94 en sequedad (-63,3%), -1,84 en eritema (-73%), -2,74 en rugosidad (-69,8%), -3,10 en descamación (-75,4%), -3,39 en prurito (-69,4%), -1,90 en ardor (-77,3%) y -0,83 en dolor (-82,1%). El análisis del impacto de los síntomas y del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes evidenció una mejora significativa de 2,69 puntos (77,3%). La rutina de cuidado fue muy bien tolerada, y un 75,5% de los sujetos volvería a utilizarla.

**Conclusiones:** La evaluación clínica a las 4 semanas de tratamiento demostró una mejora en los síntomas derivados de la xerosis y se observó cómo presentaba un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Los sujetos del estudio también reportaron una gran tolerancia y satisfacción con el uso de la rutina de cuidado de la piel. Por tanto, este estudio evidencia el impacto positivo del empleo de una rutina de cuidado de la piel con ceramidas en el manejo de la xerosis.

PO-10

EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRALOKINUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA A 52 SEMANAS DE SEGUIMIENTO

Ana María Almodóvar Real(1), Marta Bergón Sendín(1), Ana Pulido Pérez(1), Lucía Barchino Ortiz(1) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica cuyas formas moderadas-graves, que conllevan un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, estaban huérfanas hasta hace muy pocos años de tratamiento específicos.

La IL-4 y la IL-13, citoquinas inflamatorias clave en la respuesta Th2, inician y dirigen la respuesta inmune en la DA, por lo que su inhibición específica ha supuesto una revolución terapéutica en esta enfermedad.

Tralokinumab, un inhibidor selectivo de la interleucina IL-13 aprobado para la DA moderada-grave, ha demostrado eficacia y seguridad en los ensayos clínicos ECZTRA1, ECZTRA2, ECZTRA3.

El objetivo de este estudio retrospectivo fue evaluar la eficacia y seguridad del tralokinumab en pacientes con DA moderada-grave en la práctica clínica en el Hospital Gregorio Marañón a 52 semanas de seguimiento.

Las variables, que incluyen datos demográficos, características de la enfermedad, escalas de gravedad y calidad de vida, se recogieron en las semanas 0, 16, 24, 32 y 52.

Se incluyeron 16 pacientes con DA moderada-grave > 18 años. El 82% de los pacientes eran naïve a las terapias avanzadas.

Las medias de las puntuaciones basales fueron: Eczema Area and Severity Index (EASI) 25,2, Investigator Global assessment (IGA) 3,2, Dermatology Life Quality Index, (DLQI) 20,8, sleep disturbance numerical rating scale (SD-NRS) 5,2 y peak pruritus numerical rating scale (PP-NRS) 7,9. De forma progresiva durante las 52 semanas, se observaron mejoras sustanciales en la mayor parte de las escalas.

En 5 pacientes (31%) el tratamiento fue suspendido por falta de respuesta (tanto primaria como secundaria).

No reportamos efectos secundarios reseñables.

Tralokinumab se muestra como una alternativa interesante en el arsenal terapéutico de la DA moderada-grave. No obstante se requiere continuar con estudios que evalúen la respuesta de tralokinumab en una población más amplia y en periodos de seguimiento más prolongados.

PO-11

EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE DUPILUMAB EN ECCEMA DE MANOS MODERADOS-GRAVES

Joan Àngel Baldó(1), José Manuel Fernández Armenteros(2), Miguel Viñas Arenas(3), Cristina Grau Salvat(1), Inmaculada Gil Faure(1), Andrea Bauer Alonso(2), Juliette Pérez Manich(2), Xavier Soria Gili(4), Verónica Sanmartín Novell(4), Rafael Aguayo Ortiz(4) y Antoni Azón Masoliver(1) de (1)Servicio Dermatología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España, (2)Servicio Dermatología. Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona) - España, (3) Servicio Dermatología. Hospital Sant Antoni Abad, Vilanova i la Geltrú (Barcelona) - España y (4)Servicio Dermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España.

**Antecedentes:** El eccema de manos es una localización especial de dermatitis que puede conllevar una importante afectación en la calidad de vida, con frecuencia se encuentra asociado a dermatitis atópica. El tratamiento de esta entidad puede suponer un reto terapéutico.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en pacientes con eccemas de manos moderados-graves asociados o no a dermatitis atópica.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico de todos los pacientes con eccema de manos moderados-graves, asociados o no a dermatitis atópica, que estuviesen en tratamiento con dupilumab con al menos 16 semanas de seguimiento. Para evaluar la gravedad de la enfermedad inicial y la respuesta al tratamiento se utilizaron el Physician Global Assessment (PGA), Eczema Area and Severity Index (EASI), Numerical Rating Scale del prurito (NRS-prurito), Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Hand Eczema Severity Index (HECSI).

**Resultados:** Se obtuvieron 14 casos, 7 hombres y 7 mujeres con una media de edad de 44,8 años (7-70 años). La mayoría de los pacientes tenía una dermatitis atópica moderada-grave concomitante, solamente dos pacientes tuvieron eccema de manos aislado. Todos los pacientes realizaron previamente a dupilumab tratamiento con ciclosporina o corticoides sistémicos. Se observó una reducción muy importante de todas las escalas de gravedad en la semana 8 de tratamiento. La mejoría clínica siguió progresando hasta la semana 52. Todos los pacientes con seguimiento hasta la semana 52 (8 pacientes) presentaron mejora del 90% del eccema de manos, el 75% de los pacientes con este seguimiento presentó resolución completa. Ningún paciente suspendió el tratamiento por falta de eficacia o por aparición de efectos adversos.

**Conclusión:** Dupilumab se muestra como un tratamiento efectivo, rápido y seguro del eccema de manos.

PO-12

REACCIÓN DE FOTOSENSIBILIDAD TIPO FOTOALERGIA A ADALIMUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS

Adrián Ballano Ruiz(1), Ricardo Francisco Rubio Aguilera(1), Elena Gil de la Cruz(1), Nuria Barrientos Pérez(1) y José Domingo Domínguez Auñón(1) de (1)Hospital de Henares, Coslada (Madrid) - España.

Paciente mujer de 38 años sin antecedentes de interés y sin tratamiento, con historia de psoriasis en placas de años de evolución con mala respuesta a tópicos, fototerapia y metotrexato. Se inicia Adalimumab s.c según pauta en ficha técnica, refiriendo la paciente tras la segunda inyección lesiones de aspecto ecematoso-urticariano en zonas fotoexpuestas de brazos, escote, espalda y menos en abdomen que fueron remitiendo paulatinamente, recurriendo con cada nueva inyección tras la exposición solar. Se decidió suspender el tratamiento de manera temporal sin recidiva de las lesiones, y se realizó una biopsia que demostró un cuadro de espongirosis con degeneración hidrópica de la basal y un infiltrado linfocitario dérmico perivasculoso sin eosinófilos, aumento de mucina ni infiltrados profundos.

Se inició tratamiento en esos momentos con Risankizumab sin ningún efecto adverso reseñable y con respuesta clínica total.

Las reacciones paradójicas o inmunomediadas por fármacos anti-TNF están bien descritas en la literatura, siendo las reacciones psoriasiformes las más frecuentes, y las eczematosas en torno al 10% del total de las cutáneas. NO existen casos publicados hasta la fecha sobre reacciones de fotosensibilidad por este tipo de fármacos. Si bien no se hizo pruebas de parche con fotoexposición para diagnosticar una posible reacción fotoalérgica por adalimumab, el hecho de que comenzara tras la segunda administración, que empeorara con cada nueva inyección y la resolución del cuadro al suspenderlo, junto con los datos histológicos hacen sospechar altamente una reacción de fotoalergia por adalimumab.

**PO-13** TRATAMIENTO DE PRURITO ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON DUPILUMAB

María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), Kiril Magaletskyy Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1), Adrián Imbernón Moya(1) y Juan Carlos Herrero Berrón(2) de (1)Dermatología y (2)Nefrología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

El prurito asociado a la enfermedad renal es una patología prevalente y que interfiere en la calidad de vida de los pacientes. Revisaremos el caso de un varón que recibe tratamiento con dupilumab, lo que nos dará la oportunidad para revisar la fisiopatología de la enfermedad y valorar posibles estrategias terapéuticas. Se presenta el caso de un varón de 85 años diagnosticado de enfermedad renal crónica estadio 3b-4 A3 secundario a posible glomerulonefritis crónica, y asociado a lo anterior presenta prurito crónico grave que interfiere con su calidad de vida.

A la exploración clínica, presenta pápulas, nódulos y excoriaciones distribuidas por toda la superficie corporal con predominio en zona superior de la espalda y brazos de manera bilateral.

Se realiza tratamiento con antihistamínicos, corticoides tópicos y fototerapia tipo UVB-be, sin mejoría. Tras comentar el caso con nefrología, se decide iniciar tratamiento con dupilumab 300 mg cada 2 semanas, con dosis única de inducción de 600 mg.

Tras 8 semanas de tratamiento, el paciente presenta una importante mejoría clínica y del prurito.

El prurito asociado a enfermedad renal crónica (ERC) es una alteración prevalente dentro de esta patología y se asocia al deterioro de la calidad de vida de los pacientes. En pacientes en diálisis se estima una prevalencia del 37 % de prurito moderado y del 7% de prurito grave. En pacientes en estadios previos a diálisis (CKD 3 y 4) es de 24% y 5% respectivamente.

Dupilumab es un fármaco con amplia experiencia de uso y seguridad en otras indicaciones.

Es un anticuerpo monoclonal que bloquea los receptores de la interleuquina 4 y 13 recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la interleuquina-4 y la interleuquina-13. Tiene indicación para dermatitis atópica, asma, esofagitis eosinofílica, prurigo nodular y rinosinusitis crónica con poliposis nasal.

La fisiopatología del prurito asociado a ERC no es claramente conocida, y se considera multifactorial, aunque parece que podría influir una neuropatía subclínica o un aumento de los receptores de opiáceos. Sin embargo, cuando aparecen lesiones de prurigo como en nuestro paciente, parece que su origen podría ser más similar al prurigo nodular.

Por este motivo dupilumab se presenta como una opción terapéutica eficaz y segura en este tipo de pacientes, aunque hacen falta más estudios para esta indicación.

**PO-14** ESTUDIO RETROSPECTIVO EN VIDA REAL PARA DESCRIBIR EL USO PEDIÁTRICO DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA EN ESPAÑA: PERFIL DE PACIENTE Y RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD (ESTUDIO READAP)

Eulalia Baselga Torres(1), Carolina Susana Prat(1), Asunción Vicente López(1), Marta Feito Rodríguez(2), Ana Martín Santiago(3), Antonio Torrelo Fernández(4), Laura Berbegal de Gracia(5), Mónica Pozuelo Ruiz(6), María Teresa Monserrat García(7), Minia Campos Domínguez(8), Cristina Galache Osuna(9), Altea Esteve Martínez(10), Miquel Casals Andreu(11), Sara Isabel Palencia Pérez(12), José Suárez Hernández(13), Ana Batalla Cebey(14), Manuel Galán Gutiérrez(15) y Raúl de Lucas Laguna(2) de (1)Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) - España, (2)Dermatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (3)Dermatología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (4)Dermatología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid - España, (5)Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España, (6)Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (7)Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (8)Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (9) Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (10)Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España, (11)Dermatología. Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (12)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (13)Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España, (14)Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España y (15)Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo del estudio es describir el perfil de paciente diagnosticado de dermatitis atópica (DA) y tratado con dupilumab, así como la efectividad y la seguridad en vida real en niños con DA grave y adolescentes con DA moderada-grave.

**Métodos:** Estudio nacional, multicéntrico, observacional y retrospectivo, a partir de los datos extraídos de las historias clínicas en septiembre de 2023. Se incluyeron pacientes adolescentes (12-17 años) con DA moderada-grave (EASI, Eczema Area and Severity Index  $\geq 16$ ) y niños (6-11 años) con DA grave (EASI  $\geq 21$ ) al inicio del tratamiento con dupilumab, y que hubieran sido tratados con dupilumab al menos 3 meses.

**Resultados:** Se analizaron 211 pacientes. Al inicio del tratamiento con dupilumab un 69,6% de los pacientes registraban un IGA=4, una mediana de 17 en la escala Dermatology Life Quality Index (DLQI) y de 8 de la escala de picor (PP-NRS, Peak Pruritus Numerical Rating Scale) (Tabla 1). El 69,7% de los pacientes presentaban una o más comorbilidades atópicas. El 97,1% de los pacientes habían recibido tratamientos sistémicos previamente a dupilumab, siendo los más frecuentes los corticoides orales (75,5%) y la ciclosporina (71,1%).

Tras 16 semanas de tratamiento, el 70,5% y el 36,5% de los pacientes presentaban EASI-75 y EASI-90, respectivamente, un 44,2% de los pacientes alcanzaron un EASI≤3 y el 58,6% de los pacientes consiguieron una puntuación IGA 0-1. Se observó una reducción de ≥4 puntos del PP-NRS en un 64,3% de los pacientes y un 75,6% de los pacientes alcanzaron una reducción de ≥6 puntos en la escala DLQI.

No se reportaron acontecimientos adversos graves relacionados con dupilumab. Se notificaron casos de conjuntivitis y de eosinofilia relacionados con el tratamiento en un 6,2% y un 1,4% de los pacientes, respectivamente, pero en ningún caso fueron motivo de interrupción de éste.

**Conclusiones:** Los pacientes incluidos en el estudio presentaban una importante carga de la enfermedad, definida por escalas de signos, síntomas y calidad de vida, comorbilidades atópicas y uso de tratamientos sistémicos previos al inicio del tratamiento con dupilumab. El tratamiento con dupilumab demostró de forma rápida (16 semanas) una mejoría clínicamente relevante en la mayoría de los pacientes en la gravedad del eccema, la intensidad del prurito y mejorando su calidad de vida, con un perfil de seguridad aceptable.

**Tabla 1:** Principales características demográficas y clínicas al inicio del tratamiento con dupilumab

Características		N=211
Edad, media (DE)		13,5 (3,4)
Sexo (masculino), n (%)		106 (50,2)
Comorbilidades no relacionadas con la atopia, n (%)a		86 (41,7)
Principales comorbilidades relacionadas con la atopia (≥20%), n (%)b		145 (69,7)
Asma		77 (53,1)
Alergia alimentaria		74 (51,0)
Rinitis alérgica		64 (44,1)
Otros		46 (31,7)
Características clínicas	EASI (0-72), mediana (rango)	24,6 (22,0-30,6)
	IGA 4 (0-4)d, n (%)	87 (69,6)
	PP-NRS (0-10)e, mediana (rango)	8,0 (7,0-9,0)
	DLQI (0-30)f, mediana (rango)	17,0 (10,0-23,0)

Abreviaturas: DE = Desviación estándar; DLQI = Dermatology Life Quality Index; EASI = Eczema Area and Severity Index; IGA = Investigator's Global Assessment; PP-NRS = Peak Pruritus Numerical Rating Scale. aDatos desconocidos en 5 casos; bDatos desconocidos en 3 casos; cEntre paréntesis se indican los rangos de puntuación para cada escala; dDatos desconocidos en 85 casos; eDatos desconocidos en 92 casos; fDatos desconocidos en 156 casos.

**PO-15**

**BENEFICIO DE UNA RUTINA DE CUIDADO DIARIO DE LA PIEL QUE CONTIENE CERAMIDAS COMO PARTE DEL PLAN DE TRATAMIENTO EN LA DERMATITIS ATÓPICA**

Mercedes Abarquero-Cerezo(1), Emilio Berna Rico(2), Carlota Abbad-Jaime de Aragón(2), Leonor Prieto Cabezas(1) y Álvaro González Cantero(3) de (1)L'ORÉAL Dermatological Beauty, Madrid - España, (2)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (3)Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), Madrid - España.

**Introducción:** La dermatitis atópica (DA) es una afección inflamatoria cutánea común, crónica y recurrente que afecta hasta un 20% de niños y 10% de adultos. Los síntomas más frecuentes son el prurito, el eritema y la xerosis, que pueden afectar enormemente la calidad de vida de los pacientes. Se asocia a una barrera cutánea disfuncional, por lo que uno de los tratamientos de primera línea/coadyuvante más prometedor son las emulsiones tópicas basadas en ceramidas, que facilitan la recuperación de la barrera cutánea. Este estudio plantea el beneficio del uso diario de una rutina de cuidado de la piel con ceramidas en el tratamiento de pacientes con DA de leve a moderada.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo y de intervención con 91 pacientes con DA que presentaban un índice SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) <40. Los pacientes utilizaron un limpiador y una crema hidratante diaria, ambas con ceramidas (1, 3 y 6-II) y tecnología MVE, junto a otros tratamientos prescritos previamente. La evaluación clínica se realizó al inicio y tras 4 semanas de estudio utilizando el índice SCORAD para analizar la gravedad de la DA (extensión, intensidad y síntomas), y la escala DLQI para valorar la calidad de vida. Los pacientes evaluaron la tolerancia, satisfacción y cosmética de la rutina.

**Resultados:** Al inicio del estudio, un 56% de los pacientes tenían prescrito un tratamiento previo para la DA, que continuaron utilizando junto con la rutina de cuidado con ceramidas. La evaluación clínica tras 4 semanas demostró una mejora significativa en la gravedad de la afección con una reducción en el índice SCORAD de 19,38 puntos (-61,2%). Esto permitió que un 46,8 y un 18,3% de pacientes disminuyeran el uso de corticoides y antihistamínicos, respectivamente. No hubo pacientes que necesitaran aumentar la dosis habitual. El análisis del impacto de los síntomas y del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes, evidenció una mejora significativa de 3,59 puntos (67,2%). La rutina de cuidado fue bien tolerada, y un 88,1% de los sujetos quedaron satisfechos.

**Conclusiones:** La rutina de cuidado de la piel con ceramidas fue efectiva y bien tolerada en el tratamiento de la DA. Los pacientes experimentaron una reducción significativa de los signos y síntomas de la afección con un alto grado de satisfacción y una mejora en su calidad de vida.

PO-16

## EVALUACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO A 52 SEMANAS EN CINCO CENTROS HOSPITALARIOS DEL PAÍS VASCO

Laura Blanch Rius(1), Marc Julià Manresa(1), Mainer Pretel Irazabal(2), Vanesa Fatsini Blanch(3), Nerea Ormaechea Pérez(4), Nekane Martínez Peña(1), Manuel Pascual Ares(5), Juan Antonio Ratón Nieto(5) y Rosa María Izu Belloso(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España y (5)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) - España.

**Antecedentes:** Tralokinumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea de manera selectiva la interleuquina 13 (IL-13) y está aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) de moderada a grave. Su eficacia y seguridad han sido demostradas a lo largo de varios ensayos clínicos y algunas publicaciones de práctica clínica diaria.

**Objetivo:** Este estudio multicéntrico retrospectivo-prospectivo, realizado en cinco hospitales del País Vasco, tuvo como objetivo evaluar los resultados del tratamiento con tralokinumab en pacientes con DA de moderada a grave a largo plazo, durante un período de 52 semanas.

**Métodos:** Se recopilaron datos que abarcan detalles demográficos, características de la enfermedad, gravedad y escalas de calidad de vida, eventos adversos en las semanas 0, 16, 24 y 52.

**Resultados:** De los 108 pacientes incluidos, aproximadamente el 25% había tenido exposición previa a terapias avanzadas. Todos los pacientes presentaron enfermedad grave al inicio del estudio, con puntuaciones de EASI (Eczema Area and Severity Index) de 25,5 (DE 11,5), DLQI (Dermatology Life Quality Index) de 17,8 (5,7) y I-NRS (itch numerical rating scale) de 7,1 (2,2). Durante las 52 semanas de tratamiento con Tralokinumab, se observaron mejoras sustanciales en todas las escalas. El perfil de seguridad se mantuvo adecuado durante todo el estudio.

**Conclusión:** Tralokinumab ha demostrado efectividad y seguridad en 108 pacientes adultos con DA moderada-grave durante un año de tratamiento en práctica clínica real. Los resultados mostrados en este estudio están en línea a lo publicado en la literatura y los ensayos clínicos. Tralokinumab ha demostrado ser una buena opción terapéutica para el tratamiento de la DA moderada-grave.

PO-17

## EFICACIA DE UN GEL PERIOCLAR ESPECÍFICO PARA EL ECZEMA DE PÁRPADOS EN POBLACIÓN ADULTA

Olga Cabrerizo García(1), Lourdes Conte Visús(2), Lidia Torra Ardevol(3), Noemí Serra-Baldrich(3) y Alicia Marín de Pablo(1) de (1)Departamento Médico. LETI Pharma S.L.U., Tres Cantos (Madrid) - España, (2)Departamento Médico. LETI Pharma S.L.U., Barcelona - España y (3)+D. LETI Pharma S.L.U., Barcelona - España.

**Antecedentes:** La Dermatitis Atópica es una afección crónica e inflamatoria que también se puede manifestar en la piel del contorno del ojo. Los desafíos asociados al cuidado de esta zona tan delicada resaltan la necesidad de productos especializados para abordar los síntomas asociados a esta afección.

**Objetivo:** Evaluar eficacia y aceptabilidad cutánea, ocular y periocular de un gel formulado específicamente para el eczema de párpados en adultos con tendencia atópica.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 20 voluntarios (18-70 años) de ambos sexos, que presentaban irritación/eritema/picor en el contorno de ojos e historia previa de eczema periocular (1-2 episodios en los últimos 3-4 meses). Todos los sujetos tenían predisposición atópica y al menos el 50% tenían piel y ojos sensibles y usaban lentes de contacto. El producto se aplicó en la zona periocular durante 14 días consecutivos, mínimo 2 veces al día. El día 15, dermatólogo y oftalmólogo valoraron la eficacia clínica y efectuaron medidas cuantitativas mediante corneometría, TEWL y VISIA. La tolerancia cutánea se evaluó mediante examen visual y se recogió cualquier efecto no deseado observado. Así mismo, la eficacia y las propiedades sensoriales del producto fueron evaluadas por los voluntarios, mediante un cuestionario de 23 preguntas.

**Resultados y Conclusiones:** La aceptabilidad cutánea, ocular y periocular fue muy buena, no hubo efectos no deseados. La evaluación clínica evidenció una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) del enrojecimiento (-43%). Los sujetos indicaron un descenso del picor (-61%) que en el 86% de los voluntarios fue en las primeras horas, una disminución de la irritación (-60%) de la zona afectada, así como un aumento del frescor inmediato (430%). El 100% de los voluntarios mostró mejoría en todos los parámetros (enrojecimiento, descamación, suavidad, picor, tirantez, irritación, frescura) y la mayoría de ellos ( $\geq 90\%$ ) se mostraron satisfechos con las propiedades sensoriales del producto. El gel periocular demuestra eficacia clínica al disminuir el picor y el enrojecimiento provocados por el eczema periocular, además de producir un efecto calmante de forma inmediata. También ha demostrado ser eficaz en la valoración de los voluntarios y tener unas excelentes propiedades sensoriales. La tolerancia testada bajo control dermatológico y oftalmológico ha sido muy buena.

PO-18

## EFICACIA Y SEGURIDAD DE LEBRIKIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CORTICOSTEROIDES TÓPICOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE NO CONTROLADA ADECUADAMENTE O NO TRIBUTARIOS A RECIBIR CICLOSPORINA: ESTUDIO CLÍNICO DE FASE 3 ALEATORIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO (ADVANTAGE)

José Manuel Carrascosa Carrillo(1), Richard B. Warren(2), Marjolein de Bruin-Weller(3), Athanasios Tsianakas(4), Abdallah Khemis(5), Jacek C. Szepietowski(6), H. Chih-Ho Hong(7), Clara Armengol(8), Meritxell Falqués(8), Helena Agell(8), Eric Massana(8), Esther García Gil(8) y Stephan Weidinger(9) de (1)Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España, (2)Dermatology Centre, Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester NIHR Biomedical Research Centre, The University of Manchester, Manchester - Reino Unido, (3)Department of Dermatology and Allergology, University Medical Center Utrecht, Utrecht - Holanda, (4)Department of Dermatology, Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim (Baden-Württemberg Bayern) - Alemania, (5)Dermatologie, Polyclinique Saint George - Groupe Kantys, Nice (Provence-Alpes-Côte d'Azur) - Francia, (6)Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Wrocław Medical University, Wrocław (Mazowieckie) - Polonia, (7)Department of Dermatology and Skin Science, University of British Columbia, Vancouver (British Columbia) - Canadá, (8)Almirall S.A, Barcelona - España y (9)Department of Dermatology and Allergy, University Hospital Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania.

**Antecedentes y objetivos:** Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de lebrizumab (LEB) combinado con corticosteroides tópicos (CT) durante 16-semanas (S) en pacientes (pts) con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave no-controlada adecuadamente/no tributarios a recibir ciclosporina A (CsA) (estudio ADVantage fase 3, NCT05149313).

**Métodos:** Estudio ADvantage, 52-S (16-S: aleatorizado, doble-cego, controlado con placebo [PBO], de grupos paralelos más 36-S período abierto de mantenimiento). Los pts elegibles fueron adultos/adolescentes ( $\geq 12$ - $< 18$  años) con Eczema Area and Severity Index (EASI) $\geq 16$ , Investigator's Global Assessment (IGA) $\geq 3$  y  $\geq 10\%$  superficie corporal de afectación de DA no-controlada adecuadamente/no tributarios a recibir CsA. Los pts fueron aleatorizados 2:1 (LEB 250mg:PBO, cada 2 semanas [C2S]). Análisis principal de eficacia: porcentaje de pts que alcanzaron una reducción del 75% en EASI (EASI75) (S16 vs basal). Análisis secundarios de eficacia: porcentaje de pts que alcanzaron EASI90, IGA 0/1, mejora  $\geq 4$  puntos en prurito Numeric Rating Scale (NRS) y mejora en la calidad de vida (CdV) evaluada mediante el porcentaje de pts que alcanzaron Dermatology Life Quality Index (DLQI) $\leq 5$  a S16. Análisis de seguridad: acontecimientos adversos derivados del tratamiento (AADT) y acontecimientos adversos graves (AAG). Se utilizó la imputación de no-respondedores para los datos ausentes por falta de eficacia o datos después de la medicación de rescate y la imputación múltiple para otros datos ausentes.

**Resultados:** Se aleatorizaron 331 pts (220 LEB+CT:111 PBO+CT) y 212:100, respectivamente, completaron las 16-S. A S16, una proporción significativamente mayor de pts LEB+CT vs PBO+CT alcanzaron EASI75 (68,4% vs 40,8%,  $p < 0,001$ ), EASI90 (42,9% vs 20,8%,  $p < 0,001$  nominal), IGA 0/1 (42,0% vs 24,5%,  $p < 0,01$  nominal), una mejora  $\geq 4$  puntos en prurito NRS (49,9% vs 29,7%,  $p < 0,05$  nominal) y DLQI $\leq 5$  (55,7% LEB+CT vs 34,7% PBO+CT,  $p < 0,05$  nominal). La incidencia de AADT (LEB+CT vs PBO+CT) fue de 61,8% vs 53,2%. Los AAG fueron pocos y similares en LEB+CT vs PBO+CT (1,4% vs 0,9%).

**Conclusiones:** A S16, LEB 250mg+CT C2S mejoró significativamente los signos/síntomas de DA y la CdV en adultos/adolescentes con DA de moderada a grave y antecedentes de respuesta inadecuada a la CsA o no aconsejable médicamente. La seguridad fue consistente con el perfil conocido de LEB.

**PO-19 ECCEMA CRÓNICO DE MANOS TRATADO CON DUPILUMAB. REMISIÓN COMPLETA Y MANTENIDA EN EL TIEMPO**

Susana Córdoba Guijarro(1), Ana Martínez-Lawers Dolz(1), Cristina Sobrino García-Yanes(1), Cristina Carrión García(1), Anastasia Alejandra Garrido Ríos(1) y Jesús Borbujo Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

**Introducción:** El eccema crónico de manos (ECM) es una patología etiológica y clínicamente compleja, que en ocasiones puede ser difícil de tratar, afectando a la calidad de vida de los pacientes. Las medidas de cuidado de manos (uso de emolientes, evitación de irritantes y alérgenos) junto con la aplicación tópica de corticoides de alta potencia e inhibidores de la calcineurina son el tratamiento de elección, que en casos refractarios puede no ser eficaz.

**Caso Clínico:** Mujer de 49 años, ex-peluquera, con antecedentes personales de asma, dermatitis atópica y sensibilización a mezcla de perfumes I, mezcla de carbas, PPD, MCI/MI, MI, bencisotiazolinona y formaldehído.

En seguimiento desde hace años en consulta, por brotes continuos de lesiones vesiculosas y eritematodescamativas, pruriginosas, en palmas de manos, a pesar de realizar las medidas de evitación alérgica correctamente. Las analíticas de control, realizadas fueron normales, salvo por el aumento de IgE.

Durante años, realizó tratamiento con varios ciclos de prednisona con mejoría temporal, fototerapia sin mejoría, ciclosporina con mala tolerancia y metotrexate con escasa respuesta.

En julio 2023 ante un brote más intenso de lesiones eritematodescamativas, con abundantes vesículas engastadas en palmas de manos y dedos (HECSI 110, IGA-AHE 4, NS-PRURITO 9, DLQI 23) se inició tratamiento con dupilumab. A las 4 semanas de tratamiento, refería progresiva e importante mejoría de las lesiones y del picor (HECSI 4, IGA-AHE 1, NS-PRURITO 0, DLQI 1). En sucesivas revisiones, a las 12 y 24 semanas, el efecto se mantuvo, con desaparición total de la sintomatología y buena tolerancia a la medicación.

**Discusión:** El dupilumab se considera eficaz y seguro en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave. Recientes estudios avalan también su eficacia en el ECM atópico, con importante mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Su uso en casos de ECM no atópico y eccema alérgico de contacto también ha obtenido algunos buenos resultados.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de ECM de base atópica, refractario a tratamientos, con múltiples sensibilizaciones de contacto. Tras el inicio del tratamiento con dupilumab, destacamos la mejoría rápida y remisión completa de la clínica, mantenida durante el tiempo de seguimiento.

**PO-20 UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS POR LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE EN ESPAÑA - ESTUDIO APOLO (ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES)**

Pablo de la Cueva Dobao(1), Laia Curto Barredo(2), Juan Francisco Silvestre Salvador(3), Esther Serra-Baldrich(4), Pedro Herranz Pinto(5), Natalia Hernández Cano(5), Francisco Javier Ortiz de Frutos(6), Gastón Roustan Gullón(7), Rosa María Izu Bellosó(8), Irene Arévalo Ortega(8), Alicia González Quesada(9), Manuel Galán Gutiérrez(10), Yolanda Gilaberte Calzada(11), Ander Zulaica Gárate(12), Daniel Arumi Torredemer(13), Francisco José Rebollo Laserna(13), Azahara Pérez Davó(14), Noelia Llevat Feliús(13), Valeria Herrera-Lasso Regás(13) y Irene Hernández Martín(15) de (1)Hospital Infanta Leonor, Madrid - España, (2)Hospital del Mar, Barcelona - España, (3)Hospital General Universitario, Alicante - España, (4)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (5)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (6)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (7)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (8) Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (9)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (10)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (11)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (12)Hospital do Meixoeiro, Vigo (Pontevedra) - España, (13)Pfizer SLU, Alcobendas (Madrid) - España, (14)TFS Health Service, Madrid - España y (15)PFIZER SLU, Alcobendas (Madrid) - España.

**Introducción:** A pesar de que la Dermatitis Atópica (DA) es una de las enfermedades cutáneas inflamatorias crónicas más frecuentes, hay pocos datos disponibles que se centren en el conocimiento del panorama de la enfermedad en España, la carga asociada, las características demográficas y nosológicas, el tratamiento y el uso de recursos sanitarios por estos pacientes con DA.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es aclarar estos aspectos, en concreto el uso de recursos sociosanitarios, en los pacientes con DA moderada o grave (MG) cuando acuden a su centro hospitalario de referencia por primera vez antes de recibir tratamiento.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico con 12 centros participantes, en el que se recoge la información sobre el uso de recursos sociosanitarios en los pacientes adolescentes y adultos con DA MG.

**Resultados:** El número de pacientes elegibles incluidos en el análisis final fue de 62. El 75,8% de los pacientes fueron derivados a la consulta por el médico de atención primaria (MAP) u otro dermatólogo. En el pasado, el 77,4% habían consultado a su MAP, el 74,2% a otro dermatólogo, y más del 30% a pediatra, alergólogo o farmacéutico, pero los pacientes también habían consultado previamente a otros profesionales como psicólogos, psiquiatras o nutricionistas. Los pacientes habían realizado de media 12,4 visitas a la farmacia en el último año por su DA, y 2,7 visitas a hospitales/centros especializados. Habían tenido que acudir a urgencias por su DA en el último año una media de 0,7 veces (máximo 6 veces), y en el pasado una media de 2,6 visitas. Ningún paciente había tenido que ser ingresado en el último año por su DA, pero sí en el pasado (un paciente 4 veces). El 50,9% de los pacientes se habían gastado más de 50 euros en el último año en artículos para controlar mejor su DA (funda de colchón, ropa especial...). El 14,3% habían tenido más de 2 días de absentismo laboral/escolar en el último mes por su DA. El 25% había realizado terapias alternativas o adquirido productos de venta sin receta (acupuntura, yoga, homeopatía, tratamientos naturales...), con una media de gasto en el último año de 132,9 euros.

**Conclusiones:** En nuestro estudio podemos observar el importante uso de recursos sociosanitarios (tanto públicos como privados) de los pacientes con DA MG que acuden a una primera consulta hospitalaria en España.

PO-21

EFICACIA DE TRALOKINUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE CON ECCEMA PALMO-PLANTAR

Javier Jesús Domínguez Cruz(1), Francisco José Navarro Triviño(2), Manuel Galán Gutiérrez(3), Ricardo Ruiz Villaverde(2), José Juan Pereyra Rodríguez(4) y José Carlos Armario-Hita(5) de (1)UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (2)UGC de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España, (3)UGC de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (4)UGC de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España y (5)UGC de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz - España.

**Introducción:** La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria que puede manifestarse en localizaciones especiales como las palmas de las manos y pies con un alto impacto en la calidad de vida. En este contexto se plantea evaluar la eficacia y seguridad de Tralokinumab en pacientes con dermatitis atópica moderada-grave con eccema palmo-plantar.

**Material y Método:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, a partir de los datos extraídos de las historias clínicas desde el 1 de abril de 2022 hasta 31 de enero de 2024.

Se incluyeron pacientes adultos ( $\geq 18$  años) con DA moderada-grave con afectación palmo-plantar. La efectividad de Tralokinumab en manos y pies se evaluó empleando la escala Physician Global Assessment (PGA) en semanas 16 y 52. La evaluación global de la gravedad del paciente se evaluó mediante el EASI (Eczema Area and Severity Index).

**Resultados:** Un total de 21 pacientes fueron incluidos en el estudio. La media del EASI en el momento basal fue de  $23,89 \pm 5,34$  con un PGA-mano de  $2,57 \pm 0,85$ . El 76,19% de pacientes mostró una reducción en PGA-mano en la semana 16 y un 81,2% en la semana 52. Un 66,6% y 71,4% de los pacientes mostró una reducción en la puntuación EASI en la semana 16 y 52 respectivamente presentando una mejoría del EASI  $>75$  en el 61,9% y del 64,3%.

**Conclusiones:** En el estudio realizado se ha mostrado como los pacientes experimentaron una mejoría de los eccemas en la localización palmo-plantar tras iniciar tratamiento con Tralokinumab demostrando que es un tratamiento adecuado y efectivo para los pacientes de DA con este patrón de afectación.

PO-22

SUPERRESPONDADORES A DUPILUMAB. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA SOBRE LA EFICACIA Y LA RAPIDEZ DE ACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

Vicente Expósito Serrano(1) y Miquel Casals Andreu(1) de (1)Servicio de Dermatología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Dupilumab es el primer fármaco biológico aprobado para el tratamiento de los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica (DA) moderada-grave tanto en población adulta como pediátrica. Los ensayos clínicos y las series publicadas en la práctica clínica real han demostrado su eficacia y seguridad, pero la mayoría de estos estudios ofrecen datos a partir de la semana 16. El objetivo es determinar las características diferenciales entre la población adulta y pediátrica que presentan una respuesta muy rápida a dupilumab en la semana 4.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo realizado en pacientes adultos y pediátricos diagnosticados de DA tratados con dupilumab. Se ha definido como superrespondedores a los pacientes que alcanzan una reducción del 75% del Eczema Area and Severity Index en la semana 4 de tratamiento. Se ha realizado un estudio descriptivo y analítico comparativo entre las dos poblaciones para intentar encontrar diferencias clínicas, fenotípicas y pronósticas diferenciales entre los superrespondedores.

**Resultados:** En total se recogieron 65 pacientes (47 adultos y 18 pediátricos) de los que fueron superrespondedores 30 (62,5%) y 8 (44,4%) respectivamente. La edad media fue de 40,5 años (18-82) en adultos y 12,2 años (4-16) en la población pediátrica con un IMC medio de 27,3 (19-43,6) y 20,5 (17-24,9), respectivamente. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio de dupilumab fue de 14,5 años (2-40) en adultos y de 9,9 años (4-16) en niños. Las formas clínicas predominantes en adultos superrespondedores fue la flexural o clásica (15/30, 50%) y el prurigo atópico (9/30, 30%). En niños, la única forma clínica predominante fue la clásica (8/8, 100%).

En los adultos, el 76,7% (23/30) tenían al menos una comorbilidad atópica por 75% (6/8) en la edad pediátrica. El EASI medio basal en adultos fue de 25,2 (12-49) por 26,7 (21-43) en niños. 24 de 30 (80%) de los adultos recibieron tratamiento con ciclosporina previo, mientras que 8/8 (100%) lo hicieron en la población pediátrica.

**Conclusiones:** Existe un porcentaje alto de pacientes con DA que consideramos superrespondedores tanto en población adulta como pediátrica. Es importante identificar a estos pacientes con el fin de poder individualizar el tratamiento y lograr una respuesta clínica óptima.

PO-23

ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS CON UPADACITINIB: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

Cristina Garrido Colmenero(1), Raquel Sanabria de la Torre(2), Carolina Montero Vílchez(2), María del Carmen Salazar Nieves(2), Pedro Aceituno Madera(1), Fátima G. Moreno Suárez(1), Salvador Arias Santiago(2) y Trinidad Montero Vílchez(2) de (1)Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén - España y (2)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Antecedentes y objetivos:** El arsenal terapéutico en dermatitis atópica (DA) está aumentando progresivamente. Por ello, los fármacos tienen que ser muy eficaces para encontrar cabida en un mercado cada vez más competitivo. Asimismo, es necesario incluir la valoración del médico y del paciente para evaluar la efectividad de un fármaco. El concepto de actividad mínima de la enfermedad (minimal disease activity, MDA) es una nueva medida de eficacia terapéutica que incluye la perspectiva del paciente y del médico. Hasta la fecha hay pocos estudios en vida real que utilicen el MDA para evaluar los resultados terapéuticos. El objetivo de este estudio es evaluar el porcentaje de pacientes que alcanzan MDA tras el tratamiento con upadacitinib y analizar sus características clínicas y sociodemográficas

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos con DA moderada-grave procedentes de dos hospitales de España que fueran a iniciar tratamiento con upadacitinib. Los pacientes fueron evaluados antes de iniciar el tratamiento y tras 16 semanas. Los objetivos óptimos de tratamiento (MDA) incluyen una mejora  $\geq 90\%$  en el Eczema Area and Severity Index (EASI) y una escala de valoración numérica  $\leq 1$  para el prurito máximo.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes con DA tratados con upadacitinib, con una edad media de 27,70 (11,09 DE) años. 22 (95,7%) pacientes habían sido tratados previamente con ciclosporina y 11 (47,8%) habían recibido dupilumab anteriormente. Se observó una mejoría de la gravedad, reflejado en un descenso del EASI (24,09 vs 4,36,  $p < 0,001$ ) y del prurito (7,09 vs 2,55,  $p = 0,001$ ). Tras el seguimiento, 10 pacientes (43,5%) alcanzaron el MDA. Los pacientes que alcanzaron MDA fueron con menor frecuencia asmáticos (20% vs 69,2%,  $p = 0,02$ ) y presentaron menor grado de picor basal (5,83 vs 7,6,  $p = 0,08$ ) semanas de tratamiento con upadacitinib. Ningún paciente presentó efectos secundarios tras el periodo de seguimiento

**Conclusiones:** Más del 40% de los pacientes con DA moderada-grave tratados con upadacitinib alcanzan los objetivos óptimos de tratamiento. La presencia de asma y un grado de picor basal más elevado podría dificultar alcanzar estos objetivos.

PO-24

USO EN PRÁCTICA REAL DE BARICITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN ESPAÑA. ESTUDIO DAMA-S

Enrique Gómez de la Fuente(1), Enrique Herrera(2), Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro(3), David Vidal Sarró(4), Juan Francisco Silvestre Salvador(5), Sergio Santos Alarcón(6), Yolanda Gilaberte Calzada(7), Esther Serra-Baldrich(8), Mónica Munera Campos(9), Ignasi Figueras-Nart(10), Leandro Martínez Pilar(11), Fátima Tous Romero(12), Silvia Díaz-Cerezo(13), Rosa Moro(13), Irene Talavera(14) y Mercedes Núñez Lozano(13) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (3)Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja) - España, (4) Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona) - España, (5)Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España, (6)Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España, (7)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (8)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (9)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (10)Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (11)Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga - España, (12)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (13)Eli Lilly and Company, Alcobendas (Madrid) - España y (14)OXON Epidemiology, Madrid - España.

**Antecedentes y Objetivo:** La dermatitis atópica (DA) presenta desafíos significativos en su manejo clínico. La **Introducción:** de los inhibidores de la quinasa Janus (JAKi), ha supuesto una alternativa a los tratamientos inmunosupresores clásicos y fármacos biológicos, por su eficacia, rapidez, perfil de seguridad y conveniencia de administración oral y diaria.

Baricitinib (BARI) es un JAKi selectivo para JAK1/2 aprobado para tratar la DA moderada a grave. Hay pocos datos sobre su efectividad en la práctica clínica diaria y en qué perfil de pacientes se utiliza. El objetivo del estudio DAMA-S es describir el perfil de los pacientes tratados con BARI en condiciones de práctica clínica real en España, así como los patrones de tratamiento, la persistencia y la efectividad del fármaco.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas en 13 hospitales españoles. Se realizó la extracción de los datos de pacientes adultos, con diagnóstico de DA, que hubiesen iniciado tratamiento con BARI entre abril de 2022 y abril de 2023, garantizándose un mínimo de seguimiento de 5 meses. Se recogieron características demográficas, clínicas, tratamientos previos y concomitantes, posología, fechas y razones de inicio y de interrupción de BARI, y efectividad evaluada mediante EASI (Eczema Area and Severity Index) e IGA (Investigator's Global Assessment), a las 4/8/16 semanas (y de forma exploratoria a las 24/52 semanas). Las variables continuas se presentarán como media, desviación estándar y cuartiles, y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. La efectividad se evaluará en base al cambio absoluto y relativo respecto al nivel basal en aquellos pacientes que hubiesen seguido con BARI en los diferentes puntos de evaluación. La tasa de persistencia se determinará mediante análisis Kaplan-Meier a las 4/8/16/24/52 semanas.

**Resultados:** Los resultados se presentarán y discutirán en el congreso.

**Conclusiones:** Este estudio proporcionará información relevante sobre el uso de BARI en pacientes con DA, tratados en España en un entorno de práctica real, lo que complementará los datos de los ensayos clínicos y ayudará a la toma de mejores decisiones terapéuticas.

PO-25

**MEJORÍA DE LOS VALORES ABSOLUTOS DE EASI Y PRURITO CON LEBRIKIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CORTICOESTEROIDES TÓPICOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE NO CONTROLADOS ADECUADAMENTE O NO TRIBUTARIOS A RECIBIR CICLOSPORINA**

Meritxell Guilà(1), Juan Francisco Silvestre(2), Michael Ardern-Jones(3), Nick J. Reynolds(4), Carsten Flohr(5), Marjolein de Bruin-Weller(6), Stephan Weidinger(7), Athanasios Tsianakas(8), H. Chih-Ho Hong(9), Meritxell Falqués(1), Laia Bardolet(1), Helena Agell(1) y Richard B. Warren(10) de (1)Almirall S.A., Barcelona - España, (2)Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL, Alicante - España, (3)Clinical Experimental Sciences, Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton - Reino Unido, (4)Department of Dermatology and NIHR Biomedical Research Centre, Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust and University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne - Reino Unido, (5)St John's Institute of Dermatology, King's College London and Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Londres (London, City of) - Reino Unido, (6)Department of Dermatology and Allergology, University Medical Center Utrecht, Utrecht - Holanda, (7)Department of Dermatology and Allergy, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania, (8)Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim (Baden-Wberg Bayern) - Alemania, (9)Department of Dermatology and Skin Science, University of British Columbia, Vancouver (British Columbia) - Canadá y (10)Dermatology Centre, Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester NIHR Biomedical Research Centre, The University of Manchester, Manchester - Reino Unido.

**Antecedentes y objetivos:** Lebrikizumab (LEB) es un anticuerpo monoclonal anti-IL-13 de alta afinidad con eficacia y seguridad demostrada en adultos/adolescentes con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave. La ciclosporina (CsA) está aprobada para la DA grave en algunos países, no obstante, su eficacia puede no ser óptima en algunos pacientes (pts) y su seguridad limita su uso a largo plazo. Se presentan los resultados de eficacia a 16 semanas (S) de LEB en combinación con corticosteroides tópicos (CT) en pts con AD de moderada a grave no adecuadamente controlada/no tributarios a recibir CsA (estudio ADvantage fase 3, NCT05149313).

**Métodos:** ADvantage, estudio a 52S (16S: aleatorizado, doble-ciego, controlado con placebo [PBO], de grupos paralelos más 36S período abierto de mantenimiento). Los pts elegibles fueron adultos/adolescentes ( $\geq 12$ -<18 años), con Eczema Area and Severity Index (EASI) $\geq 16$ , Investigator's Global Assessment (IGA) $\geq 3$  y  $\geq 10\%$  superficie corporal de afectación de DA no controlada adecuadamente/no tributarios a recibir CsA. Los pts fueron aleatorizados 2:1 (LEB 250mg:PBO, cada 2S [C2S]).

Todos los pts debían recibir CT (potencia media) hasta la S16. La dosis podía reducirse gradualmente a CT de baja potencia, una vez las lesiones estuvieran controladas y los CT retirados a los 7 días. Eficacia (valores absolutos) a S16: porcentaje de pts que lograron EASI $\leq 7$ , prurito Numeric Rating Scale (NRS) $\leq 4$ , EASI $\leq 1$  y prurito NRS 0/1. Los datos ausentes por falta de eficacia o datos después del uso de medicación de rescate (CT de alta potencia/tratamiento sistémico) se imputaron como no respondedores. Otros datos ausentes se imputaron mediante imputación múltiple.

**Resultados:** Se aleatorizaron 331 pts (220 LEB+CT:111 PBO+CT) y 212:100, respectivamente, completaron las 16S. A S16, el 66,6% de pts con LEB+CT vs 48,2% con PBO+CT alcanzaron EASI $\leq 7$  ( $p=0,0040$  nominal) y el 65,0% (LEB+CT) vs 45,5% (PBO+CT) un prurito NRS $\leq 4$  ( $p=0,0074$  nominal). Con criterios más estrictos, el 27% de pts con LEB+CT vs 11,2% con PBO+CT logró un EASI $\leq 1$  ( $p=0,0025$  nominal) y el 28,3% (LEB+CT) vs 7,5% (PBO+CT) prurito NRS 0/1 ( $p=0,0001$  nominal).

**Conclusiones:** A S16, LEB 250mg+CT mejoró significativamente los signos/síntomas de DA, incluso con criterios más estrictos, en adultos/adolescentes con DA de moderada a grave y antecedentes de respuesta inadecuada a la CsA o no aconsejable médicamente.

PO-26

**CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA Y GRAVE EN ESPAÑA -RESULTADOS DEL ESTUDIO APOLO(ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES)**

Rosa María Izu Beloso(1), Pablo de la Cueva Dobao(2), Laia Curto Barredo(3), Juan Francisco Silvestre Salvador(4), Esther Serra-Baldrich(5), Pedro Herranz Pinto(6), Natalia Hernández Cano(6), Francisco Javier Ortiz de Frutos(7), Irene Arévalo Ortega(1), Gastón Roustan Gullón(8), Alicia González Quesada(9), Manuel Galán Gutiérrez(10), Yolanda Gilaberte Calzada(11), Ander Zulaica Gárate(12), Daniel Arumi Torredemer(13), Francisco José Rebollo Laserna(13), Azahara Pérez Davó(13), Valeria Herrera-Lasso Regás(13), Irene Hernández Martín(13) y Noelia Llevat Felius(13) de (1)Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Hospital Infanta Leonor, Madrid - España, (3)Hospital del Mar, Barcelona - España, (4)Hospital General Universitario, Alicante - España, (5)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (6)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (7)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (8)Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid - España, (9)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (10)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (11)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (12)Hospital do Meixoeiro, Vigo (Pontevedra) - España y (13)Pfizer SLU, Alcobendas (Madrid) - España.

**Introducción:** A pesar de que la dermatitis atópica es la enfermedad cutánea inflamatoria crónica más frecuente, hay pocos datos disponibles que se centren en el conocimiento del panorama de la enfermedad en España.

**Objetivo:** El objetivo es describir las características demográficas y clínicas de esta población de pacientes y los patrones de tratamiento farmacológico utilizados actualmente y en el por los mismos.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico con 12 centros participantes, en el que se recoge la información sobre las características y patrones de tratamiento en los pacientes adolescentes y adultos con DA moderada-grave (MG).

**Resultados:** El número de pacientes elegibles incluidos en el análisis final fue de 62. La edad media de los pacientes fue de 33,1 años, el 54,8 % eran hombres, y el 90,3% eran de raza blanca. El 25,8% tenían un nivel de educación terciaria/especialización, un 54,8% eran trabajadores por cuenta ajena y un 22,6% estudiantes. El 29% tenía antecedentes familiares de DA y sus enfermedades concomitantes más frecuentes fueron asma (50,0%), rinitis alérgica (41,9%), conjuntivitis alérgica (30,6%), alergia alimentaria (30,6%), ansiedad (29%), dermatitis por contacto (25,8%) y tabaquismo actual (22,6%).La evaluación global por el investigador validada de la dermatitis atópica (vIGA-AD) fue moderada en el 61,3% y grave en el 38,7%.

La media de la edad de aparición es 9,2 años. La media de superficie corporal afectada era del 43,3% y en 47 pacientes (75,8%) se ha indicado al menos una localización en cara y/o cuello y la mediana de brotes en el último año era de 7,7.

En el momento de la consulta 54 pacientes (87,1%) reportaban tener algún tipo de tratamiento activo). Los corticoides tópicos eran los más frecuentemente usados (81,5%), seguidos de emolientes (75,9%), inhibidores de calcineurina tópicos (27,8%) y corticosteroides sistémicos (24,1%). Ningún paciente se encontraba en tratamiento activo con biológicos o inhibidores de las janus kinasas. Un paciente había recibido en el pasado dupilumab. Los tratamientos utilizados en el pasado por los pacientes se recogen en la Tabla 1.

**Conclusiones:** Este estudio muestra las características epidemiológicas, clínicas y sobre el tratamiento (tanto previo como posterior) de los pacientes que acuden por primera vez a una consulta de dermatología hospitalaria en España.

**Tabla 1.** Tratamientos utilizados en el pasado.

Tratamientos utilizados en el pasado	N	%* (N=59)
Corticosteroides tópicos	56	94,9
Emolientes	51	86,4
Corticosteroides sistémicos	32	54,2
Antihistamínicos	29	49,2
Inhibidores de la calcineurina tópicos	19	32,2
Ciclosporina	12	20,3
Fototerapia	9	15,3
Antibióticos sistémicos	8	13,6
Antibióticos tópicos	7	11,9
Medicina alternativa	5	8,5
Metrotexato	4	6,8
Azatioprina	2	3,4
Antivíricos	2	3,4
Dupilumab	1	1,7

*Se ha indicado al menos un tratamiento en 59 pacientes (95,2%). \*Respuesta múltiple por lo que la suma de porcentajes no tiene por qué ser 100%.*

PO-27

**UPADACITINIB EN PACIENTES CON DA GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO EN SEIS HOSPITAL DEL PAÍS VASCO**

Marc Julià Manresa(1), Maider Pretel Irazabal(2), Manuel Pascual Ares(3), Nekane Martínez Peña(1), Vanesa Fatsini Blanch(4), Ana María Martínez de Salinas Quintana(5), Nerea Ormaechea Pérez(6) y Juan Antonio Ratón Nieto(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya) - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa, Urduliz (Vizcaya) - España y (6)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España.

**Antecedentes:** Upadacitinib es un nuevo fármaco inhibidor selectivo de JAK-1 indicado en la Dermatitis Atópica (DA) moderada-grave que ha demostrado una gran eficacia y seguridad en distintos ensayos clínicos.

**Objetivo:** Analizar la respuesta terapéutica y el perfil de seguridad de Upadacitinib en práctica clínica real en pacientes con DA grave de seis centros hospitalarios del País Vasco a lo largo de 1 año.

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional multicéntrico retrospectivo en el que se analizaron datos demográficos, de respuesta terapéutica y seguridad de todos los pacientes tratados en los centros participantes en semana 0, 4, 16, 24 y 52.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 74 pacientes con DA grave multirefractarios al tratamiento sistémico (100%) y biológico (51,35%) con un índice Eczema Area and Severity Index (EASI) medio de 24,17 y una puntuación numérica del prurito (p-NRS) y del sueño (s-NRS) media de 7,4 y 5,5, respectivamente. La mayoría de pacientes presentaron una respuesta muy rápida, con una reducción del EASI del 78,4% ya en semana 4 y que aún mejoró en las 52 semanas del estudio.

Las puntuaciones p-NRS y s-NRS también mostraron una rápida y mantenida reducción de más de 4 puntos a lo largo de todo el seguimiento. Un reducido número de pacientes discontinuaron el tratamiento, principalmente por falta de eficacia, y solo uno de ellos por efectos secundarios.

ón: Upadacitinib demostró una gran eficacia y seguridad incluso en pacientes con DA multirefractaria a terapia sistémica y biológica. La respuesta terapéutica al fármaco fue rápida y mantenida, tanto en términos objetivos (EASI) como sintomáticos (p.NRS y s-NRS), similar a la observada en los ensayos clínicos, consolidando a Upadacitinib como una opción válida en el tratamiento de la DA moderada-grave.

PO-28

EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRALOKINUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE EN LAS ISLAS BALEARES

Ana Lull Ramos(1), Lucía Armillas Lliteras(2), M<sup>a</sup> Concepción Montis Palos(1), Aina Vila Payeras(3), Inés Gracia Darder(1) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (2)Hospital de Inca, Inca (Illes Balears) - España y (3)Hospital de Manacor, Manacor (Illes Balears) - España.

**Introducción:** La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica frecuente que impacta notablemente en la calidad de vida de los pacientes. A las opciones terapéuticas disponibles para la dermatitis atópica moderada-grave se ha sumado recientemente tralokinumab, un anticuerpo monoclonal totalmente humano que neutraliza específicamente la citoquina IL-13, fundamental en la respuesta inmunitaria Th2, que tiene un papel clave en la fisiopatología de la enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y la seguridad de tralokinumab en la práctica clínica real en pacientes con dermatitis atópica moderada-grave en la semana 16, 24, 32 y 52 desde el inicio del tratamiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico en el que participaron 6 hospitales de las Islas Baleares. Se incluyeron pacientes con dermatitis atópica moderada-grave a partir de los 12 años. Se recogieron datos basales de los pacientes como la edad, el sexo, las comorbilidades (poliposis nasal, conjuntivitis, asma, rinitis alérgica, alopecia areata, esofagitis eosinofílica, alergia alimentaria), los tratamientos previos realizados, o los tratamientos concomitantes. La gravedad se evaluó mediante escalas clínicas y resultados reportados por el paciente al inicio del tratamiento, y a la semana 4, 16, 24, 32 y 52.

Se reportaron datos de los niveles de la hemoglobina (Hb), los eosinófilos, la inmunoglobulina E total (IgE), la creatinofosfoquinasa (CPK), el colesterol total, los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), y el perfil hepático, antes del inicio del tratamiento y durante el tratamiento.

**Resultados:** El estudio aún está en fase de reclutamiento. Los resultados definitivos se expondrán en el próximo Congreso Nacional de AEDV.

**Conclusiones:** La dermatitis atópica es una enfermedad frecuente que altera de forma significativa la calidad de vida de nuestros pacientes. Por tanto, el conocimiento de nuevos datos sobre los nuevos tratamientos en vida real, contribuiría al avance en la práctica clínica en el manejo de estos pacientes.

PO-29

IMPACTO DE LEBRIKIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CORTICOSTEROIDES TÓPICOS SOBRE LA GRAVEDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y EL DOLOR CUTÁNEO EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE NO CONTROLADA ADECUADAMENTE O NO TRIBUTARIOS A RECIBIR CICLOSPORINA: DATOS A SEMANA 16 DEL ESTUDIO ADVANTAGE

Servando Eugenio Marrón Moya(1), Richard B. Warren(2), Catherine Smith(3), Andreas Wollenberg(4), José Manuel Carrascosa(5), Franz J. Legat(6), Marni Wiseman(7), Meritxell Falqués(8), Laia Bardolet(8), Eric Massana(8) y Alan Irvine(9) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Royo Villanova, Zaragoza - España, (2) Dermatology Centre, Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester NIHR Biomedical Research Centre, The University of Manchester, Manchester - Reino Unido, (3)St John's Institute of Dermatology, School of Basic & Medical Biosciences, King's College London, Londres (London, City of) - Reino Unido, (4)LMU - Department of Dermatology and Allergology, Munich (Baden-Wberg Bayern) - Alemania, (5)Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España, (6)University Clinic for Dermatology and Venereology, Medical University of Graz, Graz (Steiermark) - Austria, (7) Wiseman Dermatology Research; SKINWISE Dermatology, Winnipeg, Manitoba, Canada; Department of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg (Manitoba) - Canadá, (8)Almirall S.A., Barcelona - España y (9)Dermatology Clinic, Our Lady's Children's Hospital Crumlin, Dublin - Irlanda.

**Antecedentes y objetivos:** Lebrikizumab (LEB) es un anticuerpo monoclonal que se une a la interleucina-13 que ha demostrado su eficacia y seguridad en adolescentes y adultos con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave en ensayos de fase 3 previos. La ciclosporina A (CsA) está aprobada en la UE para el tratamiento de la DA grave; su eficacia, sin embargo, no es óptima en algunos pacientes y su perfil de seguridad limita su uso a largo plazo. Presentamos resultados a semana (S) 16 de la gravedad de la DA y el dolor cutáneo asociado medidos con el Patient Oriented Eczema Measure (POEM) y Numeric Rating Scale (NRS) en pacientes con DA de moderada a grave no controlada adecuadamente/no tributarios a recibir CsA tratados con LEB en combinación con corticosteroides tópicos (CT) del estudio fase 3 Advantage (NCT05149313).

**Métodos:** Los pacientes elegibles fueron adultos/adolescentes ( $\geq 12$ - $<18$  años,  $\geq 40$ kg) con Eczema Area and Severity Index (EASI) $\geq 16$ , Investigator's Global Assessment (IGA) $\geq 3$  y  $\geq 10\%$  superficie corporal afectada de DA no-controlada adecuadamente/no tributarios a recibir CsA. El estudio Advantage tiene un período de inducción de 16S seguido de un período de mantenimiento de 36S. Durante el periodo de 16S, los pacientes fueron aleatorizados 2:1 a LEB 250 mg + CT (LEB+CT) o placebo + CT (PBO+CT) cada dos semanas (C2S). Se evaluaron POEM (porcentaje de cambio desde basal [CFB]) y NRS de dolor cutáneo (CFB y porcentaje de pacientes con mejoría  $\geq 4$  puntos) a S16. Se utilizó la imputación de no-respondedores para los datos ausentes por falta de eficacia o datos después del uso de medicación de rescate (CT de alta potencia o tratamiento sistémico) y la imputación múltiple para otros datos ausentes.

**Resultados:** Se aleatorizaron 331 pacientes (220 LEB+CT y 111 PBO+CT), 212 y 100, respectivamente, completaron 16S. A S16 (LEB+CT vs PBO+CT), el porcentaje de CFB en POEM fue  $-61,5\%$  vs  $-28,0\%$  ( $p < 0,001$  nominal), el CFB en NRS de dolor cutáneo fue  $-3,3$  vs  $-1,8$  ( $p < 0,001$  nominal), y  $51,6\%$  vs  $27,5\%$  de los pacientes alcanzaron una mejoría  $\geq 4$ -puntos en NRS de dolor cutáneo ( $p < 0,01$  nominal), respectivamente.

**Conclusiones:** A S16, el tratamiento con LEB+CT C2S ha demostrado una mejoría significativa en la gravedad de la DA y el dolor cutáneo en comparación con PBO en pacientes con DA de moderada a grave y antecedentes de respuesta inadecuada a la CsA o no aconsejable médicamente.

PO-30

**SUPERRESPONDADORES A TRALOKINUMAB: EFICACIA Y RAPIDEZ EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE**

Gemma Melé-Ninot(1), Mónica Munera-Campos(2), Vicente Expósito-Serrano(3), Ignasi Figueras-Nart(4), Constanza Riquelme-Mc Loughlin(5), Laia Curto-Barredo(6) y Esther Serra-Baldrich(7) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (3)Servicio de Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (4)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge, L Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (5)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España y (7)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

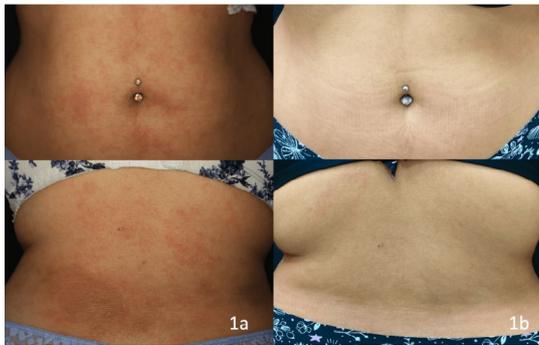


Figura 1. Paciente superrespondedora a tralokinumab

**Antecedentes y objetivos:** Tralokinumab es un tratamiento biológico aprobado para la dermatitis atópica moderada-grave cuya eficacia ha sido demostrada tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica real. La mayoría de los estudios ofrecen datos de eficacia en la semana 16 (16w), pero es escasa la literatura sobre los resultados en las primeras semanas de tratamiento. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de los pacientes con respuesta rápida a tralokinumab y determinar el perfil de los pacientes superrespondedores (SR).

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo realizado en pacientes diagnosticados de DA moderada-grave tratados con tralokinumab. Se definió como paciente SR aquél que alcanzaba al menos una reducción del 75% del Eczema Area and Severity Index (EASI75) en la 4w. Otras variables secundarias evaluadas fueron el Numerical Rating Scale del prurito (NRS prurito) y el Dermatology Life Quality Index (DLQI).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 44 pacientes de los cuales 18 (40,9%) fueron pacientes SR a tralokinumab. Asimismo, 10 de estos pacientes (22,7%) alcanzaron un EASI90 en la 4w. Hubo una reducción  $\geq 4$  puntos del NRS del prurito y del DLQI en 12 (27,2%) y 9 pacientes (20,5%), respectivamente. En el grupo de pacientes SR destacó una predominancia de mujeres (13 (72%)) comparado con el grupo de no SR (10 (38,5%)), con una edad media de 34,5 años [18-55], más jóvenes que los no SR (42,5 años [22-75]), y con un menor índice de masa corporal (IMC) (media 21,9 [18-29,4]). El 77,7% de los SR presentaban afectación de cabeza y cuello y/o flexural, sin observar ningún caso de eritrodermia ni de forma psoriasiforme, a diferencia del grupo de no SR. Todos los pacientes SR habían sido tratados previamente con corticoides orales, el 94% con ciclosporina y el 33% con dupilumab. En ambos grupos, 5 pacientes recibieron algún tratamiento sistémico de transición.

**Conclusiones:** Existe una proporción elevada de pacientes con una respuesta rápida a tralokinumab, especialmente en mujeres jóvenes. Como limitaciones de nuestro trabajo destacar que no existe un claro consenso de la definición de paciente SR y la naturaleza retrospectiva del mismo. Son necesarios más estudios para poder definir e identificar el fenotipo de paciente SR con el objetivo de individualizar el tratamiento y alcanzar una respuesta óptima.

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos de los pacientes con DA en tratamiento con tralokinumab

VARIABLES	Superrespondedores	NO Superrespondedores
Pacientes n (%)	18 (40,9%)	26 (59%)
Edad media (años)	34,5 [18-55]	42,5 [22-75]
<b>Género</b>		
Mujeres n (%)	13 (72,2%)	10 (38,5%)
Hombres n (%)	5 (27,8%)	16 (61,5%)
IMC medio (kg/m <sup>2</sup> )	21,9 [18-29,4]	24,99 [19,1-24,8]
Tiempo de evolución DA medio (años)	22,72 [3-52]	19,2 [1-45]
<b>Comorbilidades</b>		
Asma n (%)	6 (33%)	10 (38,5%)
Rinoconjuntivitis n (%)	11 (61,2%)	16 (61,5%)
Alergia alimentaria n(%)	4 (22,2%)	7 (26,9%)
<b>Tratamientos previos n (%)</b>		
Corticoides orales	18 (100%)	25 (96%)
Fototerapia	8 (50%)	14 (53,9%)
Ciclosporina	17 (94,4%)	21 (80,8%)
Dupilumab	6 (33,3%)	9 (34,6%)

VARIABLES	Superrespondedores	NO Superrespondedores
Tratamientos previos n (%)		
Baricitinib	0 (0%)	2 (7,7%)
Upadacitinib	0 (0%)	4 (15,4%)
Abrocitinib	0 (0%)	0 (0%)

IMC: índice de masa corporal

**PO-31 SUPERRESPONDADORES A TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Alejandra Méndez Valdés(1), Enrique Gómez de la Fuente(1), Claudia Sarró-Fuente(1), Alberto Alegre Bailo(2), Araceli Sánchez Gilo(2), F. Javier Vicente Martín(2), Yolanda Pérez Serna(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Antecedentes:** Tralokinumab es un anticuerpo monoclonal dirigido a la interleucina 13, indicado en dermatitis atópica (EA) moderada a grave. El criterio de valoración en ensayos previos a su comercialización fue una reducción del índice de gravedad y área del eccema (EASI) de al menos el 75 % (EASI 75) en la semana 16 de tratamiento, pero existe evidencia que sugiere que podría haber subgrupos de pacientes «súperrespondedores» (SR) que alcancen este criterio antes. Describir las características clínicas de estos pacientes podría mejorar la optimización terapéutica e identificar pacientes que presentarán buena respuesta al tratamiento.

**Objetivos:** El objetivo principal fue evaluar la proporción de pacientes súperrespondedores. Además, describir las características clínicas para establecer un perfil de paciente que pudiera beneficiarse en mayor medida del tratamiento con tralokinumab.

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 33 pacientes con EA que recibieron tralokinumab según ficha técnica. Evaluamos el EASI antes del tratamiento y en las semanas 4, 8, 16, 24 y 52. Se consideraron súperrespondedores aquellos pacientes que alcanzaron EASI 75 en la semana 4 y/o EASI 90 en la semana 8.

**Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, y 14 (42%) cumplieron los criterios para ser considerados súperrespondedores. El 66% eran hombres. El EASI medio previo al tratamiento fue 27.14, y fue similar entre grupos. La edad media fue de 41 años. Los pacientes del grupo de súperrespondedores eran significativamente más jóvenes respecto al grupo no súper-respondedores. Las comorbilidades y tratamientos sistémicos previos fueron independientes de la respuesta al tralokinumab.

**Conclusión:** Hay escasa evidencia sobre la experiencia en práctica clínica real en las primeras semanas de tratamiento con tralokinumab.

Nuestro estudio demuestra la existencia de un subgrupo de pacientes que responde de forma rápida a tralokinumab y que mantiene respuesta a largo plazo. Estos podrían beneficiarse de un espaciamiento precoz, con el consiguiente beneficio clínico y económico.

Por el momento no se han establecido factores predictivos para una respuesta rápida. Son precisos más estudios para definir las características basales de esta población de SR e identificar a pacientes que puedan presentar una respuesta rápida a tralokinumab en comparación con la población general.

**PO-32 MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRAS TRATAMIENTO BIOLÓGICO E IJAK**

Trinidad Montero Vilchez(1), Clara Ureña Paniego(1), Raquel Sanabria de la Torre(2), Alberto Soto Moreno(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (2)Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Granada, Granada - España.

**Antecedentes:** La dermatitis atópica es una enfermedad con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Los ensayos clínicos han demostrado que los fármacos biológicos e inhibidores de la vía JAK mejoran las escalas de calidad de vida, pero hay pocos estudios en práctica de vida real. El objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en la calidad de vida en pacientes con dermatitis atópica tratados con fármacos biológicos e inhibidores de la vía JAK.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes diagnosticados de DA moderada-grave en tratamiento biológico (dupilumab o tralokinumab) o con inhibidores de la vía JAK (baricitinib, abrocitinib, upadacitinib) en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el período junio 2022 – enero 2024. Se recogieron índices de gravedad evaluados por el clínico como Eczema Area and Severity Index (EASI) o Investigator global assessment (IGA); y escalas de gravedad en las que se incluía la valoración del paciente como Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Patient Oriented Eczema Measure (POEM) o Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). Estas variables se recogieron en la visita basal y hasta la semana 48.

**Resultados:** Se incluyeron 53 pacientes con DA de los cuales 50,91% (27) fueron varones con una edad media de 32,09 (16,35) años. 52,83% (28) estaban realizando tratamiento con dupilumab, 11,32% (6) con tralokinumab, 30,19% (16) con upadacitinib, 3,77% (2) con abrocitinib y 1,89% (1) con baricitinib. Independientemente del tratamiento administrado, se evidenció una mejoría del DLQI de 8,38 puntos (12,5 vs 4,13; p<0,05), de 14,33 en el ADCT (17,67 vs 3,33; p<0,001) y de 11,5 en el POEM (19,75 V 8,75; p=0,18) a las 16 semanas. Estas diferencias se mantuvieron hasta la semana 32.

**Conclusión:** Los fármacos biológicos e inhibidores de la vía JAK mejoran la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de manera rápida y mantenida en el tiempo, lo que se ve reflejado en una reducción de los niveles de DLQI y POEM, así como en un mayor control de la enfermedad.

PO-33

ADMINISTRACIÓN DE VACUNA DE VIRUS VIVOS ATENUADOS EN PACIENTES TRATADOS CON DUPILUMAB: SERIE DE DOS CASOS

Constanza Riquelme Mc Loughlin(1) y Helena Iznardo(2) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona - España y (2)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Introducción:** La administración de vacunas de virus vivos atenuados en pacientes tratados con dupilumab, plantea desafíos debido a la falta de datos sobre seguridad e eficacia.

**Objetivos:** Reportar la experiencia de la administración de la vacuna contra la fiebre amarilla en pacientes tratados con dupilumab. Investigar la potencial respuesta inmunológica a la vacuna en esta población.

**Métodos:** Serie de casos retrospectivo de dos pacientes en tratamiento con dupilumab vacunados contra la fiebre amarilla fuera de indicación. Búsqueda bibliográfica sobre evidencia de respuesta inmunológica después de la vacunación, ya que su estudio no se encuentra comercializado ni disponible en la sanidad pública.

**Resultados:** Varón de 27 años y varón de 32 años en seguimiento por dermatitis atópica grave en tratamiento con dupilumab durante 52 semanas y 3 años con un EASI 1.4, IGA 1, BSA 1.5%, DLQI 3 y un EASI 3, IGA1, BSA 2%, DLQI 1, respectivamente. Ambos pacientes acudieron por viaje programado en la selva amazónica. Previo a la vacunación se realizó estudio de estado inmunológico de ambos pacientes sin alteraciones. Se suspendió dupilumab un mes previo y se reinició a dosis de 300 mg un mes posterior a la vacunación. Ninguno de los dos presentó efectos adversos relacionados con la vacuna, ni infección por fiebre amarilla durante su estancia en el extranjero. En la publicación de Wechsler et al. se reporta la experiencia durante el estudio de extensión de dupilumab LIBERTY ASTHMA TRAVERSE (NCT02134028), donde por un brote de fiebre amarilla en Brasil se realizó la administración de la vacuna de la fiebre amarilla a individuos en riesgo. El modelo preclínico en ratones sugirió que dupilumab no afecta la eficacia de la vacuna. El intervalo medio entre la última dosis de dupilumab y la administración de la vacuna fue de 22.3 (+/- 11.9) días (rango de 7 a 51 días). La vacuna no generó alertas de seguridad y fue bien tolerada. Las concentraciones de dupilumab no tuvieron un impacto aparente en la respuesta inmunológica a la vacuna.

**Conclusiones:** La administración de la vacuna contra la fiebre amarilla en pacientes tratados con dupilumab puede ser una alternativa segura. La evidencia reportada en la literatura sugiere una respuesta inmunológica adecuada. Se requieren más estudios para confirmar estos hallazgos.

PO-34

FÁRMACOS BIOLÓGICOS E INHIBIDORES DE LA VÍA JAK EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA: IMPACTO EN LA FUNCIÓN BARRERA

Raquel Sanabria de la Torre(1), Trinidad Montero Vilchez(2), Clara Ureña Paniago(2) y Salvador Arias Santiago(2) de (1)Departamento de Bioquímica, Biología Molecular III e Inmunología. Universidad de Granada, Granada - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Antecedentes y Objetivos:** Los pacientes con dermatitis atópica (DA) presentan una disfunción de la barrera cutánea que, además, se ve agravada con la intensidad de los síntomas. Los fármacos biológicos y los inhibidores de JAK (iJAK) son beneficiosos para mejorar las puntuaciones de gravedad y la calidad de vida de los pacientes con DA, pero se sabe poco sobre su eficacia para mejorar la barrera cutánea. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de estos fármacos en la función de barrera cutánea en pacientes con DA.

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional prospectivo donde se incluyeron pacientes con DA moderada-grave de al menos 6 meses de evolución que iban a comenzar el tratamiento con un fármaco biológico o iJAK. La función barrera de la piel fue evaluada objetivamente en una zona eczematosa y en zona de piel sana del antebrazo volar. Las mediciones de estos parámetros se realizaron el día de inicio del fármaco y a las 4, 16 y 32 semanas después de comenzar el tratamiento. Los parámetros de función barrera evaluados fueron la pérdida transepidérmica de agua (TransEpidermal Water Loss (TEWL), la hidratación del estrato córneo (Stratum Corneum Hydration (SCH), el eritema y la temperatura

**Resultados:** 53 pacientes (50,9% mujeres) con una edad media de 32,09 (DE 16,35) fueron incluidos. Los pacientes fueron clasificados según su tratamiento en tratados con dupilumab(D), tralokinumab(T), baricitinib(B) y upadacitinib(U). En todos los grupos la TEWL disminuyó desde la medición basal hasta la última medición (D)20,5 vs 15,8 (T)24 vs 20,4 (B)30,1 vs 19,8 (U)22,2 vs 14,9 (g/m/h p<0,05). Lo mismo ocurrió con el eritema (D) 369 vs 348, (T) 334 vs 224, (B) 403 vs 269, (U) 375 vs 304 (unidades arbitrarias (UA)). Por otro lado, SCH se incrementó tras 32 semanas de tratamiento (D)26,3 vs 30,7 (T)17,8 vs 42,6 (B)6,67 vs 10 (U)24,1 vs 25,8 UA.

**Conclusión:** Todos los fármacos estudiados mejoraron la función de barrera cutánea en los pacientes con DA, reflejado en una disminución de la TEWL y el eritema y un incremento del SCH. Los iJAK mejoraron más rápidamente los parámetros de función barrera en comparación con los biológicos (mayor cambio en semana 4). Tras 32 semanas de seguimiento, todos los fármacos tuvieron un impacto positivo en la función de barrera y por tanto en la etiopatogenia de la DA.

PO-35

SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON DERMATITIS ATÓPICA

Verónica Sánchez García(1), Rubén Hernández Quiles(1), Marina Senent Valero(1), Irene Albert Cobo(1), Nalia Domínguez Lirón(1), Isabel Belinchón Romero(1) y José Manuel Ramos Rincón(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Doctor Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante - España.

**Introducción:** Las terapias biológicas son tratamientos efectivos para la dermatitis atópica (DA) y, frecuentemente, se prescriben a mujeres en edad fértil. En la actualidad existen dos fármacos biológicos aprobados para el tratamiento de la DA moderada-grave: dupilumab y tralokinumab. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre la seguridad a largo plazo de la exposición intrauterina a estos tratamientos. Hasta el momento no existe ningún metaanálisis publicado que estudie específicamente los resultados del embarazo de mujeres con DA expuestas a fármacos biológicos durante la gestación.

**Objetivo:** Evaluar las características y los resultados del embarazo de mujeres con DA expuestas a terapia biológica durante la concepción y/o embarazo, y cuantificar la prevalencia ponderada de abortos espontáneos, electivos y malformaciones congénitas en sus recién nacidos.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión sistemática y metaanálisis de prevalencia según las directrices establecidas por la declaración PRISMA. Se realizó la última búsqueda bibliográfica sistematizada en las bases de datos de PubMed, Embase, Scopus y Web of Science el 18 de septiembre de 2023. Se incluyeron estudios que reportaran los resultados del embarazo de mujeres expuestas a productos biológicos aprobados para el tratamiento de la DA durante la concepción y/o la gestación. Los resultados fueron sintetizados mediante un metaanálisis de prevalencia utilizando un modelo de efectos aleatorios.

**Resultados:** Se incluyeron 11 estudios observacionales que involucraron 81 embarazos expuestos a fármacos biológicos indicados para el tratamiento de la DA. El 100% de los embarazos estuvieron expuestos a dupilumab y ninguno a tralokinumab. En un 44,4% de los embarazos se mantuvo el biológico durante toda la gestación. Se estimó una prevalencia ponderada de abortos espontáneos y electivos de 19,6 y 8,9%, respectivamente. Ningún estudio reportó malformaciones congénitas en nacidos vivos expuestos a dupilumab durante la gestación (Tabla 1).

**Conclusiones:** La exposición a dupilumab durante la gestación en pacientes con DA no está relacionada con una mayor frecuencia de abortos ni malformaciones congénitas, siendo consistentes con las tasas observadas en la población general. Estos resultados sugieren que dupilumab puede ser seguro y suponer un riesgo aceptable para los fetos/neonatos.

**Tabla 1.** Resumen de los principales hallazgos de los metaanálisis de prevalencia de abortos espontáneos, electivos y malformaciones congénitas en embarazos expuestos a terapia biológica.

Medidas de prevalencia ponderada para los resultados del embarazo	Prevalencia ponderada (efectos aleatorios: IC 95%)	I2 (IC 95%)	Test de Egger (IC 95%)
Abortos espontáneos	19,6 (8,2 – 34,4)	10,1% (0 – 57,3)	0,28 (-1,4 – 1,9) P = 0,71
Abortos electivos	8,9% (2,4 – 19,1)	0% (0 – 52,7)	-0,16 (-0,7 – 0,4) P = 0,54
Malformaciones congénitas en nacidos vivos	0% (-)	-	-

Abreviaturas: IC, intervalo de confianza; I2, inconsistencia

**PO-36** DERMATITIS ATÓPICA EN GEMELOS IDÉNTICOS. COMPARANDO DUPILUMAB Y TRALOKINUMAB

Elena Sánchez Gómez-Aparici(1), Lidia Trasobares Marugán(1), Ana Belén Piteiro Bermejo(1), Laura M. Pericet Fernández(1) y Elena Lucía Pinto Pulido(1) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

La Dermatitis Atópica es una enfermedad crónica multifactorial sobre cuyo tratamiento ha habido numerosos avances en los últimos años. Se han comercializado diferentes fármacos con diversas dianas terapéuticas y en ocasiones, a pesar de las diferentes guías y protocolos de cada hospital, puede resultar difícil decidir cuál debe ser el fármaco a emplear en cada caso, más aún cuando las comparaciones entre ellos se realizan basándose en diferentes ensayos, metaanálisis o tras su uso en pacientes en vida real.

Presentamos el seguimiento de una pareja de hermanos gemelos idénticos, afectados por Dermatitis Atópica severa desde su infancia temprana, que residen en el mismo domicilio y viven en condiciones ambientales similares, a cada uno de los cuales se le prescribió un medicamento «biológico» diferente, y su evolución paralela y comparativa tras más de un año de la **Introducción:** de los fármacos.

La conclusión del seguimiento es que cada uno de ellos está satisfecho con el medicamento que le correspondió, que no se plantean cambiarlo por el de su hermano, aún a pesar de observar que uno requiere menos inyecciones que el otro, y que la evolución de ambos pacientes ha sido similar y sin efectos secundarios reseñables.

En conjunto su evolución ha sido buena y su calidad de vida ha mejorado sustancialmente con ambos medicamentos respecto a la que tenían antes de su introducción.

**PO-37** UPADACITINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: SERIE DE CASOS DE 36 PACIENTES

Guillermo Sau Molina(1), Rosa Castillo Muñoz(1), Eliseo A. Martínez García(1), José Andrés González Saavedra(1), Jorge Alonso Suárez Pérez(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

La dermatitis atópica es la enfermedad inflamatoria crónica cutánea más común. El arsenal terapéutico disponible ha experimentado un gran crecimiento gracias a la introducción primero de los fármacos biológicos y posteriormente de los llamados de molécula pequeña. En este último subgrupo han cobrado gran relevancia los fármacos dirigidos contra la vía JAK/STAT, entre los que se encuentra el Upadacitinib, un inhibidor selectivo de la JAK1 con amplio uso en patología reumatológica y que cada vez acumula más experiencia en dermatitis atópica severa.

Nuestra serie de casos se compone de 36 pacientes con dermatitis atópica severa que iniciaron tratamiento con Upadacitinib a dosis de 30mg diarios. 26 de los pacientes habían recibido terapia biológica previa, 11 de ellos con dupilumab, 9 con baricitinib y 9 con tralokinumab.

En cuanto a sus datos basales, el EASI medio fue de 23.22 (DE 8.52), IGA 3.7 (DE 0.62), BSA 15.8 (DE 11.67), NRS itch 8.5 (DE 2.09) y NRS sleep 7.36 (de 3.36).

Se evaluaron 27 pacientes a las 4 semanas, obteniendo EASI medio de 6.74 (DE 6.49), IGA 1.31 (DE 1.17), BSA 8.06 (10.43), NRS itch 3.84 (DE 2.87) y NRS sleep 2.63 (DE 3.14). 21 pacientes alcanzaron EASI75 y 9 alcanzaron EASI90. A las 16 semanas se evaluaron a 21 pacientes, obteniendo EASI medio de 6.8 (DE 6.87), IGA 1.37 (DE 1.02), BSA 6.62 (DE 7.21), NRS itch 3.26 (DE 2.74) y NRS sleep 2.51 (DE 3.04). 20 pacientes alcanzaron EASI75 y 10 EASI90 Se han podido obtener datos de 3 pacientes a las 52 semanas, con un EASI medio de 2.6 (DE 2.05), IGA 0.66 (DE 0.47), BSA 1 (DE 0.84), NRS itch 3.66 (DE 3.85), NRS sleep 3 (DE 4.24). Estos 3 pacientes alcanzaron EASI75 y uno de ellos EASI90. 6(16.6%) pacientes suspendieron el tratamiento, 5 (83.4%) por falta de eficacia y 1 (16.6%) por la aparición de un síndrome linfoproliferativo.

Los resultados obtenidos siguen la tendencia respecto a los datos obtenidos previamente en nuestro centro y a los observados en la literatura, con resultados prometedores. El fármaco demuestra una gran rapidez de acción, con altas tasas de eficacia a las 4 semanas. En nuestra serie de casos no hay que destacar eventos adversos graves, posicionándose como un fármaco seguro. En conclusión, Upadacitinib constituye un tratamiento de alta eficacia, seguridad y posología cómoda para el tratamiento de la dermatitis atópica severa.

PO-38

EFICACIA Y SEGURIDAD SOSTENIDA DE LEBRIKIZUMAB DURANTE DOS AÑOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE

Esther Serra-Baldrich(1), Richard B. Warren(2), Emma Guttman-Yassky(3), Stephan Weidinger(4), Eric L. Simpson(5), Melinda Gooderham(6), Alan Irvine(7), Lynda Spelman(8), Jonathan I. Silverberg(9), Hany Elmaraghy(10), Louise Deluca-Carter(10), María Lucía Buziqui Piruzeli(10), Chaoran Hu(10), Fan Emily Yang(10), Evangeline Pierce(10), Laia Bardolet(11) y Diamant Thaçi(12) de (1)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (2) Dermatology Centre, Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester NIHR Biomedical Research Centre, The University of Manchester, Manchester - Reino Unido, (3)Department of Dermatology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai (New York) - Estados Unidos, (4)Department of Dermatology and Allergy, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania, (5)Oregon Health & Science University, Portland (Oregon) - Estados Unidos, (6)Skin Centre for Dermatology, Probitry Medical Research and Queen's University, Peterborough (Ontario) - Canadá, (7)Department of Clinical Medicine, Trinity College Dublin, Dublin - Irlanda, (8)Veracity Clinical Research, Brisbane, Australia and Probitry Medical Research, Woolloongabba (Queensland) - Australia, (9)Department of Dermatology, George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington - Estados Unidos, (10)Eli Lilly and Company, Indianapolis (Indiana) - Estados Unidos, (11)Almirall S.A., Barcelona - España y (12)Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine, University of Lübeck, Lübeck (Schleswig-Holstein) - Alemania

**Antecedentes y objetivos:** Lebrikizumab (LEB) es un anticuerpo monoclonal que se une con alta afinidad a la IL-13. Se muestran los resultados de eficacia y seguridad de LEB en el estudio de extensión a largo plazo ADjoin (NCT04392154).

**Métodos:** En el estudio ADvocate1&2 (ADv1&2), los adultos y adolescentes (12-<18 años, ≥40 kg) fueron aleatorizados 2:1 a LEB 250mg cada 2 semanas (C2S) en monoterapia o placebo (PBO). Después de la semana (S)16, los pacientes (pts) con LEB C2S y Eczema Area and Severity Index (EASI)75 o una puntuación en Investigator Global Assessment (IGA) 0/1 con una mejora ≥2 puntos desde basal sin medicación de rescate (respondedores LEB S16) fueron aleatorizados 2:2:1 a LEB 250mg C2S, LEB 250mg cada 4S (C4S) o PBO (retirada de LEB). Los que completaron ADv1&2 S52 podían entrar en el estudio ADjoin. Los pts que recibieron PBO durante S16-52 ADv1&2 y recibieron LEB C2S en ADjoin no se muestran aquí. La eficacia se evaluó mediante IGA, EASI, prurito Numeric Rating Scale (NRS) y la escala de pérdida de sueño (EPS) hasta la S52 de ADjoin (S104 de tratamiento continuo con LEB). La seguridad se notificó desde la entrada en el estudio ADjoin hasta la fecha de cierre (14/abril/2023).

**Resultados:** Un total de 76,4% pts con LEB C4S y 86,4% con LEB C2S mantuvieron IGA 0/1 y 96,3% y 95,6%, respectivamente, mantuvieron EASI75 a S104. Entre los pts que alcanzaron EASI75 a S16, el 82,5% y el 82,4% mostraron EASI90 a S104 (LEB C4S y C2S, respectivamente). El 55,4% de los pts alcanzaron prurito NRS 0/1 con LEB C4S y el 57,4% con LEB C2S. El 94,0% de los pts logró una mejora de 1 punto en EPS con LEB C4S y el 93,0% con LEB C2S. El cambio EPS (S104 vs basal) fue de -1,52 con LEB C4S y -1,78 con LEB C2S. Un total de 17,2% de los pts con LEB C4S y 11,0% con LEB C2S utilizaron terapia de rescate. 114 de 181 pts con LEB notificaron acontecimientos adversos (AA), mayoritariamente leves (n=57) o moderados (n=49). Cinco pts notificaron AA graves. No hubo muertes y 4 pts notificaron AA que llevaron a la discontinuación del tratamiento.

**Conclusiones:** Los resultados de eficacia se mantuvieron durante las 104S de tratamiento continuo con LEB (en ambos brazos, LEB 250mg C4S y C2S). La mayoría de los pts mantuvieron aclaramiento total/casi total de la piel (mediante IGA y EASI) y el control del picor y del sueño. El perfil de seguridad es consistente con estudios previos de LEB

ZONA  
PÓSTER

DERMATITIS DE CONTACTO

PO-39

PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON QUEILITIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO DE 70 PACIENTES

Victoria Amat Samaranch(1), Constanza Riquelme Mc Loughlin(1), José Manuel Mascaró Galy(1) y Sara Gómez Armayones(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes:** Las queilitis pueden estar producidas por factores exógenos, como irritantes o alérgenos; endógenos como la dermatitis atópica (DA), trastornos liquenoides o granulomatosos; infecciones; y daño actínico.

**Objetivos:** Determinar las principales causas de queilitis, determinar la prevalencia de la dermatitis de contacto alérgica (DCA), e identificar los alérgenos más frecuentemente involucrados.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con queilitis a los que se les realizaron pruebas epicutáneas en el Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2010 y diciembre de 2023.

**Resultados:** De los 3202 pacientes parcheados, 70 (2,2%) presentaban dermatitis en los labios. El 85% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 46 años. El diagnóstico final fue de DCA en 28 pacientes (40%), queilitis atópica en 12 (17%), queilitis de contacto irritativa en 15 (21%) y otros diagnósticos en 15 (21%). Entre los diagnósticos alternativos se incluyen: dermatitis perioral, queilitis actínica, queilitis granulomatosa y liquen plano. Veinte pacientes (28%) presentaban antecedentes de DA, y a 8 de ellos se les diagnosticó una DCA sobreañadida producida por cosméticos propios. La causa más frecuente de la DCA fueron los productos cosméticos del paciente (64,3%), seguido de prótesis dentales (14%) y medicamentos tópicos (10,7%). Los alérgenos más frecuentemente involucrados en la queilitis fueron fragancias, sulfato de níquel, propil galato y aciclovir.

**Conclusiones:** Debe sospecharse una DCA ante un paciente con una dermatitis en los labios. En nuestro caso, la DCA fue la causa más frecuente de queilitis, seguida de la DA. Se ha observado un aumento de la prevalencia de queilitis de causa alérgica en algunos estudios, puede que por el creciente uso de cosméticos. Hemos identificado los productos cosméticos, como principal causa de DCA, de forma concordante con publicaciones previas. Es imprescindible parchear los productos propios, ya que permite identificar un alto porcentaje de alérgenos en los pacientes con queilitis de causa alérgica. Ejemplos de productos relevantes incluyen pintalabios, bálsamos labiales y pastas de dientes.

En ocasiones es difícil de establecer la causa de la queilitis, cuya sintomatología y expresión clínica puede ser variable. En ocasiones, las pruebas epicutáneas se realizan como prueba diagnóstica de exclusión en el proceso diagnóstico.

**PO-40**

**PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE REACCIÓN CUTÁNEA MEDICAMENTOSA: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS**

Vanesa Fatsini Blanch(1), Sonia Heras González(1), Javier Gimeno Castillo(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Sofía Goula Fernández(1), Irene García Río(1) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

Las reacciones adversas medicamentosas (RAM) frecuentemente afectan a nuestra piel dando lugar a RAM cutáneas que difieren fenotípica y etiológicamente. Pese a que las pruebas de provocación al fármaco se posicionan como las más fiables para un diagnóstico definitivo, conllevan un riesgo médico y legal innegable.

Desde 2001 disponemos de guías a nivel europeo para la realización de pruebas cutáneas, entre las que se encuentran las pruebas epicutáneas (PE). Estas constituyen un método seguro y ampliamente aceptado para investigar RAM por mecanismos inmunológicos. La sensibilidad es muy variable dependiendo del fármaco implicado y el tipo de RAM cutánea.

Presentamos un estudio observacional retrospectivo exponiendo nuestra experiencia en la realización de PE en 22 pacientes con sospecha de RAM cutáneas inducidas por administración sistémica de los fármacos durante un periodo de 5 años (2017-2021). Únicamente 3 de los pacientes disponían de una biopsia sugestiva de toxicodermia aunque todos contaban con una anamnesis compatible. En el estudio epicutáneo se empleó la serie estándar del GEIDAC y el/los medicamento/s propio/s diluidos al 30% en agua o vaselina así como el/los fármaco/s sospechoso/s si se encontraba en la serie de "reacciones adversas medicamentosas".

Se realizó lectura a las 48 y 96 horas, registrándose exclusivamente 1 positividad débil considerada como relevante a la hidroclorotiazida en un paciente que tomaba este antihipertensivo asociado a valsartán. En este caso el parche con su medicamento propio fue negativo.

Nuestra serie contrasta con los resultados previamente publicados pues tan sólo observamos 1 positividad relevante (0.04%) en comparación con porcentajes mucho mayores en otras investigaciones (43%). Por tanto, en nuestra experiencia, parchear los fármacos en condiciones de "máxima sencillez" no resultó útil en el diagnóstico etiológico de estas toxicodermias.

**PO-41**

**EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO MÚLTIPLE POR METAMIZOL**

José Jaime Goday Buján(1), Jesús Rodríguez Lozano(1), Eduardo Fonseca Capdevila(1) y Ana Dapena Cuiña(2) de (1)Dermatología y (2)Medicina de Familia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España.

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es un tipo de reacción cutánea, habitualmente de origen medicamentoso, en forma de lesiones únicas o múltiples que se reproducen tras la exposición al mismo medicamento de forma sistémica. Presentamos el caso de un varón de 25 años que acudió a nuestro servicio tras presentar brotes repetidos de lesiones eritemato edematosas en cara interna de brazo derecho, labio superior, zona posterior de muslo derecho y cuello tras la ingesta repetida de metamizol oral. La biopsia fue compatible con EFM y el diagnóstico se confirmó tras realizar prueba epicutánea con metamizol en zona de lesión residual con resultado positivo.

Presentamos este caso por la peculiaridad clínica del mismo y para resaltar que las pruebas epicutáneas son de utilidad para el diagnóstico de algunos EFM por medicamentos evitando la realización de pruebas de provocación oral y los riesgos que conllevan.

**PO-42**

**DERMATITIS DE CONTACTO AEROTRANSPORTADA POR ETILENDIAMINA. LA HISTORIA CLÍNICA CLAVE**

Ana González de Arriba(1), María Luz Ramos Nieto(1), María Pilar Escalonilla García-Patos(1), Susana Pérez Santos(1), Miriam Corral de la Calle(1), Beatriz Romero(2) y Raquel Tur(2) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España.

La etilendiamina (EDA) es un conocido y potente sensibilizante con amplios usos medicamentosos e industriales. La tendencia en la sensibilización ha decrecido llamativamente en los últimos 30 años. Desde el año 2022 no se encuentra en la batería standard española del Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia de Contacto (GEIDAC), pasando únicamente a la batería ampliada para seguimiento epide-

miológico. Se encuentra disponible en el número 11 del TRUE TEST. Los más habituales son casos no ocupacionales y por contacto directo, por encontrarse en productos medicamentosos, cosméticos, detergentes y productos de limpieza o desinfección, entre otros.

Mujer de 63 años, auxiliar de enfermería, sin antecedentes de atopia, que consultó en el mes de octubre por un único brote de lesiones levemente pruriginosas, de 5 días de evolución, consistentes en pápulas eritematosas, confluentes, localizadas en la periferia de la frente, sienes, laterales de mejillas, cuello y escote, con mínima afectación de párpados y que respetaba la región submentoniana. La biopsia mostró discreto infiltrado inflamatorio linfocitario superficial con exocitosis y espongirosis leves. La analítica evidenció ANA 1/160 (patrón moteado fino) con AntiRo/SSA negativo e IgE <25 U/ml. Las pruebas epicutáneas realizadas con la batería TRUE TEST ampliada con alérgenos del GEIDAC, solo mostró positividad para dihidrocloruro de etilendiamina (EDA++). Tras la resolución del brote con corticoides tópicos no volvió a repetirse, sin modificar sus actividades domésticas ni profesionales.

Reinterrogada la paciente se descartó relación con la exposición solar o con las fuentes habituales de uso doméstico/profesional para este alérgeno. Dos semanas antes de la consulta estuvo residiendo en Tarragona, coincidiendo con un escape de gas nafta de una empresa de asfaltos que motivó malos olores en la ciudad. Previo a la erupción presentó cefalea e irritación de vías respiratorias. Todas las manifestaciones se resolvieron poco a poco al regresar a nuestra ciudad.

Se han descrito casos aerotransportados por EDA ocupacionales en ambientes interiores o exteriores. En 1993 se describió un brote epidémico de sensibilización a EDA en empleados de una empresa de trefilado de alambre. Desde entonces no se han descrito epidemias ocupacionales por este alérgeno.

Le EDA también es un aditivo de combustibles. El escape de nafta ocurrido en Tarragona pudo haber ocasionado un brote epidémico de sensibilización en la población general, por tanto no ocupacional, por EDA que no ha llegado a trascender a la opinión pública, puesto que para la correcto diagnóstico se precisaría la colaboración estrecha entre las empresas, químicos, médicos del trabajo y dermatólogos. Su estudio se debe realizar en centros que dispongan medios adecuados.

#### PO-43 ECZEMA DE CONTACTO ALÉRGICO EN TRABAJADORA DE FLORISTERÍA POR PARTENOLIDA

Jesús Molinero Caturla(1), Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Clara Muntaner Virgili(1), Júlia Boronat Cucarull(1), Marta Gangonells Dols(1), Joaquim Marcoval Caus(1), Yolanda Fortuño Ruiz(2) y Jaime Notario Rosa(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona) - España.

Las dermatosis de origen laboral provocadas por flores y plantas afectan a numerosas profesiones, entre ellas la floristería. El eczema de contacto alérgico suele estar provocado con mayor frecuencia por los terpenos (lactonas sesquiterpénicas) presentes en varios tipos de plantas ornamentales y alimenticias, sobre todo de la familia de las Compositae.

Se presenta y discute el caso de una mujer de 62 años, trabajadora de floristería, con brotes continuos de eczema localizado en dorso de manos y antebrazos que coincidía con los lugares de contacto con las flores y sus bulbos cuando agarraba los ramos. También se observaban lesiones de eczema parcheado en base del cuello y zonas infraclaviculares posiblemente por mecanismo manotransportado del alérgeno.

Las pruebas epicutáneas con batería estándar y batería de plantas y bálsamos demostró positividad a Compositae Mix y Partenolida, lo que confirmó el diagnóstico de sospecha clínico. Aconsejamos a la paciente adecuada protección laboral con guantes de plástico o nitrilo que cubrieran manos y antebrazos, además de evitar la ingesta oral de productos naturales (de herbolario, complejos vitamínicos naturales...) que pudieran contener terpenos para evitar una dermatitis de contacto sistémica, así como comprobar la composición química de todo cosmético ecológico que fuera a emplear.

#### PO-44 HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA A CLORHEXIDINA: UN DESAFÍO EMERGENTE EN ALERGIA CUTÁNEA

Rodrigo Peñuelas Leal(1), Carolina Labrandero Hoyos(1), Andrés Grau Echeverría(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Malena Finello(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Ángel González García(1) y Violeta Zaragoza Ninet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

**Introducción:** La clorhexidina es un antiséptico ampliamente empleado tanto en el ámbito sanitario como a nivel domiciliario. Además, se encuentra como conservante en numerosos productos cosméticos, pudiendo pasar su presencia frecuentemente inadvertida. A pesar de ser un compuesto seguro, el uso cada vez más habitual de la clorhexidina ha conllevado un aumento sustancial en el número de reacciones alérgicas. La clorhexidina es un alérgeno capaz de desarrollar hipersensibilidad (HS) tanto inmediata, como retardada. De hecho, la presencia en un paciente de uno de los tipos de HS, parece hacer más probable que coexista con el otro tipo. En general, las reacciones adversas alérgicas son generalmente cutáneas y leves.

Sin embargo, la HS inmediata a clorhexidina puede ser origen de cuadros graves de anafilaxia, que generalmente se asocian a la realización de procedimientos endovasculares y transuretrales, aunque también han sido descritos tras el contacto cutáneo. La mayoría de pacientes con episodios graves previamente habían desarrollado cuadros locales que habían pasado inadvertidos o se habían menospreciado.

Presentamos los datos de una consulta monográfica de alergia cutánea en un centro terciario, desde 2018 a la actualidad, con el estudio de 18 pacientes con dermatitis alérgica de contacto a clorhexidina.

##### Resultados:

- Desde 2018, 18 pacientes han sido diagnosticados de DAC por clorhexidina. 10 fueron varones y 8 mujeres, con una edad media global de 15,39 años.
- Todos los diagnósticos se confirmaron mediante pruebas epicutáneas. En 10 pacientes se indicó la realización de ROAT, siendo positiva en 8 de ellos.

- En todos los casos la vía de sensibilización fue el empleo de clorhexidina como antiséptico.
- Aunque solo 1 paciente manifestó clínica de HS inmediata a clorhexidina, se realizó prick test a 16 de los pacientes, resultando positivo en 3 de ellos.

### Conclusiones:

- El aumento en la incidencia de DAC por clorhexidina resalta la importancia de considerar este compuesto como un alérgeno emergente.
- La coexistencia de HS inmediata y retardada a la clorhexidina plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos.
- La detección temprana de estas reacciones puede ser crucial para prevenir eventos adversos graves, destacando la importancia de realizar un despistaje de hipersensibilidad inmediata en todos los pacientes con DAC por clorhexidina.

## PO-45 DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A METABISULFITO: UN ALÉRGENO A INVESTIGAR

Alberto Sáez Vicente(1), Tatiana Sanz Sánchez(1), Luis Feito Sancho(1), Lucía González Ruiz(1), Marta Folcrá González(1) y Olivia López-Barrantes González(1) de (1) Sección de Dermatología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** Los sulfitos son compuestos químicos ampliamente extendidos por sus propiedades antioxidantes y conservantes, encontrándose en diversos alimentos, bebidas, medicamentos o cosméticos.

**Caso clínico:** Varón de 23 años remitido a consultas de dermatología por presentar desde hacía 8 meses brotes de lesiones pruriginosas localizadas en palmas, dorso de manos, muñecas y antebrazos. En la exploración física se apreciaban placas eritematosas de bordes mal delimitados en las localizaciones mencionadas. El paciente no presentaba antecedentes de dermatitis y comentaba empeoramiento de las lesiones en su trabajo como carnicero, notando atenuación de las mismas durante las vacaciones.

Ante la sospecha de eczema de contacto alérgico, se realizaron pruebas epicutáneas colocando la batería estándar española recomendada por el Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutáneas, así como la batería estándar ampliada Española.

La lectura de las pruebas epicutáneas a las 48 y 96 horas fue negativa para todos los alérgenos estudiados excepto para el metabisulfito sódico a las 48 (+) y 96 horas (++).

Se solicitó al paciente que aportará los productos manipulados en su trabajo. El metabisulfito fue encontrado como conservante en las hamburguesas que manipulaba, estableciéndose una relevancia actual al mismo. Se indicó evitación del alérgeno sensibilizado sin que el paciente presentase nuevos brotes.

**Discusión:** Entre las sales de sulfito más empleadas se encuentra el metabisulfito de sodio. Si bien este alérgeno ha mostrado a lo largo de los años una alta frecuencia de sensibilización en los diferentes registros, su relevancia ha sido difícil de establecer al ser un conservante de uso habitual en nuestro medio y poder desencadenar reacciones irritativas. Parece que la relevancia a este alérgeno puede incrementarse si se lleva a cabo una historia clínica exhaustiva. Se han descrito distintos cuadros clínicos secundarios a la exposición al mismo, incluyendo dermatitis de contacto, asma y reacciones anafilácticas.

La sensibilización a metabisulfito puede ser un marcador de sensibilización a otros sulfitos.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de sensibilización a metabisulfito sódico con relevancia actual, ocupacional en un carnicero. Una anamnesis minuciosa que incluya el ámbito laboral es necesaria para llegar a establecer la relevancia clínica.

## PO-46 DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A LA VITAMINA C: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Marina Senent Valero(1), Noelia Jara Rico(1), Rubén Hernández Quiles(1), Verónica Sánchez García(1), Irene Albert Cobo(1) y Juan Francisco Silvestre Salvador(1) de (1)Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.



Parche cutáneo 3-0 etil ácido ascórbico: positivo a las 48h en solución acuosa al 5% y 10% y en vaselina al 10%

**Caso Clínico:** Presentamos a una mujer de 52 años que acude a la consulta de Alergia cutánea, por eritema y eccema facial de varios meses de evolución sin otros síntomas sistémicos.

Preguntamos por productos propios y cosméticos y la paciente nos confirmó que había empezado a utilizar una crema con vitamina C. Decidimos realizar pruebas epicutáneas con la batería ampliada del GEIDAC y un ROAT Test siendo este último positivo con relevancia presente. Solicitamos la composición del producto al fabricante y colocamos parches cutáneos del 3-0 etil ácido ascórbico a distintas concentraciones.

Obtuvimos un resultado positivo en solución acuosa al 5% y 10% y en vaselina al 10% a las 48 horas.

**Antecedentes:** La vitamina C (vit C) es un potente antioxidante con diversas aplicaciones en el campo cosmético y farmacéutico. Se han desarrollado varios derivados químicamente modificados para aumentar la estabilidad, la absorción percutánea y la actividad en formulaciones tópicas como el fosfato ascórbico de magnesio, ácido 3-O-etil ascórbico y ascorbato de tetrahexildecilo, entre otros. En ocasiones, su aplicación puede dar lugar a lesiones eccema-

tosas sobre todo como causa de una dermatitis de contacto irritativa o menos frecuentemente, en forma de dermatitis de contacto alérgica (DCA).

**Discusión:** Realizamos una revisión de la literatura publicada y encontramos 19 casos descritos de DCA a la vit C (14 casos confirmados al ácido 3-o-etil-L-ascórbico, 2 al tetraisopalmitato de ascorbilo, 1 ascorbato de tetrahexildecilo, 1 3-gliceril ascorbato y 1 al ácido ascórbico). En todos ellos, la interrupción del uso de los cosméticos implicados dio lugar a la curación completa.

No solo la vit C, sino otras vitaminas (A, E, B3, B5, B6) y sus derivados se utilizan también por sus propiedades antioxidantes y antienviejimiento en cosmetología. Debido a su uso generalizado la DCA a las vitaminas está aumentando rápidamente. Las vitaminas hidrosolubles tienen más probabilidades de inducir reacciones de tipo inmediato (urticaria o anafilaxia), mientras que las vitaminas liposolubles son más propensas a causar DCA por su mayor lipofilia, sobre todo, cuando se utilizan en cosméticos o cremas hidratantes.

**Conclusiones:** Las DCA a la vit C y sus derivados son infrecuentes, pero se deben sospechar en pacientes con eccema facial o palpebral asociado al uso de cosméticos que la contengan.

**Tabla 1.** Resumen de los casos descritos de dermatitis de contacto alérgica asociados a derivados de la vitamina C en la literatura

Estudio	Sexo, Edad	Síntoma, localización	Derivado de la vit. C	Prueba	Lectura
Belhadjali H, 2001	M, 47	Eccema facial	Ácido ascórbico	PP Sol. ac. 5%	D2++, D3++ D2?+, D3++
Inge S, 2011	M, 54	Eccema facial	Tetraisopalmitato de ascorbilo Palmitato de ascorbilo, Isopropil-palmitato y ác ascórbico	PP ROAT test Pet. 20% Sol. Alc. 5%	D2+,D4+, D7+ D3+ D2++ -
Assier H, 2014	H, 83	Eccema en MMII, tronco	tetraisopalmitato de ascorbilo	Pet. 0,05%	D4++
Yagami A, 2014	M, 49	Eritema facial	ácido 3-o-etil-L-ascórbico tetraisopalmitato de ascorbilo y fosfato ascórbico de mg	PP ROAT Test Pet. 5%, 1%, 0,5%, 0,1%, 0,05%, 0,01% Pet. 1%	D3+, D7+ + D3+, D7+ (0,01%: -) -
Numata T, 2015	M, 76	Eritema facial y palpebral	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	PP ROAT test	D7+ +
	M, 51 76	Eritema y descamación facial y palpebral	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	Sol. ac. 1% PP Sol. ac. 1%	D3+, D7+ D2+, D3+, D7+ D3+, D7+
Victoria-Martínez AM, 2017	M, 37	Eccema facial Edema palpebral	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	PP Sol. ac. 10%	D2+ ,D3 ++ D2+, D3+
Mamodaly, 2019	M, 50	Eritema facial, perioral Eritema cervical	ácido 3-o-etil-L-ascórbico Ác. Ascórbico PP	Sol. 5% (50 ac./50 et.) ROAT test PP Ác. Ascórbico	D4?+ D4?+ D2++ -

Estudio	Sexo, Edad	Síntoma, localización	Derivado de la vit. C	Prueba	Lectura
Hamanaka M, 2020	M, 72	Eritema facial, piernas, brazos	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	PP1 PP2 Sol. ac. 10%	D3?+, D9?+ D3+, D9?+ D3+, D9+
Romita P, 2020	M, 42	Eritema facial y cervical	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	PP Pet 5%	D2++, D4++, D7++ +++
Kawakami Y, 2021	M, 44	Eritema facial Edema palpebral	3-gliceril ascorbato glicerol y fosfato trisódico de ascorbil palmitato	PP Sol. ac. 10% ?	D2++; D3++; D7++ D2++; D3++; D7+ -
Scheman A, 2022	M, 62	Edema periocular	ascorbato de tetrahexildecilo	PP1 PP2 ?	- D4++, D5++ D2++
Suzuki K, 2022	M, 52 M, 38 M, 70 M, 39 M, 80 M, 55 M, 20	Eritema facial	ácido 3-o-etil-L-ascórbico	Sol. Ac. 10% PP (6 casos)	D2?+, D3+, D7+ D2, ++, D3++, D7+++ D2?+, D3++, D7+ D2?+, D3+, D7+ D2?+, D3+, D7+ D2, ++, D3++, D7++ D2?+, D3+, D7?+ (ROAT test +)

Leyenda tabla: M= Mujer; H= Hombre; PP= Producto propio; sol. Ac. = solución acuosa; Sol. Alc.= solución alcohólica; pet= vaselina; et= etanol; D= día; mg= magnesio

**PO-47**

**DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A “COMPUESTOS NATURALES”: PRIMER CASO EN LA LITERATURA DE COSENSIBILIZACIÓN A BAKUCHIOL E HIDROXIACETOFENONA**

Eduardo Subiela Pérez(1), Elena Carmona Rocha(1), Verónica Fernández Tapia(2), Alicia Domínguez Navarro(3) y Esther Serra Baldrich(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología. Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España y (3)Servicio de Farmacología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Introducción:** En los últimos años se ha producido un creciente interés en el uso de productos naturales en la industria cosmética. Se describe el primer caso de cosensibilización a Bakuchiol e hidroxiacetofenona.

**Caso clínico:** Mujer de 71 años, ama de casa, con antecedentes de conjuntivitis y rinitis alérgica. Consultó por un cuadro resuelto de eritema y edema facial pruriginoso de aproximadamente un mes de evolución. La paciente lo relacionaba con la aplicación previa de una crema cosmética.

Se decidió realizar pruebas epicutáneas. Se testaron los productos propios del paciente (crema cosmética y el corticoide), además de la batería estándar ampliada GEIDAC. A las 48h se observó una reacción a la crema cosmética, que se mantuvo a las 96h. El níquel fue también positivo. El fabricante facilitó los 28 componentes del producto sin diluir, pero especificó las concentraciones de cada uno de ellos en el producto. Con la ayuda del servicio de farmacia del hospital, que realizó las diluciones, se testaron todos componentes. De nuevo, a las 48h se volvió a observar una reacción positiva, persistente a las 72h para dos componentes: el Bakuchiol 0,1% vas. +++, y la hidroxiacetofenona 1% vas. ++.

**Discusión:** Existe una tendencia actual en la cosmética hacia el uso de productos de origen natural, debido a una supuesta menor toxicidad y mejor tolerancia de estos. El Bakuchiol es un tipo de meropteno fenol procedente de las semillas de la especie *Psoralea corylifolia*. En los últimos años, se ha popularizado el uso de esta molécula por sus propiedades similares al retinol, con una menor presencia de efectos adversos como irritación de la piel y descamación. Esto hace que sus indicaciones más frecuentes sean el acné, las hipopigmentaciones y las arrugas. A pesar de su gran interés comercial por su buena tolerancia cutánea, se han observado dos casos de dermatitis de contacto alérgica a Bakuchiol.

Por otro lado, la hidroxiacetofenona, un compuesto extraído de plantas como *Ficus erecta* se usa como antioxidante en cosméticos. El nuestro, ilustra el primer caso reportado de cosensibilización frente a Bakuchiol e hidroxiacetofenona.

**Conclusiones:** El mejor perfil de seguridad de los productos, principalmente cosméticos, por el mero hecho de ser naturales es una asunción peligrosa. Nuestro caso es la primera cosensibilización descrita a Bakuchiol e hidroxiacetofenona.

**PO-48 DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA LIQUENOIDE LINGUAL CAUSADOS POR EXTRACTO DE BENJUÍ Y ACRILATOS**

Juan Pablo Velasco Amador(1), Álvaro Prados Carmona(1), María Dolores Pegalajar García(1), Ana Gil Villalba(1), Francisco José Navarro Triviño(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España.

**Introducción:** Las erupciones liquenoides orales son una forma relativamente frecuente de dermatitis alérgica de contacto de la mucosa oral. Presentamos dos nuevos casos de dermatitis alérgica de contacto oral causados por extracto de Benjuí y acrilatos cuyo aspecto clínico se asemejaba al de lengua geográfica.

**Caso 1:** Mujer de 51 años que consultó por la aparición de múltiples lesiones en la lengua. La exploración física reveló placas eritematosas rodeadas de áreas blanquecinas bien delimitadas localizadas predominantemente en las caras lateral y dorsal de la lengua tras el uso repetido de un colutorio para el tratamiento de aftas orales. Aunque su aspecto se asemejaba al de una lengua geográfica, se decidió realizar una prueba del parche debido al desarrollo de las lesiones tras el uso de un colutorio concreto. Las pruebas de parche que incluían la serie europea extendida, la serie dental, la serie de acrilatos y los autoalérgenos mostraron sensibilización a las 96 horas al extracto de Benjuí como ingrediente del colutorio.

**Caso 2:** Mujer de 56 años que consultó por la aparición de una lesión en la lengua que se desarrolló tras la prescripción de un dentífrico después de un empaste de amalgama dental. La exploración física reveló una placa eritematosa con bordes sobreelevados y aspecto blanquecino. La lesión podía considerarse aparentemente como una lengua geográfica, sin embargo, se priorizó la sospecha de dermatitis de contacto. Las pruebas de parche con la serie europea ampliada, la serie dental y la serie de acrilatos mostraron sensibilización a las 96 horas a varios acrilatos (HEMA y HEA) (relevancia actual), y en el dentífrico a eugenol y cinámico (relevancia actual a Bálsamo del Perú y Fragancias mezcla I).

**Conclusión:** La forma de presentación puede suponer un reto diagnóstico, ya que pueden simular una lengua geográfica o un liquen plano oral. Su conocimiento es importante para un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico.

ZONA PÓSTER

DERMATOLOGÍA ESTÉTICA

**PO-49 EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN INNOVADOR GEL SORBETE CON ÁCIDO HIALURÓNICO, BETAÍNA, ALGAE COMPLEX Y CIRCALYS PARA UN CONTORNO DE OJOS INTENSAMENTE HIDRATADO Y SIN SIGNOS DE FATIGA**

Marta Furmanczyk(1), Javier Bustos Santafé(1), Ludmila Prudkin-Silva(1) y Eric Jourdan(1) de (1)Innovation and Development Department. ISDIN SA, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La piel hidratada y con una función barrera saludable tiene más capacidad de resistir el impacto de los factores externos y al paso del tiempo. El objetivo de los estudios ha sido evaluar la seguridad y eficacia de un gel sorbete (GH) con ácido hialurónico, betaína, algae complex y circalys para conseguir un contorno de ojos profundamente hidratado y sin signos de fatiga.

**Métodos:** Estudio 1 (E1): En 24 sujetos se ha evaluado la hidratación y función barrera tras 1 aplicación. Estudio 2 (E2): 30 mujeres (24-45 años), todo tipo de pieles, signos de fatiga, bolsas y falta de sueño, utilizaron GH 2 veces al día durante 28 días. Evaluaciones: luminosidad y fatiga (D0, D7 y D28), bolsas (T0, T15min, D7 y D28), temperatura de la piel (T0, T1min y T3min), cuestionario subjetivo (tras el primer uso, D7 y D28). Control oftalmológico y dermatológico a D28.

**Resultados:** Estudio 1: GH ha mostrado una mejora significativa de la hidratación de un 177% (1h), 180% (2h), 94% (6h), 81% (8h) y 69% (12h) y de la función barrera cutánea durante 24h tras una aplicación (p<0.05). Estudio 2: Luminosidad y fatiga han mejorado tras 7 días de uso, llegando a un 23% y 36% respectivamente el D28 (p<0.05). Las bolsas fueron significativamente reducidas a los 15min tras aplicación del producto refrigerado. La temperatura de la superficie de piel fue reducida 1min tras aplicación del GH en un 1.6°C (GH a temperatura ambiente) y 1.7°C (GH refrigerado) (p<0.05). La gran mayoría de los sujetos han notado la piel más suave, hidratada y luminosa desde el primer uso del GH. Desde el día 7, 100% de los sujetos sentían su piel hidratada, 93% más luminosa, 87% contorno de ojos más des congestionado y con aspecto menos cansado. 77% de los sujetos tuvo la mirada revitalizada y 73% las líneas de expresión menos visibles. GH ha tenido una muy buena compatibilidad ocular y cutánea, incluso sensibles y usuarias de lentes de contacto.

**Conclusión:** GH ha mostrado tener efecto hidratante importante y duradero a la vez de proteger la piel durante 24h tras el primer uso. Además, en pocos minutos, ha sido eficaz refrescando y des congestionando el contorno de ojos para favorecer su aspecto más descansado y luminoso. Excelente tolerabilidad e innovadora textura añaden beneficios a este potente remedio contra la piel fatigada y ayuda a la prevención de los signos de envejecimiento.

PO-50

LA FÓRMULA CON PROTEOGLICANOS Y ALTAS CONCENTRACIONES DE VITAMINAS QUE REDUCE VISIBLEMENTE LOS SIGNOS DEL ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO

Elisa Suñer Ollé(1), Tamara Martínez Valverde(2) y Marta Masià Gridilla(2) de (1)Corporate Scientific Advisor. Martiderm, S.L, Cervelló (Barcelona) - España y (2) Medical Department. Martiderm, S.L, Cervelló (Barcelona) - España.

El envejecimiento cutáneo se caracteriza por la alteración de los componentes estructurales del tejido conectivo, caracterizado por la desorganización de la estructura de la piel, la disminución de proteínas de matriz tales como elastina y colágeno y el enlentecimiento del metabolismo celular. Visiblemente, se traduce principalmente en: deshidratación, aparición de arrugas, flacidez y pérdida de vitalidad.

El objetivo del estudio fue diseñar, formular y determinar la eficacia y la tolerancia de una emulsión fluida con un 5% de proteoglicanos y un complejo vitamínico al 25 % (vitamina C, B, A, E, F y tipo D) en formato ampolla para mejorar signos del envejecimiento cutáneo.

Ex vivo, en un modelo de piel envejecida con hidrocortisona se estudió la capacidad para restaurar los niveles de colágeno y elastina e incrementar el metabolismo celular. In vivo, se diseñó un estudio bajo control dermatológico en el que se incluyeron 30 mujeres entre 50 y 65 años con piel normal o seca que aplicaron el producto durante 28 días mañana y noche. Se cuantificó objetivamente el grado de hidratación, la mejora de firmeza, la reducción de arrugas y la mejora de la textura de la piel. Así mismo, las voluntarias valoraron la eficacia y las cualidades cosméticas del producto con una escala tipo Likert.

Ex vivo se obtuvo un aumento estadísticamente significativo de los niveles de colágeno y elastina, con unos valores de restauración del 96 y 94%, respectivamente. Así mismo, se obtuvo un incremento del metabolismo celular del 74%. In vivo, se objetivó una mejora estadísticamente significativa de todos los parámetros de estudio, en concreto: 13% rostro más hidratado, 16% piel más firme, 41% disminución del número de arrugas, 11% arrugas menos profundas y 4,3% piel más lisa. El dermatólogo determinó muy buena tolerancia cutánea. Además, la mayoría de las voluntarias estaban satisfechas con las cualidades cosméticas y coincidían en que su uso continuado proporciona una piel más joven.

Los resultados obtenidos, permiten concluir que la combinación sinérgica de proteoglicanos y vitaminas se presenta como una opción segura, funcional y con buena aceptación por parte de las usuarias para combatir los signos del envejecimiento cutáneo, puesto que aporta vitalidad, restaura los niveles de colágeno y elastina y mejora visiblemente las propiedades de la piel.

ZONA  
PÓSTER

DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEONATAL

PO-51 DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CONGÉNITO

María Encarnación Alfaro Martínez(1), Alicia Bascuñana Mendoza(1), Silvia Manso Córdoba(1), Pablo López Sanz(1) y María Encarnación Gómez Sánchez(1) de (1) Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España.



Imagen clínica. Placa atrófica en mano izquierda del paciente.

**Introducción:** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma de bajo grado, con baja tasa de metástasis, pero localmente agresivo; afecta mayoritariamente a adultos jóvenes siendo poco frecuente en niños y excepcionalmente congénitos. Se describe un caso de un niño de 8 años diagnosticado de DFSP en mano izquierda presente al nacimiento.

**Caso Clínico:** Niño de 8 años derivado por lesión en dorso de mano izquierda. Ésta fue percibida al nacimiento, siendo diagnosticada de malformación capilar, con crecimiento progresivo acorde con el niño pero que en los últimos años presentaba dolor. En el momento de la visita presentaba una zona atrófica de 1,5x2cm en la base del 3er metacarpiano de la mano izquierda, en su superficie se observaban áreas blanquecinas cicatriciales, sobre las cuáles la madre describía nódulos con ulceración y posterior curación espontánea dejando cicatriz. Se realizaron dos biopsias, en ambas, se observó una neoplasia mesenquimal bien delimitada de células fusiformes CD34+; siendo diagnosticado de DFSP.

**Discusión:** El DFSP es un sarcoma localmente agresivo de malignidad intermedia que aparece mayoritariamente en adultos jóvenes (20-50 años). Inicialmente aparece como una placa indurada de color piel, asintomática de crecimiento

lento que más tarde desarrolla nódulos violáceos o rojizos de >1cm de diámetro. A la palpación suele ser una lesión firme adherida al tejido subcutáneo.

Excepcionalmente afecta a niños menores de 16 años y es extremadamente raro que aparezcan al nacimiento; hay descritos una treintena de casos, con una incidencia estimada de 1:100.000. En el caso de los DFSP congénitos o infantiles pueden tener un aspecto atrófico y con color rojo-azulado, llevando erróneamente al diagnóstico de malformación o tumoración vascular, como en nuestro caso.

La incidencia puede estar infraestimada, muchos DFSP diagnosticados en la edad adulta podrían tratarse de errores diagnósticos en infancia dado su lento crecimiento y la vacilación que nos provoca la realización de biopsias en población infantil.

**Conclusión:** Presentamos un caso de un niño de 8 años con un DFPS desde el nacimiento. Reiteramos la importancia de realizar una biopsia cutánea en población infantil. Tumores como el DFPS con una agresividad local importante requieren un diagnóstico temprano para un adecuado tratamiento con las menores secuelas estéticas posibles.

**PO-52 ALTERACIONES UNGUEALES EN LACTANTE**

Javier Auban Pariente(1), Juana Rodríguez Delgado(2) y Carmen Ortega Monzó(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Laboratorio de Biología Molecular. Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia) - España.

**Introducción:** La hiponiquia y la anoniua congénitas son malformaciones raras que pueden formar parte de síndromes como el uña-patela, las displasias ectodérmicas y las braquidactilias, o pueden ocurrir como un hallazgo aislado.

**Caso clínico:** Lactante varón de 10 semanas remitido a consulta para valoración de alteraciones ungueales en el pulgar de ambas manos presentes al nacimiento. En la exploración, destaca la presencia de hiponiquia, adelgazamiento de la lámina ungueal y onicorrexis, afectando de forma simétrica a la uña del primer dedo de ambas manos. Las uñas de los pies, así como los dientes y el pelo no presentan alteraciones. Al preguntar por los antecedentes familiares, la madre, la tía materna y el abuelo materno presentan alteraciones ungueales desde el nacimiento, afectando al primer y segundo dedo de ambas manos. Asimismo, tienen una dificultad para la flexoextensión de los brazos desde la infancia. Con la sospecha de síndrome uña-rótula (SUR), solicitamos radiografías de pelvis, codos y rodillas a la madre y tía materna. En la radiografía de pelvis se aprecian cuernos ilíacos posteriores, mientras que la de codos muestra una luxación de la cabeza radial. Se solicita estudio genético del gen LMX1B que identifica una variante heterocigota de tipo frameshift probablemente patogénica de acuerdo con las guías del American College of Medical Genetics and Genomics. Se realizó el diagnóstico de SUR y se remitió para valoración ocular y renal.

**Discusión:**El SUR es considerado un trastorno multisistémico caracterizado por una importante variabilidad inter e intrafamiliar en las manifestaciones clínicas y en la gravedad de la enfermedad. Las pruebas moleculares pueden identificar las variantes patogénicas del gen LMX1B en aproximadamente el 95% de los casos, permitiendo confirmar el diagnóstico clínico en los casos en los que los signos y síntomas clínicos no son aclaratorios. Según la base de datos ClinVar, hay más de 250 variantes reportadas asociadas con el SUR.

**PO-53 ALOPECIA FOCAL CONGÉNITA Y SIGNO DE LOS PALOS DE GOLF**

Lucía Campos Muñoz(1), David Llanos Pérez(2), Álvaro Iglesias Puzas(1), Alberto Conde Taboada(1), Ana Sirgado Martínez(1), Alfredo García Mares(1), Ricardo Moreno Borque(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

Paciente mujer de 3 meses de edad sin antecedentes personales de interés que consulta por una lesión congénita en región parietal izquierda, estable desde el nacimiento. A la exploración presentaba una placa alopécica de unos 3 cm de tamaño, forma ovalada, y bordes algo irregulares; el fondo de la placa era rosado y el cabello de la periferia de la lesión era normal. La dermatoscopia mostró un fondo rosado muy tenue con ausencia de aperturas foliculares; en la periferia presentaba varios cabellos con el bulbo elongado dispuesto de forma radial hacia el interior de la placa y los tallos hacia el exterior de la misma, de manera similar a unos palos de golf. La paciente fue diagnosticada de aplasia cutis congénita (ACC). Se realizaron ecografía local, que mostró un adelgazamiento de la epidermis y dermis, y ecografías transfontanelar y de suturas craneales, donde se observaba una amplitud aumentada de las suturas craneales sugestiva de cranium bifidum, sin alteraciones cerebrales.

La tricoscopia es de suma utilidad en la orientación diagnóstica de la alopecia focal congénita: en la alopecia triangular congénita observaremos múltiples pelos vellosos, en el nevus sebáceo es característico un empedrado blanco-amarillento. Debido al adelgazamiento de la epidermis en la tricoscopia de la ACC se ha descrito un parche atrófico brillante central, vasos gruesos elongados, ausencia de aperturas foliculares en el centro de la lesión y raíces foliculares y bulbos foliculares dispuestos radialmente en los márgenes de la lesión. Este último dato se ha descrito como el signo de los palos de golf debido a la similitud de la translucencia de los folículos pilosos dispuestos de forma radial con un conjunto de palos de golf; se considera además un signo patognomónico de ACC que en nuestro caso clínico fue clave para la orientación diagnóstica de la paciente.

**PO-54 MASTOCITOSIS CUTÁNEAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO DE 66 CASOS**

José Carrasco Muñoz(1), Marina Pedruelo Iglesias(2), Irene Albert Cobo(1), Lluís Dols Casanova(1), Noelia Jara Rico(1), Verónica Sánchez García(1), Isabel Betlloch Mas(1), Laura Berbegal de Gracia(1) y María del Mar Blanes Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España y (2)Universidad Miguel Hernández, Alicante - España.

**Introducción:** Las mastocitosis constituyen un espectro de enfermedades caracterizadas por la hiperplasia de mastocitos tisulares, que puede afectar a distintos órganos, siendo la localización cutánea la más frecuente. Pueden afectar a la edad pediátrica, donde en general parecen presentar un buen pronóstico. No obstante, algunas persistirán en la vida adulta.

**Objetivos:** Describir las características de las mastocitosis cutáneas pediátricas atendidas en un hospital terciario de acuerdo con las clasificaciones más recientes de esta entidad.

**Material y Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, enmarcado en el área de salud del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, de los pacientes pediátricos (entre 0 y 15 años) diagnosticados de mastocitosis cutánea durante el periodo 2002-2022, a partir de la información obtenida de los registros informáticos e historias clínicas.

**Resultados:** Se recogieron un total de 66 pacientes, de los cuales el 58,8% fueron varones y la forma clínica más predominante fue el mastocitoma (65,5%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 7 meses (rango intercuartílico 2,75-15,5 meses); presentando clínica exclusivamente local en el 95,5% de los casos. Los valores de triptasa sérica al diagnóstico fueron normales (entre 0 y 11 µg/L) en el 37,9% de los pacientes,

hallándose por encima de 20 µg/L en el 3,5% de los casos. La mayoría (78,8%) solo precisó tratamiento tópico, fundamentalmente corticoides (63,6%). Respecto al tratamiento oral, un 53% precisó añadir antihistamínico, y el 3,5% cromoglicato. En cuanto a la evolución, la enfermedad persistió más allá de la pubertad sólo en un 3,0% de los pacientes, concretamente dos casos de mastocitosis máculo-papular monomórfica. Los estudios realizados posteriormente confirmaron que se trataba de formas sistémicas indolentes.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los datos publicados en la literatura. Las mastocitosis pediátricas presentan una evolución favorable en la mayoría de los casos. Las formas máculo-papulares monomorfas parecen presentar una mayor tendencia a su persistencia en la vida adulta y probablemente son los pacientes que van a precisar un seguimiento más cuidadoso.

#### PO-55 LACTANTE DE 14 MESES CON FIEBRE, EXANTEMA, ADENOPATÍAS, ESPLENOMEGALIA Y ARTRALGIAS

María Castillo Landete(1), Marta Segado Sánchez(1), José Juan Parra García(1), Diego López Martínez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Julia Román Gómez(1), Ana López Mateos(1), Esther García Martínez(1) y Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España.

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) es un subgrupo de artritis idiopática juvenil. Al tener características diferentes a los demás subtipos actualmente se sitúa dentro de las enfermedades autoinflamatorias poligénicas.

**Caso clínico:** Lactante de 14 meses que ingresó por fiebre de más de 15 días de evolución, exantema, hepatoesplenomegalia, adenopatías y artralgias. Como antecedentes personales destacaban 2 episodios previos de fiebre prolongada y exantema que fueron interpretados de origen viral. A la exploración presentaba máculas eritematosas confluentes, algunas de distribución lineal, en miembros inferiores y abdomen.

En la analítica destacó ferritina, reactantes de fase aguda (RFA) y transaminasas elevadas, trombocitosis e hipertrigliceridemia. Se descartó causa infecciosa mediante serologías, PCR, cultivos, Mantoux y Quantiferon. La ecografía mostró adenopatías a nivel cervical, axilar, abdominal e inguinal. La ecografía articular detectó leve engrosamiento sinovial en articulación tibio-astragalina bilateral. El aspirado de médula ósea mostró hiper celularidad reactiva sin displasia o blastos, descartando infiltración linfóide o parasitaria.

En la biopsia cutánea se observó leve infiltrado linfocitario perivascular superficial y la biopsia ganglionar fue normal. A su ingreso se decidió tratamiento empírico con ceftriaxona y azitromicina, que se suspendió al descartar causa infecciosa. El estudio genético de enfermedades autoinflamatorias monogénicas fue negativo. Dada la sospecha clínica de AIJs se inició prednisona 2 mg/kg/día con evolución favorable y resolución de la fiebre y exantema. Al alta se pautó prednisona en pauta descendente y anakinra 10 mg subcutáneo diario. A los dos meses se cambió anakinra por canakinumab subcutáneo 4 mg/kg/4 semanas por reacciones cutáneas. A los 6 meses de seguimiento se observó resolución significativa de las lesiones cutáneas y mejoría clínica.

**Discusión:** La AIJs es una enfermedad autoinflamatoria poligénica que se caracteriza por fiebre, exantema, serositis, visceromegalias, adenopatías y elevación de RFA. El diagnóstico requiere excluir enfermedades infecciosas, oncológicas, autoinmunes y autoinflamatorias. Los inhibidores de la interleucina-1 y 6 son muy eficaces y han reducido el uso de corticoides sistémicos.

#### PO-56 SÍNDROME MALFORMACIÓN CAPILAR-MEGALOENCEFALIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delia Díaz Ceca(1), Carmen Mochón Jiménez(1), César Guijarro Sánchez(1), Manuel Galán Gutiérrez(1) y Antonio Vélez García-Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una recién nacida de un día de vida, fruto de un embarazo controlado, que presentó un peso elevado al nacimiento (4140 gramos; percentil 96), así como un perímetro cefálico superior a la media, ya que se encontraba en el percentil 99. Ambos progenitores eran sanos y no existía consanguinidad.

A la exploración física, la paciente presentaba una malformación capilar que ocupaba toda la zona del filtrum y, además, se observaba un sobrecrecimiento de partes blandas.

Desde el momento del nacimiento y, junto con el equipo de Neuropediatría, se sospechó que pudiera tratarse de un síndrome de malformación capilar-megaloencefalia. Se solicitaron pruebas de imagen cerebral, en las cuales se observó una ventriculomegalia generalizada con afección de sustancia blanca (desmielinización).

Además, se realizó un estudio genético dirigido ante la alta sospecha de dicho síndrome y se detectó una variante patogénica c.3129G>A p.(Met1043Ile) en el gen PIK3CA, lo que confirmaba definitivamente el diagnóstico.

**Discusión:** El espectro de sobrecrecimiento relacionado con PIK3CA (PROS) abarca una variedad de hallazgos clínicos en los que las características principales son el sobrecrecimiento segmentario/focal congénito o de aparición temprana en la infancia.

Las áreas predominantes de crecimiento excesivo incluyen el cerebro, las extremidades (incluidos los dedos de manos y pies), el tronco (incluidos el abdomen y el pecho) y la cara, todas ellas generalmente en una distribución asimétrica.

En el caso del síndrome MC-Megaloencefalia, el crecimiento excesivo del cerebro puede ir acompañado de un crecimiento secundario de estructuras cerebrales específicas que produce ventriculomegalia, un cuerpo calloso marcadamente grueso y ectopia amigdalina cerebelosa con apiñamiento de la fosa posterior. Las malformaciones vasculares pueden incluir malformaciones capilares, venosas y, con menos frecuencia, formas mixtas (capilar-linfático-venosa).

Las malformaciones capilares características de MC-megaloencefalia suelen verse como manchas rosadas o rojas en la piel. En la mayoría de las personas afectadas, las malformaciones capilares ocurren en la cara, particularmente en la nariz, el labio superior y el área entre la nariz y el labio superior (filtrum). En otras personas, las MC aparecen como un patrón rojizo en forma de red en la piel.

**PO-57 OSTEODISTROFIA HEREDITARIA DE ALBRIGHT EN UNA LACTANTE COMO MANIFESTACIÓN TEMPRANA DE UN PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO**

Nalia Domínguez Lirón(1), Lluís Dols Casanova(1), Irene Albert Cobo(1), Noelia Jara Rico(1), Verónica Sánchez García(1), José Carrasco Muñoz(1), Lorea Ruiz Pérez(1), María Niveiro de Jaime(1) y Laura Berbegal de Gracia(1) de (1)Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.

El pseudohipoparatiroidismo (PHP) y pseudopseudohipoparatiroidismo (PPHP) se consideran síndromes de mutación inactivante del gen *GNAS* y se caracterizan por una diversidad de alteraciones, entre las cuales se puede encontrar un fenotipo de osteodistrofia hereditaria de Albright (OHA). En este, la baja estatura, la obesidad, la braquidactilia y las calcificaciones subcutáneas son rasgos característicos. Presentamos el caso de una lactante con OHA como manifestación temprana de un PHP (tipo Ia).

Lactante de 14 meses remitida a dermatología por lesiones cutáneas consistentes en nódulos y placas subcutáneas de consistencia pétreas en abdomen, muslos y región parietal derecha de cuero cabelludo, sugestivas de osteoma cutis desde los primeros meses de vida. Además, la paciente presentaba facies redondeada y obesidad precoz. En la madre se evidenció braquidactilia en la exploración. Se realizó una biopsia incisional de las lesiones cutáneas que evidenció metaplasia ósea en el estudio histológico. En la analítica de sangre destacó normocalcemia con niveles elevados de hormona paratiroidea, hormona tiroidea y fosfato.

Además, se realizó un estudio genético que confirmó que la paciente era portadora en heterocigosis de la variante c. 2206C>T exón 4 del gen *GNAS* (variante clasificada como patogénica). Con todos estos hallazgos se llegó al diagnóstico de OHA asociada a PHP (tipo Ia).

El diagnóstico de PPH y PPHP con fenotipo OHA debe considerarse ante la presencia de osteoma cutis en pacientes pediátricos. Esta osificación subcutánea puede ser la primera forma de presentación del cuadro, por lo que es importante que los dermatólogos estemos familiarizados con estas entidades. El manejo debe realizarse de forma multidisciplinar junto con pediatras, endocrinos y genetistas.

**PO-58 XANTOGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE EN UNA LACTANTE**

Isabel Gainza Apraiz(1), Irene Arévalo Ortega(1), Leopoldo Fernández Domper(1), Laura Blanch Rius(1), Cristina Gómez Bringas(1) y Rosa María Izu Belloso(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

**Introducción:** El xantogranuloma juvenil (XGJ) es la histiocitosis de células no Langerhans (HCNL) más frecuente. Se manifiesta principalmente en la edad pediátrica (64% antes de los 7 meses) y se presenta como pápulas o nódulos eritematosos-amarillentos únicos o múltiples, ubicados predominantemente en cabeza y cuello. El compromiso extracutáneo es infrecuente.

**Caso Clínico:** Niña de 8 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitida por sospecha de moluscos contagiosos múltiples por su Pediatra. Presentaba múltiples pápulas de superficie lisa, consistencia firme y color anaranjado en región facial, cuero cabelludo y tronco superior de dos meses de evolución. El estudio histológico de una de las pápulas fue compatible con XGJ, confirmando el diagnóstico de sospecha de XGJ múltiples. La exploración oftalmológica y neurológica fueron anodinas. En la analítica sanguínea presentó una elevación transitoria de la fosfatasa alcalina que se normalizó en el control analítico dos meses después y una anemia ferropénica, sin otros hallazgos significativos. Dada la extensión del cuadro cutáneo, se solicitaron una ecografía abdominal y radiografías simples de cráneo y tórax para descartar afectación sistémica.

**Discusión y Conclusiones:** El XGJ suele ser de carácter generalmente benigno y autorresolutivo, por lo que suele adquirirse una actitud expectante. Las lesiones cutáneas múltiples pueden asociar compromiso sistémico, siendo más frecuente el ocular, que afecta al 0'24% de los niños con XGJ cutáneo y se han sugerido la presencia de 2 o más XGJ cutáneos, la aparición temprana (< 2 años) y la forma micronodular cutánea como factores de riesgo para esta afectación. El XGJ sistémico es muy infrecuente y suele presentarse con múltiples nódulos cutáneos y/o subcutáneos con compromiso de dos o más vísceras. Dado que la presencia de múltiples XGJ es un factor de riesgo para el compromiso sistémico se recomienda realizar un examen físico meticuloso y pruebas complementarias dirigidas en función de los hallazgos clínicos.

Presentamos el caso de una lactante con XGJ múltiples, sin compromiso extracutáneo detectado hasta la fecha. La latencia del compromiso sistémico puede ser de meses a años, por lo que un estudio negativo basal no excluye la posible afectación posterior y se recomienda repetir el estudio diagnóstico durante el seguimiento.

**PO-59 CEFALOHEMATOMA PERSISTENTE EN UN LACTANTE**

María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Ana María Antón Márquez(1), Teresa Lucía Vega López(1), Irene González Jiménez(1), Pilar Manchado López(1) y Ana Mateos Mayo(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** Los cefalohematomas son lesiones que se producen por el acúmulo de sangre subperióstica, a menudo secundaria a un traumatismo durante el parto. Suelen ser autorresolutivos, pero en ocasiones pueden calcificarse y persistir.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un niño de 5 meses que fue remitido a consultas de Dermatología por abombamiento craneal. Sus padres referían que el paciente presentaba la lesión desde el nacimiento, y había sido diagnosticado en Neonatología de un hematoma en relación con el uso de una ventosa durante el parto.

La lesión había presentado consistencia más blanda al inicio y posteriormente había ido endureciéndose. En el momento de la consulta, presentaba una lesión nodular subcutánea de consistencia indurada similar al hueso de aproximadamente 2 centímetros de tamaño. C

on la sospecha de cefalohematoma calcificado, solicitamos una ecografía en la que se objetivó una tumoración de 14 x 3 milímetros, heterogéneamente hiperecogénica, de localización inmediatamente superior al hueso, contenida por el periostio, en relación con un cefalohematoma organizado.

**Discusión:** Las lesiones secundarias a traumatismos durante el parto más frecuentes en el cuero cabelludo son el caput succedaneum y el cefalohematoma. El caput succedaneum es una colección de líquido serosanguinolento subcutánea y extraperióstica mal delimitada. Se resuelve en pocos días sin tratamiento y es raro que presente complicaciones. El cefalohematoma es una lesión subperióstica, por lo que suele estar bien delimitado y no rebasa las suturas. Afecta a aproximadamente el 2,5 % de los recién nacidos y suele resolverse en 1-2 meses de forma espontánea.

Las posibles complicaciones asociadas son la presencia de una fractura ósea subyacente, la infección secundaria, la anemia debido al sangrado y la hiperbilirrubinemia. En ocasiones, el cefalohematoma puede persistir en el tiempo y calcificarse, aunque se desconoce el motivo por el que no se produce su reabsorción. La calcificación puede producir deformidades en el cuero cabelludo que precisen tratamiento quirúrgico. En nuestro paciente se decidió vigilancia dado que los padres estaban observando mejoría progresiva de la lesión.

**PO-60** NEVUS EPIDÉRMICO PAPULAR CON "SKYLINE": A PROPÓSITO DE DOS NUEVOS CASOS

Ana Julia García Malinis(1), Pedro Jesús Agon Banzo(2), Dolores Plana Linares(1) y Yolanda Gilaberte Calzada(3) de (1)Unidad de Dermatología. Hospital General San Jorge, Huesca - España, (2)Servicio de Pediatría. CS Perpetuo Socorro, Huesca - España y (3)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

**Introducción y objetivos:** El nevus epidérmico papular con capa basal "en horizonte" o papular epidermal nevus with "skyline" basal cell layer (PENS), es un nuevo tipo de nevus epidérmico caracterizado por pequeñas placas o papulas queratósicas. Este tipo de nevus, se ha descrito en la literatura de forma aislada o asociada a un síndrome neurocutáneo, denominándose Síndrome PENS. En la histología de la lesión se observa una acantosis regular, hiperqueratosis ortoqueratósica y en la capa basal de la epidermis el signo de "skyline": disposición en empalizada de los núcleos de células basales que se asemeja al patrón de «horizonte». Describimos dos nuevos casos de dos hermanos.

**Casos clínicos:** Paciente varón de 19 meses que acude a consulta por una serie de lesiones cutáneas localizadas en cuello, espalda y brazo desde su nacimiento. Al examen físico se observaron placas hiperqueratósicas de color amarillento, de múltiples tamaños.

Posteriormente, cuando nació su hermano pequeño, también desarrolló lesiones similares localizadas en el hombro izquierdo, fosa ilíaca izquierda y ombligo y cuello. Ambos hermanos no presentaban, rasgos dismórficos ni anomalías extracutáneas. Se realizó biopsia cutánea de ambos hermanos que demostró un "patrón de horizonte" típico del nevus epidérmico papular con "skyline"

**Conclusión:** En la literatura se han descrito seis casos de familias afectadas con PENS, de los cuales dos casos son entre hermanos y el resto de padres a hijos, un total de 13 casos.

El resto de casos descritos en la literatura son casos aislados sin afectar a otros familiares. Torrelo, describió esta nueva entidad en 2011 y posteriormente, Tadini publicó la primera familia con PENS. Nevus epidérmico papular con "skyline" se caracteriza clínicamente por pápulas o placas queratósicas únicas o múltiples con una superficie rugosa, plana y de forma variable, que aparecen al nacer o poco tiempo después. Se han descrito casos de síndrome PENS con síntomas neurológicos como epilepsia o retraso mental de aparición tardía. Los casos aislados sin otra patología asociada probablemente estén infradiagnosticados, de ahí la importancia de conocer esta entidad.

**PO-61** MUTACIÓN DEL GEN EDAR NO DESCRITA COMO PATOGENICA EN UN CASO DE DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA

Lucía García Sirvent(1), Juan Ruiz Sánchez(1), Joan García Vilar(1), Joaquín Espiñeira Sicre(1), Laura Cuesta Montero(1), Pilar Soro Martínez(1), Julia Miralles Botella(1) y Laura García Fernández(1) de (1)Hospital Universitario San Juan, Alicante - España.

Las displasias ectodérmicas son un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas que afectan a dos o más tejidos derivados del ectodermo, incluyendo pelo, dientes, uñas y glándulas.

Presentamos el caso de un paciente de 15 años, remitido a Dermatología por alopecia e hipohidrosis generalizada. Se encontraba en estudio por Neuropediatría por retraso psicomotor. A la exploración física presentaba ausencia de vello corporal, alopecia en cejas y disminución de la densidad capilar en cuero cabelludo. Destacaban rasgos faciales toscos, con orejas de implantación baja, frente prominente, epicanto y dientes cónicos. Se realizó estudio genético, hallando dos mutaciones en heterocigosis de significado incierto en los genes EDAR c.68C>T;p(Ser23Leu) y NECTIN4 c.452C>G: p.(Pro151Arg). Se realizó estudio en progenitores, detectando la misma mutación en NECTIN4 en heterocigosis en su padre.

Se han descrito mutaciones patogénicas en el gen NECTIN4 en relación con el Síndrome de displasia ectodérmica-Sindactilia. Sin embargo, todos los casos descritos hasta el momento asocian mutaciones en homocigosis y sindactilia clínica, criterios que nuestro paciente no presentaba. Por otra parte, mutaciones en el gen EDAR ocasionan otro tipo de displasia ectodérmica, llamada displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH), pudiéndose comportar de forma autosómica dominante o recesiva. La DEH puede estar causada por mutaciones en los genes EDA, EDAR y EDARADD, que codifican componentes de la vía relacionada con el factor de necrosis tumoral alfa, desempeñando un papel importante en el desarrollo ectodérmico.

Clínicamente, se manifiesta con la tríada de hipohidrosis, hipodoncia e hipotricosis. Los dientes son pequeños y cónicos, y el pelo es fino, escaso y frágil. Además, puede acompañarse de rasgos dismórficos como frente prominente, hipertelorismo, epicanto, labios evertidos y prognatismo. A nivel cutáneo, puede simular cuadros ictiosiformes.

En nuestro paciente, los hallazgos clínicos coinciden con el fenotipo característico de la DEH. Sin embargo, la mutación encontrada en el gen EDAR no ha sido descrita como patogénica en la literatura, a pesar de la implicación de este gen en la DEH. De esta forma, podríamos encontrarnos ante una nueva variante patogénica, de comportamiento autosómico dominante, causante de esta enfermedad. No parece relevante en este paciente la mutación NECTIN4.

**PO-62** DERMATOMIOSITIS JUVENIL, QUÉ DECIR TRAS 25 AÑOS DE EXPERIENCIA

Aniza Giacaman(1), María Concepción Mir Perelló(2), Jan Ramakers(2), María Amelia Muñoz Calonge(2), Guillermo González López(3), Oriol Corral Magaña(1), Ana Bauzá Alonso(1), Elisabeth Vanrell Büse(1) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Departamento de Dermatología, (2)Departamento de Pediatría y (3)Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

**Introducción:** La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad autoinmune, poco frecuente en la infancia. A partir del comienzo de la pandemia por COVID hemos registrado un aumento en la incidencia de casos en nuestro hospital, en relación con las dos décadas previas.

**Casos:** Doce pacientes con DMJ, con edades comprendidas entre los 8 y los 13 años.

**Resultados:** Presentamos los hallazgos clínicos característicos de la enfermedad y los escasamente descritos en la literatura como la afectación de la mucosa oral, las orejas, las manos y los pies. Además, algunos hallazgos histológicos, de laboratorio y mediante resonancia nuclear magnética.

**Discusión:** Presentamos una serie de pacientes con diagnóstico de DMJ que se han diagnosticado a lo largo de 25 años en nuestro centro. A través del tiempo hemos visto una mayor incidencia de esta enfermedad, un cambio en las pruebas diagnósticas, así como en las opciones de tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

**Bibliografía:**

- Wu JQ, Lu MP, Reed AM. Juvenile dermatomyositis: advances in clinical presentation, myositis-specific antibodies and treatment. *World J Pediatr.* 2020;16(1):31-43. doi:10.1007/s12519-019-00313-8
- Kwiatkowska D, Reich A. The Significance of Autoantibodies in Juvenile Dermatomyositis. *Biomed Res Int.* 2021;2021:5513544. Published 2021 Nov 19. doi:10.1155/2021/5513544
- Rodero MP, Pelleau S, Welfringer-Morin A, et al. Onset and Relapse of Juvenile Dermatomyositis Following Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection [published correction appears in *J Clin Immunol.* 2021 Oct 7;:]. *J Clin Immunol.* 2022;42(1):25-27. doi:10.1007/s10875-021-01119-y

**PO-63** ERITRODERMIA POSTRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN

vernia-Salleles Granell(1), Eugenia Hernández Ruiz(1), Alexandra Navarro Jiménez(2), María Isabel Benítez Carabante(3), Álvaro Guerra Amor(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Oncohematología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

**Introducción:** Las erupciones cutáneas en pacientes sometidos a un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (ATPH) suponen un reto diagnóstico. La complejidad creciente de las situaciones clínicas que afectan a estos pacientes nos enfrentan a menudo a cuadros clínico-patológicos que difícilmente pueden encuadrarse en los patrones clásicos conocidos.

**Descripción del caso:** Niño de 5 años que desde hace dos años sufre una dermatosis eritemato-descamativa generaliza con curso oscilante e intensamente pruriginosa. A los 10 meses se diagnosticó de enfermedad granulomatosa crónica (mediante test de oxidación y detección de mutación del gen CYBB). Recibió un ATPH de donante no emparentado a la edad de 2 años con un quimerismo del 100% de células hematopoyéticas del donante, normalización del test de oxidación y enfermedad del injerto contra el receptor cutánea que precisó múltiples tratamientos (corticoides, ciclosporina, micofenolato mofetilo, sirolimus, ruxolitinib, infusión de células mesenquimales y fotoaféresis extracorpórea).

El cuadro dermatológico se inició con placas eritemato-escamosas afectando cuero cabelludo, cara, tronco y extremidades, incluyendo palmas y plantas, con un curso oscilante incluyendo episodios de eritrodermia acompañada de eosinofilia periférica. Con tandas de corticoides sistémicos la mejoría ha sido parcial y transitoria, con aparición posterior de pápulas eritemato-parduzcas confluentes, principalmente dérmicas, en extremidades inferiores y espalda.

En las biopsias cutáneas se ha observado un infiltrado linfohistiocitario dérmico superficial, denso y difuso, de predominio linfocitario T CD8+, no citotóxicos (TIA 1 y granzima negativos), policlonal, sin alteraciones inmunofenotípicas y de densidad creciente con la progresión de las lesiones. Las exploraciones microbiológicas realizadas han sido negativas, salvo episodios de elevación de la carga viral de CMV y VEB en sangre periférica.

**Conclusión:** Después de plantearnos un amplio diagnóstico diferencial clínico-patológico, incluyendo una enfermedad del injerto contra el receptor "atípica", toxicodermia, exantema vírico, trastorno linfoproliferativo o la persistencia de la enfermedad granulomatosa crónica, dados los hallazgos orientamos el caso como un pseudolinfoma CD8+ secundario a la inmunosupresión.

**PO-64** DOCTOR, ¿QUÉ ME OCURRE EN LAS MANOS?

Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Paula Soto Revuelta(1), Javier Sánchez Bernal(1), Mariano Ara Martín(1) y Mar García García(2) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.

**Introducción:** La paquidermodactilia (PDD) se trata de una fibromatosis benigna que afecta preferentemente a adolescentes, siendo más frecuente en el sexo masculino. Su etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con actividades manuales repetitivas.

Clínicamente cursa con tumefacción indolora de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP), afectando preferentemente a la cara lateral entre el 2º y 4º dedo de forma simétrica. En la anatomía patológica se aprecia aumento de fibras de colágeno en dermis con ligero aumento

de mucina junto con epidermis suprayacente hiperqueratósica con ortoqueratosis. Presentamos el caso de una adolescente sana con lesiones clínicas e histológicas compatibles con PDD.

**Caso clínico:** Paciente de 14 años de edad sin antecedentes médicos previos de interés, remitida por pediatría por alteraciones cutáneas en forma de placas eritematosas induradas simétricas y bilaterales, no dolorosas en zona de articulación metacarpo falángica e IFP de años de evolución. La paciente niega traumatismos en la zona. Se realizó radiografía en la zona sin evidenciar alteraciones óseas. El estudio histopatológico de la piel mostró hiperqueratosis con leve acantosis de patrón psoriasiforme y presencia de mucina en dermis como en tejido celular subcutáneo.

Con estos hallazgos y sin otro contexto clínico asociado se diagnosticó a nuestra paciente de PDD.

**Discusión:** Existen pocos casos en literatura de PDD debido probablemente a su carácter asintomático. Aunque su aparición compromete exclusivamente al plano cutáneo y subcutáneo es necesario establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades como tofos, depósitos xantomatosos o acrodistilias paraneoplásicas así como aparición en contexto de enfermedades sistémicas.

Para su diagnóstico se requiere clínica y estudio histopatológico compatible, al tratarse de una entidad benigna no es necesario ningún tipo de tratamiento.

### PO-65 XANTOGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE Y NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

Carmen Mochón Jiménez(1), Delia Díaz Ceca(1), Irene Rivera Ruiz(1), Andrea Ballesteros Antúnez(1) y Manuel Galán Gutiérrez(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.

Se presenta el caso de un lactante varón de 8 meses de edad remitido a nuestra consulta para valorar unas máculas marrónceas presentes al nacimiento con crecimiento progresivo de tamaño y aparición de otras nuevas; así como pápulas amarillentas en cuero cabelludo. El paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés ni aquejaba ninguna sintomatología.

A la exploración se observó hipertelorismo, implantación baja de pabellones auriculares y numerosas pápulas redondeadas y amarillentas, circunscritas, de 2 a 5mm, en cuero cabelludo compatibles con xantogranulomas. También encontramos 6 manchas café con leche de distinto diámetro, la mayor en la espalda de 2 centímetros. En este momento, se solicitó una analítica general, estudio genético para neurofibromatosis tipo I (NF-1) y una ecografía abdominal que resultó normal. Durante este tiempo se realizó una valoración neurológica, oftalmológica y hematológica que resultaron normales.

El xantogranuloma juvenil (XGJ) es un trastorno proliferativo benigno que pertenece al amplio grupo de histiocitosis de células no de Langerhans. XGJ generalmente se presenta como una pápula, placa o nódulo rojizo o amarillento solitario, pero pueden aparecer lesiones múltiples en cualquier ubicación siendo más común en la cabeza, cuello. Revisamos al paciente con el resultado de las pruebas complementarias, obteniendo un estudio genético positivo para NF-1. A nivel cutáneo continúan apareciendo xantogranulomas en tronco y genitales.

El XGJ ocurre en aproximadamente el 5-10% de los pacientes que padecen NF-1. La relación entre XGJ y NF-1 aún no está del todo clara, hay varios autores que promueven y enfatizan la búsqueda de estigmas de NF-1 en niños con XGJ múltiples. En niños pequeños, la presencia de múltiples máculas café con leche y XGJ puede ser un marcador de NF-1 incluso en ausencia de otros signos diagnósticos confiables de NF1.

Asimismo, se ha reportado una asociación triple de XGJ, NF-1 y leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ), lo que es objeto de frecuentes debates. Las implicaciones clínicas de esta triple asociación no están claras. En estudios retrospectivos Cambiaghi et al y Huson et al no encontraron una mayor incidencia de LMMJ en pacientes con XGJ y NF-1 ni un mayor riesgo de sufrir neoplasias malignas en pacientes con NF-1 y XGJ en comparación con aquellos sin XGJ.

### PO-66 LIQUEN PLANO ACTÍNICO EN LA INFANCIA

Elena Naz Villalba(1), Giulia Greta Dradi(1), Henar Sanz Robles(1), Marta Menéndez Sánchez(1), M<sup>a</sup> Uxúa Floristán Muruzábal(1), Alejandra Méndez Valdés(1), Fernando Pinedo Moraleda(2) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

El liquen plano actínico es una erupción fotoinducida de predominio en niños y adultos jóvenes, que se observa en países tropicales durante las estaciones de primavera y verano. Su presentación en individuos caucásicos es poco frecuente

Presentamos el caso de un varón de 8 años, caucásico, con antecedente de dermatitis atópica, que consultaba por lesiones generalizadas de inicio un mes antes, durante el mes de julio, no pruriginosas. Afectaban a cara, tronco y extremidades pero respetaban la región palmo-plantar, mucosas y uñas. La exposición solar fue el único desencadenante descrito. En la exploración física se observaban, siempre en áreas fotoexpuestas, lesiones anulares, papulosas y eritematosas, con superficie brillante. A nivel facial, máculas hiperpigmentadas de aspecto residual. Se realizó una biopsia en fresco, con IFD negativa, que mostraba hallazgos compatibles con liquen plano. Una analítica descartaba la presencia de autoanticuerpos o alteraciones en el complemento.

El diagnóstico fue de liquen plano actínico. Como tratamiento se iniciaron corticoides tópicos de alta potencia asociados a fotoprotección, sin mejoría; a lo que se añadió hidroxicloquina a dosis de 200mg cada 24 horas con resolución del cuadro a los pocos meses.

El liquen plano actínico es una erupción liquenoide fotoinducida que se presenta siguiendo una forma anular como fenotipo más frecuente. Su causa es desconocida aunque se postula un posible papel de la radiación UV en individuos genéticamente predispuestos. En España hay pocos casos publicados a pesar de su clima soleado. La cara es la localización más habitualmente afectada. No se afectan las mucosas, las uñas o el cuero cabelludo, ni las áreas corporales no fotoexpuestas.

Clínicamente las lesiones se describen como lesiones anulares hiperpigmentadas. No suele asociar prurito, dato que puede despistar al observador en el diagnóstico de las lesiones liquenoides y hasta en el 60% de los pacientes se asocia a dermatitis atópica. Dentro de las pruebas complementarias la histopatología suele mostrar hallazgos compatibles con el liquen plano y analíticamente no asocia alteraciones específicas. Su tratamiento no está bien definido aunque se han observado buenos resultados con corticoides tópicos, antipalúdicos, retinoides... siendo lo más importante, la fotoprotección de amplio espectro.

**PO-67 FOCOS DE HEMATOPOYESIS CUTÁNEOS EN EL RECIÉN NACIDO. ¿QUÉ PUEDE SER?**

Israel Pérez López(1), Marta Cebolla-Verdugo(1), Laura Linares-González(1) y Ricardo Ruiz-Villaverde(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España.

**Introducción:** La hematopoyesis extramedular se considera un mecanismo de compensación que aparece en respuesta a anemias crónicas. Hígado, bazo o ganglios linfáticos están frecuentemente implicados, sin embargo en ocasiones, estos focos de hematopoyesis pueden aparecer en la piel.

**Caso clínico:** Recién nacida a término que ingresa en la UCI neonatal por plaquetopenia, anemia, alteraciones de la coagulación y patrón colestásico. Consulta a Dermatología por presentar leve ictiosis congénita junto con pápulas y nódulos violáceos localizados en tronco y extremidades. Confirmamos el diagnóstico de sospecha de focos de hematopoyesis extramedular con biopsia. Realizamos Eco abdominal que evidenció una importante hepatoesplenomegalia, realizamos serologías TORCHS, estudio RH y frotis que resultaron normales. El estudio analítico de metabolopatías evidenció nula actividad de la glucocerebrosidasa, confirmando mediante estudio genético una enfermedad de Gaucher tipo II.

**Discusión:** Este cuadro es conocido como síndrome blueberry muffin baby por la similitud que presentan estas lesiones con el pastel de arándanos. Se caracteriza por la presencia de pápulas y nódulos violáceos, asintomáticos, localizados en tronco y extremidades. En recién nacidos, son muchos los cuadros que pueden estar implicados y abarcan desde infecciones congénitas (TORCH: toxoplasma, lúes, parvovirus, coxsackie, rubéola, citomegalovirus, virus herpes simple), enfermedades hemolíticas del recién nacido (incompatibilidad de grupo sanguíneo), esferocitosis hereditaria, el síndrome de transfusión gemelo a gemelo, procesos proliferativos (histiocitosis, metástasis de neuroblastoma o rhabdomyosarcoma) o incluso metabolopatías como el síndrome de Gaucher tipo II.

**Conclusión:** El papel del dermatólogo es fundamental en la identificación y diagnóstico precoz de estas lesiones cutáneas, que pueden ser indicativas de trastornos sistémicos graves, cuyo manejo debe ser temprano y en ocasiones, conllevan un pronóstico irremediamente fatal.

**PO-68 MIOPERICITOMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. CLÍNICA Y DERMATOSCOPIA**

María del Mar Pestana Eliche(1), Júlía Mercader Salvans(1), Daniel Sánchez Báez(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Miguel Quetglas Valenzuela(1), Nieves Hernández León(2) y Rosa Rodríguez Rodríguez(2) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España.

**Introducción:** El miopericitoma es un tumor mesenquimal benigno derivado de las células miopericíticas. Su presentación en la edad pediátrica es anecdótica y su dermatoscopia es inespecífica.

**Caso Clínico:** Varón de 15 años, sin antecedentes de interés, presentaba una lesión asintomática de 1 año de evolución en palma de falange media del 2º dedo de mano derecha. Clínicamente consistía en una pápula sésil normocoloreada, bien definida y de superficie lisa, de 0,5 cm de diámetro. Se propuso inicialmente su extirpación, pero ésta fue desestimada.

Diez años más tarde acude por molestias, sin cambios salvo aumento de tamaño (1 cm). La dermatoscopia reveló intensa vascularización con vasos polimorfos, que orientaron clínicamente hacia poroma ecrico o fibroqueratoma. La histología mostró una proliferación células fusiformes sin atipia en dermis que se disponía en torno a estructuras vasculares de variable grosor de forma concéntrica (en capas de cebolla), positivas para actina y negativas para desmina y caldesmón, realizándose el diagnóstico de miopericitoma.

**Discusión:** El miopericitoma suele presentarse como un nódulo indoloro menor de 2 centímetros en miembros inferiores, siendo raro en manos. Suele afectar a varones adultos y su presencia en la edad pediátrica es inusual. Su principal diagnóstico diferencial histológico es el miofibroma, donde predomina un patrón bifásico: zonas de aspecto miofibroblásticas sobre un estroma escleroso y zonas de aspecto hemangiopericitoides a veces con una clara disposición angiocéntrica. La dermatoscopia del miopericitoma ha sido poco estudiada y los casos documentados han descrito vasos en corona, vasos arboriformes desenfocados, áreas homogéneas rosado-anaranjada, áreas marrón claras y una dermatoscopia similar al granuloma piógeno.

**Conclusión:** El miopericitoma es un tumor infrecuente que precisa un alto índice de sospecha clínico e histológico para su diagnóstico. Su presencia en la infancia es muy infrecuente, la localización en manos inusual y su dermatoscopia ha sido poco estudiada, no estando descrito el patrón vascular polimorfo presente en nuestro caso.

**PO-69 UN CASO INFRECUENTE DE ENFERMEDAD VESÍCULO-AMPOLLOSA EN EL RECIÉN NACIDO**

Iván Rodrigo Díaz(1), Javier Alcántara González(1), Thomas Ake Oberpaur(1), Ana del Rocío Gamero Rodríguez(1), Tania Marusia Capusan(1), Arantxa Muñiz de Lucas(1), Marta Ruano del Salado(1), Raquel Cabana Navia(1) y M<sup>a</sup> Elena Sánchez-Largo Uceda(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España.

Las enfermedades vesículo-ampollosas en el recién nacido plantean un amplio diagnóstico diferencial dada la variedad de entidades con diferente etiología, tratamiento y pronóstico. Atender a detalles como el momento de aparición, morfología y disposición de las lesiones y su evolución puede ser clave para una correcta identificación de la entidad.

Presentamos el caso de una paciente recién nacida a término sin antecedentes familiares de interés que a los 2 días de su nacimiento presentó un exantema maculopapuloso confluyente, eritematoso y levemente infiltrado que afectaba a ambas extremidades, glúteos y laterales del tronco, pero con mayor afectación del hemicuerpo izquierdo.

Tras una mejoría espontánea inicial con la práctica resolución de las lesiones, la paciente presentó 5 días después la aparición de lesiones vesículo-costrosas y algunas hiperqueratósicas de distribución blaschoide. Con el diagnóstico de sospecha de incontinencia pigmentaria se efectuó biopsia cutánea objetivando espongirosis y exocitosis de eosinófilos, con formación de microvesículas, así como abundantes cuerpos apoptóticos en la cercanía de las vesículas. Se derivó a neurología (en seguimiento actualmente por crisis de ausencia), cardiología y oftalmología para valoración por su parte. Además, se solicitó estudio genético en el que se detectó la delección en heterocigosis en los exones 4 al 10 del gen IKBKG/NEMO.

Durante los meses posteriores, las lesiones previas comenzaron a evolucionar a máculas parduzcas e incluso desaparecieron algunas de ellas.

La incontinencia pigmentaria es una displasia neuroectodérmica rara, con herencia dominante ligada al cromosoma X, causada por mutaciones en el gen IKBKG/NEMO. Aparecen cerca de unos 30 casos al año en todo el mundo, y es usualmente letal en varones. Suele debutar en las 2 primeras semanas de vida, y la evolución clínica es muy característica pasando por distintas etapas evolutivas comenzando con lesiones vesículo-ampollosas, posteriormente costras hiperqueratósicas, después máculas y manchas hiperpigmentadas, y finalmente una fase hipopigmentada y atrófica; pudiendo algunas de estas etapas confluir en el tiempo. Puede haber afectación extracutánea, siendo importante realizar un seguimiento neurológico, ocular, odontológico y cardíaco.

Como en todas las enfermedades hereditarias, es fundamental el consejo genético a los progenitores.

### PO-70 SÍNDROME DE FREY EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Paula Rodríguez Jiménez(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Miriam Fernández Parrado(1), Ingrid Hiltun Cabredo(1), Irene Medina Junquera(2) y Concepción Ros Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Introducción:** El síndrome de Frey o también llamado síndrome auriculotemporal se caracteriza por episodios recurrentes de rubefacción facial e hiperhidrosis, localizados en el territorio del nervio auriculotemporal, que ocurren en respuesta a estímulos gustatorios. Presentamos un caso de esta entidad en la edad pediátrica, con el fin de dar a conocer esta patología infrecuente y su manejo.

**Método:** Se expone el caso de un lactante que padece episodios recurrentes de eritema en mejilla derecha.

**Resultados:** Lactante de 3 meses, en el que destacan como únicos antecedentes parto a término a través de cesárea por distocia de rotación de cabeza fetal y plagiocefalia postural derecha junto con tortícolis izquierda, en seguimiento por Rehabilitación.

Consulta porque desde los dos meses presenta episodios de eritema en mejilla derecha, que se inician a los pocos segundos de la succión durante la lactancia materna y se resuelven espontáneamente en menos de una hora, no asociando otra sintomatología. Los padres refieren que el cuadro aparece con la lactancia e ingesta de vitamina D, su única fuente de alimentación en este momento. Inicialmente, se retiró la toma de Vitamina D por parte de su pediatra, bajo la sospecha de reacción alérgica, con persistencia de los síntomas. Asimismo, se descartó alergia a la proteína de la leche de vaca. Teniendo en cuenta la historia del paciente, finalmente se diagnosticó de Síndrome de Frey.

**Discusión:** En contraposición a lo que sucede con los adultos, en los niños el síntoma característico es la rubefacción, siendo infrecuente la sudoración asociada. La sintomatología comienza a los pocos segundos de empezar la ingesta de alimentos y se resuelve espontáneamente a los 30-60 minutos.

Es una entidad infrecuente en la infancia y su fisiopatología todavía es desconocida, pero la teoría más aceptada es la reparación irregular tras el trauma perinatal de las fibras parasimpáticas. El resultado es una reinervación aberrante de las fibras simpáticas de las glándulas sudoríparas y los vasos sanguíneos, con las fibras parasimpáticas del nervio auriculotemporal que han quedado lesionadas.

Generalmente, no se recomienda ningún tratamiento dado que es un cuadro benigno y en ocasiones con resolución espontánea. Lo más importante radica en realizar un adecuado diagnóstico diferencial con la alergia alimentaria para evitar manejos terapéuticos inefectivos.

### PO-71 DOS CASOS DE HISTIOCITOSIS MUCO-CUTÁNEA

Ana María Rodríguez Martín(1), Belén Lozano Masdemont(1), Evelina de la Cruz Gómez(1), Raquel Paz Pérez(1), Monserrat Franco Muñoz(1), Silvia Marinero Escobedo(1), Berta Pérez Tato(1), Eduardo L. Hernández Suárez(2) y Isabel Polimón Olabarrieta(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** Las histiocitosis (H) son un grupo amplio de enfermedades raras originadas por acumulación de histiocitos en diferentes órganos y sistemas. En 2016, la Sociedad de Histiocitosis, las reclasificó en 5 grupos: L: de células de Langerhans, C: muco-cutáneas, R, M y H: Rosay-Dorfman, malignas y hemofagocíticas respectivamente. Presentamos 2 casos de H de tipo C (HC) compatibles con H cefálica benigna (HCB) vs H eruptiva generalizada (HEG).

**Casos clínicos:** **Caso 1:** Niña de 2 años, desde el primer año de vida presentó múltiples pápulas pequeñas, marrones, asintomáticas, localizadas en región facial y cervicotorácica. **Caso 2:** lactante de 4 meses, con pápulas marrón-rojizas en polo cefálico, tronco y extremidades. En ambos casos la exploración física fue normal y no presentaron clínica sistémica. En el estudio histopatológico, se objetivó proliferación de histiocitos en dermis, CD68+, negativos para CD1a. No se visualizaron granulomas ni aumento de mastocitos. En el caso 1 se realizó analítica de sangre y ecografía abdominal, destacando disminución de hemoglobina (11,2 g/dl) y presencia de bazo accesorio, siendo remitida al hematólogo. Actualmente se encuentran en seguimiento, continúan saliendo de forma esporádica lesiones en las localizaciones referidas, sin presentar otra clínica acompañante hasta la fecha.

**Conclusión:** Las HC, engloba entidades de la familia del xantogranuloma, sin compromiso sistémico, entre ellas se encuentra la HCB y la HEG. La primera suele manifestarse entre los 2 meses y los 5 años, con aparición de numerosas pápulas pequeñas asintomáticas, amarillo-marrones, en número variable. La afectación facial es constante, siendo posible la extensión cervicotorácica. En la HEG, aparecen lesiones similares a las referidas en la HCB, en cualquier localización, de forma eruptiva y recurrente. Esta última suele ser más frecuente en adultos, pero se han reportado casos pediátricos.

La histología de ambos procesos es similar, proliferación de histiocitos a nivel dérmico, positivos para CD68, factor XIIIa, OKM1 y Leu3, negativos para CD1a y S100, lo que permite realizar diagnóstico diferencial con las HL.

Las HC son procesos benignos, por lo general autoresolutivos, sin precisar tratamiento. Destacar que el seguimiento clínico es necesario por la superposición que existe con otros síndromes histiocíticos y el riesgo de presentar compromiso sistémico.

**PO-72** INMUNODEFICIENCIA POR DÉFICIT DE CD3DELTA PRESENTADO COMO SÍNDROME DE OMENN: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Fátima Tous Romero(1), Virginia Velasco Tamariz(1), Alba Calleja Algarra(1), Luisa Guzmán Pérez(1) y Sara Isabel Palencia Pérez(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

Presentamos el caso de una niña de 3 meses de edad, sin antecedentes de interés, salvo ingreso al segundo mes de vida por infección COVID+ asociada a neumonía e impétigo asociado a forúnculos en cuero cabelludo, resueltos tras antibioterapia de amplio espectro. Acude a consultas de dermatología por persistencia de lesiones cutáneas en forma de eritrodermia descamativa que los padres referían desde los primeros 3-4 días de vida. Estudiada de forma concomitante por pediatría por varios episodios de infecciones tras el alta, asociado a retraso pondero-estatural. En las pruebas complementarias se detecta eosinofilia 2600/μl (17.1%) con 7500 linfocitos. Las subpoblaciones linfocitarias muestran un fenotipo T-B+NK+, confirmando, mediante secuenciación, deficiencia CD3 delta (mutación c.274+5G>A en homocigosis en el gen CD3delta, detectándose en heterocigosis en ambos progenitores). En el resto de pruebas complementarias destacan múltiples adenopatías axilares bilaterales. Inicialmente tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, asociado a ciclosporina, con cierto control de las lesiones cutáneas. A los seis meses de vida se realiza trasplante alogénico haploidéntico (donante: hermano), con buena evolución tras el mismo. Actualmente, tras 18 meses tras el trasplante, se ha retirado toda la medicación asociada, presentando inmunoglobulinas normales.

El síndrome de Omenn es una forma autosómica recesiva de inmunodeficiencia combinada grave. Se caracteriza por retraso del crecimiento, leucocitosis con marcada eosinofilia, hipogammaglobulinemia y aumento de las concentraciones de IgE sérica. Los hallazgos cutáneos suelen ser el primer signo del síndrome e incluyen dermatitis eczematosa con alopecia difusa. Las manifestaciones sistémicas más habituales incluyen linfadenopatía, hepatoesplenomegalia y diarrea recurrente. El tratamiento consiste en el trasplante de células madre hematopoyéticas de médula ósea. Cuando no se realiza, las infecciones graves pueden producir la muerte precoz.

Presentamos un caso de inmunodeficiencia primaria por déficit de CD3d presentado como síndrome de Omenn. Destacamos la importancia de sospechar el diagnóstico de este síndrome en neonatos con eritrodermia e inmunodeficiencia. El tratamiento precoz es fundamental en el pronóstico de estos pacientes.

**PO-73** CALCINOSIS CUTIS MILIA-LIKE EN UNA NIÑA CON SÍNDROME DE DOWN

Marta Utrera-Busquets(1), Marta Aguado Lobo(1), Joaquín González(2), Pablo Espinosa Lara(1) y Julia P. Hergueta Sánchez(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena, Huelva - España.



Calcinosis milia like en el dorso de las manos

**Introducción:** El síndrome de Down es la cromosopatía más frecuente a nivel mundial. Estos pacientes pueden presentar diversas manifestaciones cutáneas. Entre las enfermedades dermatológicas más frecuentes asociadas al síndrome de Down se encuentran la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica, la queilitis angular, la foliculitis o la alopecia areata, y, entre las más típicas, la elastosis perforante serpiginosa, los siringomas, los dermatofibromas eruptivos y la calcinosis cutis milia-like.

**Caso clínico:** Niña de 6 años, con antecedentes personales de prematuridad, trisomía del cromosoma 21, estenosis de la arteria pulmonar izquierda e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, que acudió a consultas de Dermatología por la aparición en los meses previos de lesiones en el dorso de las manos. Refería que en ocasiones se inflamaban y resolvían espontáneamente. No lo relacionaba con traumatismos ni inflamación previa. En la exploración física se observaron unas pápulas blanquecinas, induradas, no umbilicadas y simétricas de 1-2 mm en el dorso de ambas manos (Fig. 1). Con la sospecha de calcinosis cutis, se realizó un curetaje superficial para estudio histológico que evidenció

un depósito basófilo bien definido en la dermis superficial que correspondía a calcio. El estudio analítico del metabolismo calcio fósforo no mostró alteraciones.

**Discusión:** La calcinosis cutis se clasifica en cuatro tipos en función de su fisiopatología: metastásica, distrófica, idiopática e iatrogénica. Los casos idiopáticos se caracterizan por el depósito de sales de calcio en la piel sin daño previo del tejido ni alteraciones metabólicas. La calcinosis cutánea milia-like es una forma de calcinosis cutis idiopática, descrita con frecuencia en pacientes con síndrome de Down. Su causa es desconocida, aunque se han postulado algunas hipótesis, como microtraumatismos o aumento de concentración de calcio en los acrosiringios. Se presenta habitualmente en dorso y palmas de manos y en los pies. Los diagnósticos diferenciales incluyen los quistes de millium, los moluscos contagiosos, las verrugas vulgares o los quistes epidérmicos. Habitualmente se resuelve espontáneamente sin cicatriz residual.

**Conclusión:** Es importante reconocer esta entidad de presentación clínica característica para evitar tratamientos innecesarios, especialmente en pacientes con síndrome de Down.

PO-74

### SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE SECUKINUMAB DURANTE 236 SEMANAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PSORIASIS EN PLACAS CRÓNICA GRAVE: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE III CONTROLADO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO

Asunción Vicente Villa(1), Shoba Ravichandran(2), Andrzej Kaszuba(3), Dorota Krasowska(4), Nina Magnolo(5), Amita Bansal(6), Swapnil S. Dahale(7), Ruvie Martin(2), Bertrand Paguet(6), Philemon Papanastasiou(6) y Kulli Kingo(8) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España, (2) Novartis Pharmaceuticals, East Hanover (New Jersey) - Estados Unidos, (3)DERMED Medical Services, Lodz - Polonia, (4)Department of Dermatology, Venerology and Paediatric Dermatology, Medical University of Lublin, Lublin - Polonia, (5)University Hospital Münster, Münster (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (6)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (7)IQVIA, Mumbai (Maharashtra) - India y (8)Tartu University Hospital and University of Tartu, Tartu - Estonia.

**Antecedentes y objetivos:** La eficacia y seguridad de secukinumab se ha demostrado en un estudio pivotal de fase III en niños y adolescentes con psoriasis en placas crónica grave hasta la semana 104 (NCT02471144). Aquí evaluamos la eficacia y la seguridad del tratamiento continuado con secukinumab durante 236 semanas. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la eficacia a largo plazo de secukinumab en niños y adolescentes con psoriasis en placas crónica grave durante 236 semanas de tratamiento y estudiar la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de secukinumab en niños y adolescentes con psoriasis en placas crónica grave durante 236 semanas.

**Métodos:** Los pacientes (N = 162) de 6 a <18 años se estratificaron por peso (<25/25-50/≥50 kg) y edad (<12/≥12 años) para recibir dosis bajas (DB: 75/75/150 mg) o dosis altas (DA: 75/150/300 mg) de secukinumab, placebo o etanercept (0,8 mg/kg; máx. 50 mg). Después de la semana 52, 106 pacientes entraron en el período de extensión (semana 52-236) (cualquier DB secukinumab [n = 53] y cualquier DA de secukinumab [n = 53]). Se evaluó la eficacia a largo plazo (índice de severidad del área de psoriasis [PASI] [respuesta 75/90/100], evaluación global del investigador modificada de 2011 [IGA mod 2011] respuesta 0/1), puntuación PASI y seguridad.

**Resultados:** Los pacientes tratados con secukinumab mostraron respuestas sostenidas de PASI 75/90/100 (cualquier DB de secukinumab: 97,2%/77,8%/50,0%, cualquier DA de secukinumab: 97,4%/84,6%/69,2%) e IGA mod 2011 0/1 (cualquier DB de secukinumab, 69,4%; cualquier DA de secukinumab, 79,5%) en la semana 236. Las puntuaciones medias de PASI disminuyeron desde el inicio en un 94,8% (alcanzando 1,35) con cualquier DB de secukinumab y en un 96,7% (alcanzando 1,22) con cualquier DA de secukinumab en la semana 236. La exposición a secukinumab a largo plazo (~435,95 años-paciente) no mostró ninguna nueva señal de seguridad. La incidencia de acontecimientos adversos fue comparable entre los grupos de cualquier DB (87,5%) y DA (91,4%) de secukinumab. Los acontecimientos adversos más comunes según el término preferido fueron nasofaringitis, cefalea, amigdalitis, faringitis y tos.

**Conclusiones:** Ambas dosis de secukinumab demostraron una eficacia sostenida y un perfil de seguridad favorable hasta las 236 semanas de tratamiento en la psoriasis pediátrica.

ZONA  
PÓSTER

## DERMATOPATOLOGÍA

PO-75

### MELANOMA NODULAR DE PATRÓN PSEUDOGLANDULAR: UNA VARIANTE HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE

Clara Buendía-Martínez(1), Pablo Bonete-Villaescusa(1), María Olivares-Guerrero(1), Sonsoles Berenguer-Ruiz(1), Raquel Navarro-Tejedor(1), Elena Gallo-Gutiérrez(1), Alejandra Reolid-Pérez(1), Patricia Muñoz-Hernández(2) y Pedro Rodríguez-Jiménez(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Introducción:** El melanoma alberga una amplia variabilidad morfológica. Sin embargo, es muy infrecuente que un patrón pseudoglandular sea predominante en la arquitectura de la lesión. Esta variante supone un reto diagnóstico dado que puede confundirse con una metástasis de adenocarcinoma. Presentamos un caso de melanoma con patrón pseudoglandular predominante en toda la lesión.

**Caso clínico:** Mujer de 94 años que consultó por una lesión en la espalda, asintomática, de tiempo de evolución desconocido, que presentaba sangrado de forma espontánea. Sin antecedentes personales de interés. En la exploración física, en la región escapular izquierda, se observó una lesión tuberosa, eritematosa, de 1 cm de diámetro, friable, con un punto de sangrado espontáneo. A la dermatoscopia se observaron áreas ovoides blanquecinas y rosadas, con telangiectasias gruesas. Se realizó extirpación de la lesión mostrando signos histopatológicos de melanoma nodular con formación de estructuras pseudoglandulares. El estudio inmunohistoquímico expresó SOX10 y Melan-A. Presentaba un índice de Breslow de 2,3 mm, sin invasión linfovascular ni perineural y márgenes libres. Mediante una ecografía axilar e inguinal se descartó afectación locorregional. Se realizó una ampliación de los márgenes de la lesión sin evidencia de componente neoplásico residual. El caso se presentó en el Comité de tumores donde se decidió el seguimiento de la paciente sin aconsejar nuevas intervenciones diagnósticas ni terapéuticas.

**Discusión:** El patrón pseudoglandular es una variante arquitectural muy infrecuente de melanoma, también conocida como melanoma "acantolítico" o "adenoide". Se debe a la discohesión celular dentro de los nidos tumorales. En ausencia de componente "in situ" o pigmento melánico, como ocurre en nuestro caso, el diagnóstico se confirma con el estudio inmunohistoquímico. Queremos destacar la importancia de esta variante dado que esta arquitectura puede confundirse con otras neoplasias, como el adenocarcinoma primario o metastásico, llevando a un diagnóstico erróneo con las consecuencias que ello conlleva.

**PO-76 PARAQUERATOSIS GRANULAR, UNA ENTIDAD INFRECIENTE**

Celia Campoy Carreño(1), Lucía García Almazán(1), Marina Torrent García(1), Alejandro Javier Castillo Botero(1), Tamara Amanda Hernández Gómez(1), Francisco José de León Marrero(1), José Pardo Sánchez(1), Fernando Alarcón Soldevilla(1), Fernando Javier Allegue Gallego(1) y Ángel López Ávila(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España.



Placas marronáceas hiperqueratósicas a nivel de pliegue axilar izquierdo.

Presentamos el caso de un varón de 43 años que consulta por la aparición progresiva de placas y pápulas de coloración marronácea, hiperqueratósicas, levemente pruriginosas, a nivel de axila izquierda de 10 meses de evolución.

Con la sospecha de paraqueratosis granular se realizó biopsia cutánea en sacabocados cuyo estudio histológico reveló una epidermis acantósica y engrosamiento de la capa córnea con marcada hiperparaqueratosis compacta y abundantes gránulos de queratohialina retenidos en la misma.

La paraqueratosis granular es una dermatosis infrecuente causada por una alteración adquirida de la queratinización. Clínicamente se caracteriza por la aparición de placas hiperqueratósicas, eritematosas o parduzcas, bien delimitadas, algunas veces de superficie friable, y que pueden ser pruriginosas. Aparece típicamente a nivel axilar, aunque también se han descrito en otras localizaciones como región inguinal, pliegue submamario, abdomen, rodillas o región perianal. Se ha asociado con agentes irritantes locales.

Para su tratamiento se han ensayado derivados de la vitamina D (tacalcitol, calcipotriol), corticoides tópicos, lactato amónico, antibióticos tópicos o crioterapia. En algunos pacientes se ha descrito la resolución espontánea.

Nuestro paciente fue tratado con pomada de tacrolimus 0,1% una vez al día durante cuatro semanas y dos veces a la semana durante un mes más, con resolución de las lesiones. Proponemos el uso de tacrolimus 0,1% como otra opción terapéutica más.

**PO-77 CARCINOMAS SECRETORES PRIMARIOS CUTÁNEOS: SERIE DE 4 CASOS DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE**

Elena Gallo Gutiérrez(1), María del Mar Llamas Velasco(1), Pedro Rodríguez Jiménez(1), Thomas Mentzel(2), María Luisa Martos Cabrera(1), Ester Muñoz Aceituno(1), Patricia Muñoz Hernández(3) y Raquel Navarro Tejedor(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (2)MVZ Dermatopathologie Friedrichshafen/Bodensee PartG, Friedrichshafen (Baden-Wberg Bayern) - Alemania y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

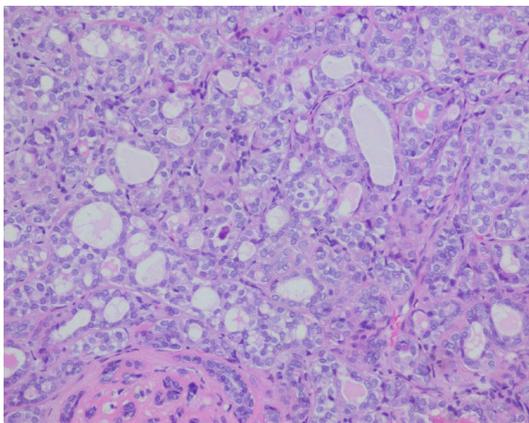


Figura 1. H-E. Detalle de la tumoración dérmica sólida, con proliferación de túbulos y pequeños nidos celulares con citoplasma eosinófilo.

**Introducción:** Los carcinomas secretores cutáneos primario (CSCP) son neoplasias cutáneas primarias que presentan similitudes histopatológicas con el carcinoma secretor de mama (CSM) y el carcinoma análogo secretor de mama (CASM). Son más frecuentes en mujeres (proporción 3:7). Aunque el curso clínico parece indolente, el escaso conocimiento de esta entidad obliga al seguimiento estrecho de estos pacientes.

**Casos clínicos:** Se trata de 4 mujeres con edades comprendidas entre los 34 y los 61 años que habían acudido a consulta por lesión papulosa de superficie lisa de crecimiento lentamente progresivo en los últimos meses-años (máximo 4 años).

Se realizó exéresis de la lesión y el estudio histológico mostró tumoración dermohipodérmica nodular no encapsulada con estructuras tubulares con secreción eosinófila en su interior y nidos de pequeño tamaño (Fig. 1). La inmunohistoquímica fue en todos los casos positiva para S100 y mamaglobina, si bien en el primer caso este último marcador fue negativo. Se detectó el gen de fusión ETV6:NTRK3 mediante FISH en el caso 3 y en los dos CSCP del caso 4, si bien el caso 2 resultó negativo para esta mutación; además se encontraron mutaciones en MSH2 y CDKN2A en lesión del párpado del caso 4 (Tabla 1).

El estudio histológico permitió el diagnóstico de CSCP tras haber descartado enfermedad en otras localizaciones. En ningún caso éste había sido el diagnóstico de sospecha inicial.

En los casos 2 y 4 las lesiones aparecieron en el párpado y en los otros dos en flanco e ingle. En todos los casos se realizaron otras pruebas de imagen para descartar CSM y CASM. Los casos 1 y 3 no mostraron recidiva tras 4 y 12 años de seguimiento respectivamente. El caso 2 presentó recurrencia local a los dos años y el caso 4 un segundo carcinoma secretor en la glándula parótida. Ningún caso presentó invasión ganglionar ni diseminación metastásica.

**Discusión:** Los CSCP son una entidad clínica descrita de manera reciente. Histológicamente son muy similares a los CSM y CASM, y no hay marcador inmunohistoquímico específico. El gen de fusión ETV6:NTRK3 está presente en la mayoría de los casos, si bien no es específica de esta entidad.

Por ello, será la historia clínica y las pruebas de imagen las que nos permitan diagnosticar esta entidad. Debido al escaso número de casos publicados y al desconocimiento, esta entidad se encuentra infradiagnosticada.

**Tabla 1.** Resumen casos de carcinoma secretor cutáneo primario

	SEXO	EDAD	Evolución	Marcadores IHQ	Estudio genético tumor
CASO 1	Mujer	61	No recidiva, no metástasis	+: CK7, S-100 + débil: GAT 3, p63 -: CK20, mamaglobina, C-erb-2	
CASO 2	Mujer	46	Dos recidivas locales	+: S-100, mamaglobina -: GCDFP-15	Ausencia gen de fusión NTRK
CASO 3	Mujer	34	No recidiva, no metástasis	+: CK7, S-100, mamaglobina	Gen de fusión ETV6-NTRK3
CASO 4	Mujer	35	Nuevo carcinoma secretor en parótida	+: CK7, S-100, mamaglobina	Gen de fusión ETV6-NTRK3 en ambas lesiones

**PO-78 LA IMPORTANCIA DE LLAMARSE FIBROMA**

Nerea Infante Gonzalo(1), Ander Ezkurra Altuna(2), M<sup>a</sup> Asunción Arregui Murua(1), Gadea Braceras Rincón(1), Román Ballesteros Redondo(1), Clara Rodríguez Caruncho(1), Aitor de Vicente Aguirre(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España.

**Introducción:** El fibroma pleomórfico es una entidad infrecuente descrita por Kamino et al. en 1989, constando la serie de casos más amplia de 18 lesiones. Se trata de una neoplasia dérmica benigna de origen miofibroblástico, de etiología desconocida. Clínicamente se manifiesta como un nódulo cutáneo único cupuliforme o polipoide, asintomático, de crecimiento lento, que suele aparecer en extremidades de adultos. Microscópicamente se caracteriza por una proliferación dérmica bien circunscrita compuesta predominantemente de células fusiformes de talla mediana, con algunas células más grandes de apariencia estrellada, así como multinucleadas, en un fondo estromal típicamente hialinizado o colagénico. La presencia de figuras mitóticas es inusual. La extirpación completa y conservadora es curativa y el pronóstico casi universalmente favorable.

**Resultados:** Presentamos el caso de una mujer de 76 años con una lesión de 1 cm pediculada, eritematosa y firme en brazo izquierdo. La paciente refería años de evolución y crecimiento en los últimos meses. Se procedió a su extirpación y estudio histológico, observándose una proliferación neoplásica dérmica de crecimiento exofítico y estroma mixoide, compuesta mayoritariamente por celularidad fusada y acompañada de células multinucleadas, con presencia de figuras mitóticas. En el estudio inmunohistoquímico (IHQ) destacó la positividad intensa y extensa para CD34 y se descartaron otras entidades. En el seguimiento no se observaron datos de recidiva.

**Discusión y Conclusiones:** Presentamos un caso de una entidad muy infrecuente, pero de carácter benigno pese a la presencia de atipia. Nuestra lesión presenta más figuras mitóticas de las habituales, atribuibles a cambios reactivos por su naturaleza exofítica.

El diagnóstico se basó en la morfología del tejido y en el estudio IHQ. La negatividad de varias técnicas descartó respectivamente que se tratase de una lesión melanocitaria (SOX10 y S100), neural (S100), histiocitaria (CD68), lipomatosa (MDM2), dermatofibrosarcoma protuberans (translocación del gen COL1A1), neoplasia epitelial (CKAE1/AE3), proliferación de músculo liso (Actina1a4) y tumor fibroso solitario (STAT6). La positividad de CD34 descartó fibroxantoma atípico, dermatofibroma y angiofibroma.

El conocimiento de esta patología es necesario para filiar adecuadamente su pronóstico.

**PO-79 CARCINOMA DE MERKEL IN SITU EN COMBINACIÓN CON CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU: DIFERENTES O IGUALES?**

Marc Mir Bonafe(1), Guillermo González López(2), Noelia Izquierdo Herce(1), Inés Gracia Darder(1), Elisabeth Vanrell Büse(1), Carlos Manuel Martorell Moreau(1), Laura Moreno Hernández(1) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Servei de Dermatologia y (2)Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia neuroendocrina cutánea poco común que típicamente aparece en personas con piel fotodañada y en pacientes inmunodeprimidos. Característicamente, en el 80% de los casos se detecta la presencia de un virus integrado, el poliomavirus de células de Merkel (PVCM). En torno al 5-14% de los casos coexiste con tumores distintos, en particular el carcinoma escamoso (CEC). Se cree que esta combinación representa un proceso patológico distinto del CCM, con una característica ausencia del PVCM y, en ocasiones, un curso más agresivo.

Presentamos el caso de una mujer de 88 años, con antecedentes de varios CECs en zonas fotoexpuestas. Consulta por una pápula en la punta nasal de reciente aparición. A la exploración observamos una lesión cupuliforme eritematosa de 4mm, con una zona queratósica. Se lleva a cabo la exéresis de la lesión. El estudio histopatológico revela que, en el seno de carcinoma escamoso in situ, se identifican algunos nidos situados en la mitad inferior de la epidermis formados por unas células con una relación núcleo-citoplasma elevada, núcleo oval con cromatina difuminada y nucleolo pequeño central. Expresan CK20, INSM1 y cromogranina y son negativas para PVCM. Ante estos hallazgos, se llega al diagnóstico de CEC in situ en combinación con un CCM in situ, por lo que se decide ampliar 5mm la cicatriz.

Se reconocen dos tipos de MCC: dependiente de PVCM e independiente del PVCM. La vía independiente del PVCM se asocian al exceso de radiación ultravioleta. Estos tumores CEC/CCM combinados suelen ser negativos para el PVCM. Estas características hacen que estos tumores sean más parecidos al CEC y al CCM PVCM negativo que al CCM clásico PVCM positivo en cuanto a comportamiento. Se postula que sería un

CEC relacionado con la exposición ultravioleta que adquiere diferenciación neuroendocrina, presuntamente derivada de queratinocitos o células madre epidérmicas. Además, que un componente in situ sea encontrado sólo en una pequeña proporción de casos de CCM y que los CCM in situ sean extremadamente raros, refuerzan esta hipótesis.

Presentamos un nuevo caso de combinación de CCM y CEC, siendo los dos componentes únicamente in situ. Es una variante de la que existen escasos reportes en la literatura por lo que la carcinogénesis continúa sin esclarecerse.

### PO-80 GRANULOMA ANULAR CON APARIENCIA LINFOMATOSA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL Y POCO CONOCIDA

Juan Carlos Romera Pallarés(1), Blanca Rebollo Caballero(1), José Pablo Serrano Serra(1), José Francisco Orts Paco(1), José Navarro Pascual(1), Javier Ruiz Martínez(1), Jesús Hernández-Gil Sánchez(1) y Sebastián Ortiz Reina(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia - España y (2)Dpto. Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España.

**Introducción:** El granuloma anular (GA) es una dermatitis granulomatosa de etiología desconocida, de la cual, se han identificado clásicamente dos patrones histológicos. A continuación, presentamos el caso de una nueva variante inusual, poco conocida y escasamente descrita en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 75 años que acude por presencia de lesiones generalizadas evanescentes de 7 años de evolución que aparecen principalmente en verano. Como antecedentes destaca seguimiento por Hematología por síndrome linfoproliferativo de bajo grado a estudio con presencia de esplenomegalia y adenopatías retroperitoneales no captantes. A la exploración se observaban placas eritematosas tenues en antebrazos, muslos y en piernas, con bordes algo más eritematosos e infiltrados. Se decide tomar biopsia. La histología mostró un denso infiltrado linfocitario perivascular sin células atípicas a nivel de toda la dermis.

A nivel intersticial también se observaban histiocitos entre las fibras de colágeno acompañado de depósitos de mucina que mostraban positividad con azul alcian. Inmunohistoquímicamente, el componente linfocitario era de fenotipo T con misma proporción de células CD4 y CD8. Finalmente, con estos hallazgos se diagnosticó de GA intersticial pseudolinfomatoso. Las lesiones se resolvieron de forma espontánea y dada su naturaleza benigna no se realizaron acciones adicionales.

**Discusión:** El GA se caracteriza histológicamente por la presencia de un infiltrado linfocitario perivascular e intersticial en la dermis acompañado de depósitos de mucina. En función de la disposición de los histiocitos, clásicamente se distinguen dos patrones, la forma intersticial, y la variante necrobiótica. La cantidad de infiltrado linfocitario suele ser escasa pero recientemente se ha descrito una nueva variante con características histológicas peculiares, en la que este componente linfocitario es muy prominente, es la variante pseudolinfomatoso.

Esta variante se caracteriza histopatológicamente por la presencia de un denso infiltrado linfocitario perivascular sin atipias, junto con la presencia concomitante de GA intersticial o necrobiótico.

Estos hallazgos nos puede plantear un diagnóstico erróneo y malinterpretarse como un trastorno linfoproliferativo cutáneo, por ello, es importante conocer esta variante para evitar un sobrediagnóstico y sobretratamiento en los pacientes.

## ZONA PÓSTER

## DERMATOSIS INFLAMATORIAS

### PO-81 ANÁLISIS DE BIG DATA DE LA DISTRIBUCIÓN DE SEXO Y EDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA REPORTADA EN REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD (EHR) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS (HIDRADENITIS SUPURATIVA, DERMATITIS ATÓPICA Y PSORIASIS) EN UN CENTRO TERCARIO DE ESPAÑA

Fernando Alfageme Roldán(1), Mercedes Hospital Gil(1), Ángel Manuel Rosell Díaz(1), Marta Elosua González(1) y Gastón Roustan Gullón(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

**Introducción:** La ideación suicida no es infrecuente en pacientes con enfermedades crónicas de la piel inmunomediadas. La mayoría de los estudios se basan en encuestas a pacientes. Sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado un estudio de ideación suicida en registros electrónicos de salud (EHR).

El procesamiento de lenguaje natural (NLP) es una metodología de inteligencia artificial (IA) que permite la explotación de datos de EHR incluso con información no estructurada. Esta metodología podría proporcionar percepciones sobre información médica basada en análisis de big data.

**Material y Métodos:** Este fue un estudio observacional y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de los registros médicos electrónicos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (España). Se utilizaron técnicas de inteligencia artificial y procesamiento de lenguaje natural para extraer la información de los registros electrónicos de salud del centro sanitario.

**Resultados:** Se analizaron 23,579 pacientes únicos con estas tres patologías. La distribución de la enfermedad por enfermedad fue 13,360 (56,5%) pacientes con dermatitis atópica (AD), 8926 con Psoriasis (37,86%), y 1710 (7,25%) con hidradenitis supurativa (HS). La incidencia de ideación suicida en estas tres patologías fue del 0,99% para HS, 0,83% para PS y 0,76% para AD. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

El análisis por enfermedad mostró una edad media de 49.06 +/- 12.56 años en HS, 54.0 +/- 16.93 en PS y 25.11 +/- 15.94 años en AD. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ) entre AD y los pacientes de PS y HS que no difirieron en edad de ideación suicida.

Respecto a la distribución por género, el 70.59% de los casos eran mujeres en HS, 52% en PS y 60.40% en AD. Estas diferencias de género fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ).

Los pacientes en terapia biológica no presentaron una incidencia de ideación suicida mayor a los pacientes no tratados con fármacos biológicos.

**Conclusiones:** De acuerdo con estos datos, la ideación suicida en pacientes con IMIDS es bastante frecuente, especialmente en pacientes jóvenes del sexo femenino en el caso de AD y en mujeres en la sexta década en HS y PS. En nuestra población, los pacientes en terapia biológica no presentaron un aumento en la ideación suicida.

Según nuestros datos, pueden ser necesarios programas especiales dirigidos a pacientes con este perfil que manifiesten ideación suicida para prevenir suicidios en pacientes con IMIDS.

### PO-82 PERNIOSIS DE LOS GLÚTEOS: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mario Aparicio Domínguez(1), Sonsoles Berenguer Ruiz(1), Mireia Seguí Olmedilla(1), Pablo Bonete Villaescusa(1), Diego de Argila Fernández-Durán(1), Javier Sánchez Pérez(1), Pablo Chicharro Manso(1) y Pedro Rodríguez Jiménez(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La perniois de los glúteos, también conocida como paniculitis ecuestre, es una entidad caracterizada por la aparición de placas o nódulos eritematovioláceos en los meses fríos. Aparece con predilección en la cara superolateral de muslos y glúteos, y es de carácter autorresolutivo. Se ha descrito una predominancia en mujeres jóvenes que realizan actividades al aire libre (clásicamente como jinetes) y en fumadores. Sin embargo, existe una escasez de estudios y revisiones que analicen los datos epidemiológicos e histológicos de esta entidad, lo que constituye el objetivo de este trabajo.

**Métodos:** Se realiza una revisión narrativa de la literatura, analizando las características clínico-epidemiológicas e histopatológicas, y se añaden tres nuevos casos clínicos.

**Resultados:** Se analizaron un total de 37 casos de perniois de los glúteos con documentación histopatológica, incluyendo tres casos propios. El 94% fueron mujeres, con una mediana de edad de 25 años (rango: 17-50 años). El 60% (22 pacientes) de los casos mostraron antecedentes de exposición laboral o recreacional relacionados con los brotes (20 eran jinetes, y los otros dos lo relacionaron con exposición laboral).

Todos los pacientes presentaron lesiones en forma de placas o nódulos eritematosos o violáceos en la cara posterolateral de los glúteos o muslos. En cuanto a los datos anatomopatológicos, se observó infiltrado inflamatorio perivascular superficial en el 100% y periecrino en un 80%, depósito de mucina en un 80%, extensión del infiltrado al pánículo adiposo en un 78%, vasculitis linfocítica en un 59%, y alteraciones epidérmicas en el 43% (de las cuales, las más comunes fueron degeneración vacuolar en un 62% y paraqueratosis en un 16%).

**Conclusiones:** La perniois de los glúteos presenta una fuerte predilección por el sexo femenino en la tercera década de la vida. Aunque clásicamente ha sido asociada con la actividad ecuestre u otras exposiciones al frío, hasta en un 40% de los casos no se encuentra relación clara con ninguna actividad. Los datos histológicos encontrados con mayor frecuencia son los infiltrados linfocíticos perivasculares y periecrinos, el depósito de mucina dérmica, la extensión del infiltrado al tejido adiposo y la vasculitis linfocítica.

En resumen, este trabajo aporta tres casos nuevos de la entidad e incluye una revisión analítica de la literatura.

### PO-83 DERMATOSIS NEUTROFÍLICA DE LAS MANOS CON AFECTACIÓN PALMAR ASOCIADA A OLIGODENDROGLIOMA

Alejandro Arroyo Córdoba(1), Elisabeth Gómez Moyano(1), Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Marina Romero Bravo(1), Andrés Sanz Trelles(2) y María Dolores Fernández Ballesteros(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.



*Dermatosis neutrofílica de las manos*

Mujer de 51 años con antecedentes de oligodendroglioma anaplásico diagnosticado hace meses y tratado con cirugía más radioterapia. Acude a nuestras consultas presentando placas eritemato violáceas en palmas de ambas manos, de predominio cubital, muy dolorosas al tacto y asociando discreto edema.

No presenta lesiones cutáneas a otros niveles, fiebre ni clínica sistémica acompañante. La biopsia muestra un infiltrado neutrofílico intersticial y perivascular con presencia de vasculitis y discreta leucocitoclasia, siendo las lesiones compatibles con dermatosis neutrofílica de las manos (DNM).

Algunos autores reconocen esta enfermedad como una entidad independiente, aunque el mayor consenso es clasificarla dentro de una variante localizada de síndrome de Sweet.

Comúnmente se conoce en la literatura como Dermatitis neutrofílica del dorso de las manos (DNDM); sin embargo, como en nuestro caso, es posible la afectación palmar, siendo una distribución menos frecuente y con características propias.

La DNM se ha asociado a neoplasias malignas, principalmente hematológicas, así como de órgano sólido. Nuestro caso es el primero descrito en la literatura en relación con el oligodendroglioma. Otras asociaciones descritas son la hipertensión, infección reciente, enfermedad inflamatoria intestinal, vacunas y enfermedades reumáticas.

El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos a dosis 0.5-1 mg/Kg/día con una respuesta rápida, siendo la dapsona o la colchicina otras opciones efectivas. El tratamiento propuesto en nuestra paciente, debido al fuerte dolor asociado, fue de prednisona 0.5mg/Kg/día asociado a clobetasol tópico 0.05% con buena evolución. A pesar de esto, las lesiones de distribución palmar presentan característicamente menos tendencia a ulceración, siendo en estos casos los corticoides tópicos potentes asociados a tacrolimus una alternativa con mejor perfil de seguridad.

Como conclusión, destacamos la importancia del reconocimiento de esta enfermedad, debido a sus posibles asociaciones, priorizando descartar neoplasias malignas; incluyendo las hematológicas por su elevada frecuencia y las del sistema nervioso central como en el presente caso; siendo estas patologías las que marquen el pronóstico del paciente.

PO-84

SÍNDROME DE VEXAS: SERIE DE 6 CASOS CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y ESTUDIO MOLECULAR DEL GEN UBA1

Sara Becerril Andrés(1), Cesarina Altagracia Batista Batista(2), Francisco Javier Díaz de la Pinta(3), Borja Puertas Martínez(4), David Revilla Nebreda(5), Laura Nájera Botello(6), María Rodríguez Pinilla(3), Ángel Santos-Briz Terrón(2) y Javier Cañuelo Álvarez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (3)Servicio de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España, (4)Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (5)Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España y (6)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid - España.

El sd. VEXAS (vacuolas, enzima E1, ligado al cromosoma X, autoinflamatorio y somático) es una enfermedad autoinflamatoria adquirida recientemente descrita causada por una mutación somática ligada al X en el gen UBA1, que codifica la enzima E1, responsable de la ubiquitinación de proteínas. Afecta predominantemente a varones de edad avanzada, produce manifestaciones inflamatorias sistémicas y hematológicas y tiene un curso gradual con mal pronóstico.

Presentamos un serie de casos de 6 pacientes con sd. VEXAS con descripción de sus características clínicas y anatomopatológicas.

Todos los pacientes fueron varones, con edad media de 70.5 años, y presentaron lesiones de tipo dermatosis neutrofílica o vasculitis. 4 pacientes presentaron fiebre, 4 artritis, 3 afectación pulmonar, 3 condritis y 4 eventos tromboembólicos. 5 casos asociaban algún trastorno hematológico: 2 leucemia mieloide aguda (LMA), 2 síndrome mielodisplásico (SMD) y 1 linfoma de Hodgkin en remisión. 1 paciente se diagnosticó retrospectivamente años después del fallecimiento por un síndrome hemofagocítico y 2 pacientes fallecieron por progresión de LMA y septicemia.

Se revisaron 6 biopsias cutáneas. 5 mostraron una dermatosis neutrofílica con elementos mieloides inmaduros confirmados por estudio inmunohistoquímico, una de ellas asociada a vasculitis de pequeño vaso. 1 biopsia mostró una vasculitis leucocitoclástica con leucocitos en distintos estadios madurativos. En 4 pacientes la biopsia de MO mostró hiper celularidad de tejido hematopoyético de predominio mieloide y en 1 mostró normocelularidad sin alteraciones en la proporción ni en la maduración de las tres series.

En todos los pacientes el estudio citomorfológico del aspirado de MO reveló vacuolas intracitoplasmáticas en la serie mieloide, identificadas también en la serie eritroide de 3 de ellos. Se realizó secuenciación de ADN de origen medular y cutáneo, identificando 4 mutaciones diferentes del gen UBA1: c.121A>G p. (Met41Val), c118-1G>C, c.121A>C (Met41Leu) y p.Met41Thr, ATG ACG.

Es fundamental sospechar un sd. VEXAS dentro de un contexto clínico-patológico adecuado: varones de avanzada edad con compromiso inflamatorio sistémico, lesiones de dermatosis neutrofílica o vasculitis y anomalías hematológicas. El tratamiento no está estandarizado y se recomienda un enfoque práctico en función del riesgo/beneficio de cada paciente.

PO-85

ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Elia Boza Villar(1), Sara Merino Molina(1), Carmen Tienza Fernández(1), Teresa Dawid de Vera(2), Norberto López Navarro(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1) Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Caso clínico:** Las enfermedades perforantes son un grupo de trastornos cutáneos poco frecuentes caracterizados por la eliminación a través de la epidermis de tejido conjuntivo dérmico.

Presentamos el caso de un varón de 32 años con antecedentes de síndrome fascio-cardio-cutáneo y retraso madurativo severo que acude a consulta por lesiones cutáneas en miembros inferiores de unos 7 meses de evolución que no habían mejorado pese a realizar múltiples tratamientos con antifúngicos tanto orales como tópicos.

A la exploración se aprecian lesiones a modo de placas anulares con borde sobreelevado eritematoso y pápulas con hiperqueratosis superficial en cara posterior de miembros inferiores. El estudio histopatológico reveló hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa con intensa inflamación mixta subyacente y pérdida de fibras elásticas a nivel de dermis papilar, apreciándose imágenes de transeliminación epidérmica de las mismas con técnicas histoquímicas, siendo esto patognomónico de elastosis perforante serpiginosa.

**Conclusiones:** La elastosis perforante serpiginosa es una dermatosis rara que se asocia normalmente a diferentes trastornos del tejido conectivo. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la exploración clínica y el estudio histopatológico, no siendo necesarias otras pruebas complementarias. En su tratamiento se incluyen retinoides tópicos y orales, imiquimod crema 5% y láser CO2, siendo todos estos ineficaces.

**PO-86 LIQUEN PLANO LINEAL UNILATERAL BLASCHKOIDE EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Cláudia Brazão(1), Miguel Duarte-Reis(1), Pedro de Vasconcelos(1), Luís Soares de Almeida(1) y Paulo Filipe(1) de (1)Serviço de Dermatologia. Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa - Portugal.

**Introducción:** El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica con pleomorfismo clínico. Además de sus formas clásicas de presentación clínica, pueden surgir manifestaciones cutáneas infrecuentes que dificultan su diagnóstico.

**Caso Clínico:** Un varón cisgénero heterosexual de 44 años, sin comorbilidades, fue observado en la consulta dermatológica de urgencias en nuestro hospital por una erupción cutánea pruriginosa en el miembro inferior izquierdo, de dos semanas de duración. El paciente refería contactos sexuales desprotegidos con seis parejas en los últimos dos meses y negó la presencia de otros síntomas. En la exploración, se observaban placas eritematovioláceas, brillantes, de superficie aplanada que se distribuían unilateralmente en un trayecto lineal en la cara posterior del miembro inferior izquierdo. Los exámenes de laboratorio mostraron serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con carga viral 35.000 copias/mL y linfocitos T CD4+ 358 células/uL. Se descartó la presencia de otras infecciones de transmisión sexual y los otros exámenes no mostraron ningún dato patológico. La biopsia cutánea mostró una hiperqueratosis con un denso infiltrado linfocitocitario en banda en la dermis superior. Se estableció el diagnóstico de liquen plano lineal unilateral blaschkoide asociado a infección por el VIH. Se inició tratamiento antirretroviral y clobetasol 0,5mg/g pomada, con mejora de las lesiones e hiperpigmentación posinflamatoria.

**Discusión:** Las lesiones lineales son frecuentes en LP debido al fenómeno de Koebner, pero la presentación lineal y unilateral siguiendo las líneas de Blaschko es una variante excepcional. La asociación entre LP y virus está bien establecida, especialmente con el virus de la hepatitis C, pero la relación entre el LP y el VIH todavía no está clara. En personas con el VIH, las dermatosis inflamatorias como en LP pueden ser la manifestación inicial, ser más severas, tener presentaciones más atípicas y mostrar resistencia a los tratamientos. La asociación del LP con VIH puede atribuirse a la supresión de las células CD4+ y a diferencias en la presentación antigénica con una respuesta inmunitaria alterada. Este caso destaca la importancia de las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas y el papel del dermatólogo en su reconocimiento, contribuyendo al su diagnóstico y tratamiento precoz.

**PO-87 DERMATOSIS URTICARIAL NEUTROFÍLICA AISLADA: CUANDO NO HAY EVIDENCIA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA SUBYACENTE**

Ana María Carballido Vázquez(1), Ana María Antón Márquez(1), Teresa Lucía Vega López(1), Irene González Jiménez(1), María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), María Elena Pérez Martín(2), Ángel Santos-Briz Terrón(3), Pilar Manchado López(1) y Ana Mateos Mayo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.

**Introducción:** Las dermatosis neutrofilicas (DN) conforman un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias caracterizadas por un infiltrado neutrofilico estéril en la histología y frecuente asociación a enfermedades subyacentes. La dermatosis urticarial neutrofilica (DUN), descrita en 2009, se corresponde clínicamente con una urticaria e histológicamente con una DN.

**Caso clínico:** Mujer sana de 73 años que inició cuadro de astenia intensa, anorexia, malestar general y febrícula, asociado a lesiones cutáneas, no pruriginosas y migratorias cada 24-48 horas, sin otra clínica acompañante. Negaba consumo de fármacos, viajes al extranjero, picaduras y contacto con animales. En la exploración se observaban grandes placas eritematosas, confluentes y muy calientes a la palpación en los hombros y muslos. La paciente tenía iconografía en donde se apreciaban lesiones de características similares en distintas localizaciones. Había recibido tratamiento con antihistamínicos y corticoide oral sin mejoría. Se plantearon como hipótesis diagnósticas: dermatosis neutrofilica, enfermedad autoinflamatoria y enfermedad de Lyme. La analítica sanguínea demostró elevación de los reactantes de fase aguda y descartó gammapatía monoclonal asociada. El estudio de autoinmunidad resultó negativo, así como todas las serologías. Una biopsia cutánea evidenció un infiltrado inflamatorio neutrofilico en dermis de disposición perivascular e intersticial, con epiteliotromismo, sin espongiosis ni vasculitis, compatible con DUN. Estudios adicionales descartaron patologías asociadas. A los 6 meses, la paciente permaneció asintomática y libre de lesiones.

**Discusión:** La diferenciación precisa entre DUN y urticaria clásica o vasculitis urticarial es crucial debido a la fuerte asociación entre la DUN y enfermedades sistémicas. A diferencia de otras DN vinculadas a neoplasias o consumo de fármacos, la DUN se relaciona con enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias, que deben ser descartadas al diagnóstico. Como en el caso de nuestra paciente, también hay casos de DUN aislada. El manejo terapéutico también será diferente pues la DUN raramente responde a antihistamínicos, siendo los fármacos que evitan la migración de neutrófilos como la dapsona y la colchicina los más eficaces. En los casos asociados a síndromes inflamatorios, es útil el tratamiento con antagonistas de IL-1 o IL-6R.

**PO-88 GRANULOMA ANULAR ELASTOLÍTICO DE CÉLULAS GIGANTES: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 11 CASOS**

Ane Carrera Gabilondo(1), Ana Morelló Vicente(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Laura Álvarez Gigli(1), Mª Pilar Gil Sánchez(1), Leyre Aguado Gil(1), Agustín España Alonso(1) y Nuria Rodríguez Garijo(1) de (1)Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El granuloma anular elastolítico de células gigantes (GAECG) es una dermatosis infrecuente y de etiología desconocida. Aunque su presentación clínica es variable, histológicamente se caracteriza por la presencia de elastofagocitosis por células gigantes multinucleadas y pérdida de fibras elásticas.

El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y la frecuencia de patologías sistémicas asociadas en pacientes con GAECG.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, incluyendo pacientes diagnosticados mediante estudio histológico de GAECG en la Clínica Universidad de Navarra entre 2007-2023. Se analizaron datos demográficos y clínicos, incluyendo edad al diagnóstico, tiempo de evolución, tipo de lesión, localización de la lesión, número de lesiones, clínica asociada, patologías asociadas, utilización de fármacos fotosensibilizantes, tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 11 pacientes, con una relación femenino:masculino de 2,7:1. La media de edad al diagnóstico fue de 61 años. En el 54,5% de los pacientes el tiempo de evolución fue > 6 meses. La presentación clínica más frecuente fueron las lesiones tipo placa y pápula y ambas se observaron en 4 pacientes (36%), respectivamente.

La localización más frecuente fue extremidades (n=7; 63,6%), seguida de manos y pies (n=5; 45,5%), tronco (n=4; 36,4%), glúteos (n=2; 18,2%) y polo cefálico (n=1). Todos los pacientes presentaron lesiones en áreas fotoexpuestas. Únicamente 2 pacientes (18,2%) realizaban tratamiento habitual con fármacos fotosensibilizantes. La mayoría de pacientes no presentaban síntomas asociados (n=6; 54,5%). El síntoma más frecuente fue el prurito (n=3; 27,3%). Las patologías sistémicas más prevalentes fueron dislipemia (n=4; 36,4%) y patología autoinmune (n= 4; 36,4%). Otras patologías asociadas fueron diabetes mellitus (n=3; 27,3%) y patología tiroidea (n=2; 18,2%)

El tratamiento más frecuentemente empleado fue corticoides tópicos (n=7) . Otros tratamientos empleados fueron inhibidores tópicos de la calcineurina (n=2), corticoides intralesionales (n=1), pentoxifilina (n=1), hidroxicloroquina (n=1) e isotretinoína (n=1).

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren alta frecuencia de patología sistémica asociada en pacientes con GAECG. Las áreas fotoexpuestas se vieron afectadas en todos los pacientes.

### PO-89 MUCINOSIS ERITEMATOSA RETICULAR: UN RETO DIAGNÓSTICO

Pablo Marino Castro García(1), Alexandra Navarro Jiménez(2), Berta Ferrer Fabrega(2), Laia Clavero Rovira(1), Marc Falguera Mayoral(1), Ernesto Lavernia-Salles Granell(1), Álvaro Guerra Amor(1), Álvaro Gómez Tomás(1), Gloria Aparicio Español(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La Mucinosis Eritematosa Reticular o REM (por sus siglas en inglés, Reticular Erythematous Mucinosis) es una entidad infrecuente. Su solapamiento clínico e histológico con otras dermatosis inflamatorias como el lupus eritematoso cutáneo hace que su diagnóstico pueda ser desafiante.

**Métodos:** Presentamos un caso clínico ilustrativo de REM y realizamos una revisión bibliográfica de la literatura sobre las características clínico-patológicas de esta enfermedad.

**Resultados:** Un paciente varón de 41 años sin antecedentes patológicos de interés fue remitido a consultas externas de dermatología por una placa eritemato-edematosa de 4 años de evolución de 10 x 7 cm en la zona esternal. Se realizó una biopsia incisional que demostró un depósito de mucina de distribución intersticial en dermis reticular, acompañado de un leve infiltrado inflamatorio crónico perivascular superficial y medio, sin alteraciones epidérmicas. Se solicitó una analítica sanguínea que no mostró alteraciones en el hemograma, hemostasia, bioquímica general ni autoinmunidad. Se estableció el diagnóstico de mucinosis eritematosa reticular, iniciando tratamiento con hidroxicloroquina 200mg al día, con buena tolerancia y remisión parcial de la lesión al cabo de 4 meses de tratamiento.

**Discusión:** En la actualidad, la fisiopatología exacta de la REM sigue siendo desconocida. Clínicamente se caracteriza por placas eritematosas en tronco, pudiendo tener dos presentaciones: en placas y reticulada. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado perivascular en dermis superficial y media, junto con depósitos de mucina en dermis. En algunos casos, la inmunofluorescencia directa puede demostrar el depósito de inmunoglobulinas en la membrana basal epidérmica. Esta característica, junto con el aspecto clínico en placas, la exacerbación tras la fotoexposición y la respuesta a tratamientos antimaláricos, es compartida con el lupus eritematoso cutáneo. El tratamiento de la REM puede suponer un reto, siendo los antimaláricos la opción de elección.

**Conclusiones:** La REM es una entidad infrecuente, con características clínicas e histológicas que generan un solapamiento con el lupus eritematoso cutáneo. Un mejor conocimiento de su fisiopatología nos podría ayudar a definir mejor los límites de esta entidad y quizás abrir el camino a nuevas alternativas terapéuticas.

### PO-90 ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA FARMACOLÓGICA Y DEL PASI ABSOLUTO PARA COMPARAR LA EFICACIA DE IXEKIZUMAB VS. SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: ESTUDIO UNICÉNTRICO DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Alba Català Gonzalo(1), Sofía Gómez-Martínez(1), Magí Brufau Cochs(1), Miriam Sidro Sarto(1), Mercè Alsina Gibert(1) y Josep Riera Monroig(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes:** Desde la introducción de los fármacos biológicos, la principal medida utilizada en la mayoría de los ensayos clínicos ha sido una reducción del 75% en el psoriasis area and severity index score (PASI 75) en relación con los valores iniciales. Además, con la aparición de nuevos fármacos de alta eficacia, como los inhibidores de la IL-17, se ha vuelto más frecuente el uso del PASI 90 y PASI 100. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, el PASI absoluto se utiliza más comúnmente para cuantificar la eficacia del tratamiento.

**Objetivo y Método:** Este estudio evaluó de forma retrospectiva los resultados PASI absolutos y otras medidas de respuesta utilizando datos de pacientes con psoriasis de moderada a grave tratados con ixekizumab o secukinumab. Se realizó un estudio comparativo de la supervivencia del fármaco en práctica clínica real.

El análisis estadístico se realizó con el test de Chi-cuadrado y el test T de Student según correspondiera. El análisis de supervivencia se realizó mediante el uso de curvas de Kaplan-Meier y la comparativa con Log-rank test. Analizado con G-STAT 2.0.

**Resultados:** Entre abril de 2014 y noviembre de 2023, se incluyeron 98 pacientes (N=42 ixekizumab y N=56 secukinumab) con una edad media de 57,9 años, siendo el 63,3% hombres. El IMC medio fue de 27,6 Kg/m<sup>2</sup>. El 27,8% presentaban artritis psoriásica.

Los índices de gravedad de la psoriasis al inicio fueron de: PASI 9,78±6,1, BSA 15,82±17,4% y DLQI 12,3±7,6.

No hubo diferencias significativas en las características basales de ambos grupos (PASI inicial, BSA inicial, DLQI inicial, tabaquismo, DLP, HTA, DM-2, Obesidad, PsA, tratamientos previos -CsA, MTX, Acitretino, fototerapia-, localización, proporción pacientes naïve y proporción de número de biológicos previos).

Los pacientes en tratamiento con ixekizumab alcanzaron PASI 0 a los 3 meses más frecuentemente que los tratados con secukinumab (secukinumab 18,4% vs. ixekizumab 25,3%; p<0,05). Las diferencias entre fármacos de PASI absoluto ≤3, PASI absoluto ≤2 y PASI 0 a los 6 meses, 1, 2, 3, 4 y 5 años no fueron estadísticamente significativas.

El análisis de supervivencia no mostró diferencias estadísticamente significativas entre fármacos. La supervivencia media de ixekizumab fue 31,6±20,1 meses y secukinumab 45,1± 27,6 meses (p<0,05).

El fallo secundario fue la primera causa de discontinuación, siendo más frecuente en secukinumab que en ixekizumab (secukinumab 37% vs. ixekizumab 11%), seguido del fallo primario (secukinumab 11% vs. ixekizumab 9%). Únicamente se suspendieron 3 tratamientos por efectos adversos (secukinumab 1 paciente por xerosis y dermatitis e ixekizumab 1 paciente por síntomas digestivos y 1 paciente por reacción en el sitio de inyección). No se reportaron efectos adversos graves.

**Conclusiones:** Ixekizumab y secukinumab presentan datos de eficacia similares a largo plazo en la práctica clínica real. A los 3 meses ixekizumab fue más efectivo que secukinumab para lograr alcanzar un PASI 0, pero esta diferencia se con el tiempo. El análisis de supervivencia no mostró diferencias estadísticamente significativas. La causa principal de discontinuación fue el fallo secundario con ambos fármacos.

#### PO-91 PLACAS PAPILOMATOSAS HIPERPIGMENTADAS EN PLIEGUES EN MUJER JOVEN

Brais Chao Maseda(1), Carmen Cánovas Seva(1), José Sáez Padilla(1), María López-Pardo Rico(1), Carlos Aliste Santos(2) y Manuel Ginarte Val(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España.

**Introducción:** La presencia de placas hiperpigmentadas papilomatosas en pliegues plantean varios diagnósticos diferenciales: acantosis nigricans, pitiriasis versicolor, enfermedad de Darier, enfermedad de Dowling-Degos y papilomatosis confluyente y reticulada (PCYR) de Gougerot-Carteaud, entre otros.

**Caso Clínico:** Mujer de 21 años que acude a consulta de dermatología por placas marronáceas descamativas de dos años de evolución en región axilar, submamaria y cuello. Estuvo a tratamiento antifúngico tópico y sistémico (itraconazol), sin éxito. En la exploración física se observaban lesiones con un patrón reticular en la periferia, además de fluorescencia aislada puntiforme bajo luz de Wood. Se tomaron escamas para microbiología y se procedió a la toma de biopsia de las lesiones.

**Resultados:** Los resultados microbiológicos fueron negativos. En la biopsia de las lesiones de región submamaria y axilar destacó una discreta hiperplasia epidérmica, papilomatosa con hiperqueratosis, ausencia de estructuras fúngicas a la tinción de PAS. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de PCYR de Gougerot-Carteaud. No se reunían los criterios microscópicos para el diagnóstico de una enfermedad de Dowling-Degos.

**Discusión:** La PCYR es una dermatosis poco común, que suele comenzar entre la 1ª y 3ª década de la vida, con ligero predominio en el sexo femenino. La etiología es desconocida, aunque se postulan varias teorías: 1) desequilibrio endocrino (debido a su ocasional asociación a la obesidad, irregularidades menstruales, diabetes mellitus y trastornos hipofiso-tiroideos); 2) trastornos de la queratinización (debido a la respuesta satisfactoria a retinoides tópicos y sistémicos); 3) una respuesta anómala del huésped a una infección por levaduras del género *Malassezia furfur* o a una infección bacteriana por una especie del género *Dietzia*; 4) factores genéticos inespecíficos(1,2).

El tratamiento, aunque puede resultar frustrante, incluye como primera opción el uso de tetraciclinas orales, usando como segunda opción los retinoides orales o tópicos (1,2).

**Conclusión:** La PCYR es una entidad poco frecuente. Es característico el comienzo en la edad joven, más frecuentemente en mujeres. Resulta importante conocer esta entidad para establecer correctamente el diagnóstico diferencial. El patrón reticular en periferia es un dato característico clave para su diagnóstico.

#### PO-92 LIQUEN PLANO PIGMENTOSO LINEAR DE LA CARA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Samuel Corral Pavanelo(1), Sara Merino Molina(1), Ana Carmona Oliveira(1), M<sup>a</sup> Socorro Ocaña Wilhelmi(1), Eliseo A. Martínez García(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

Presentamos el caso de una mujer de cuarenta años que acude a consulta por lesiones de tres meses de evolución, en región facial, que refiere como intensamente pruriginosas. La paciente niega traumatismo o realización de procedimientos previos en dicha área.

A la exploración observamos máculas hiperpigmentadas de distribución lineal, en aparente relación con las líneas de Blaschko, en frente y mentón. A la dermatoscopia se aprecia, sobre un fondo marronáceo, glóbulos y puntos azul-grisáceos en un patrón reticulado, con erosiones secundarias al rascado. Se tomó una muestra para estudio histopatológico con resultado de dermatitis de la interfase vacuolar con abundantes queratinocitos necróticos en epidermis y melanófagos en dermis.

A la luz de los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos se llegó al diagnóstico de liquen plano pigmentoso lineal de la cara. Tan

solo cinco casos han sido descritos de esta entidad, considerada un subtipo de liquen plano pigmentoso y cuya patogenia se cree debida a una ataque autoinmune contra los queratinocitos. Afecta predominantemente a mujeres de edad media con fototipo alto y presenta un curso crónico, con tendencia a no responder a los diferentes tratamientos descritos, entre los cuales se encuentran los corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina tópica, agentes despigmentantes o el uso de láseres.

Una adecuada exploración, clínica y dermatoscópica, así como una minuciosa correlación con los hallazgos histopatológicos son esenciales para llegar al diagnóstico de esta excepcional e infrecuente entidad.

PO-93

UNA CREMA DERMOCOSMÉTICA A BASE DE MYRTUS COMMUNIS Y EXTRACTO DE CULTIVO CELULAR VEGETAL ENRIQUECIDO CON CELASTROL REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA GRAVEDAD DEL ACNÉ Y EL NÚMERO DE LESIONES EN UN ESTUDIO OBSERVACIONAL POST-COMERCIALIZACIÓN

Alba Crespo Cruz(1), Valérie Mengeaud(2), Alexia Brocario(2) y Tomás Bonet Ponce(1) de (1)Pierre Fabre Ibérica, Barcelona - España y (2)Pierre-Fabre Dermo-Cosmétique, Lavour (Languedoc-Roussillon) - Francia.

**Antecedentes y objetivos:** El acné, enfermedad inflamatoria crónica cutánea, causa lesiones faciales y extrafaciales. Valoramos la sintomatología tras el uso de una crema a base de Myrtus communis y extracto de cultivo celular vegetal enriquecido con Celastrol.

**Métodos:** Se realizó un estudio internacional, multicéntrico, post-comercialización, observacional, abierto (sin ciego) y mostramos los resultados españoles recogidos entre febrero y septiembre de 2023.

Se incluyó a individuos de edad  $\geq 12$  años con acné inflamatorio. Se excluyeron mujeres embarazadas o lactantes, quien haya tomado isotretinoína oral en los últimos 6 meses o planea tomarla durante el estudio y a los alérgicos o intolerantes a componentes de la crema. Se aplicó según criterio médico en la cara 1-2 veces al día, tras lavado, durante  $12 \pm 1$  semanas sin uso simultáneo de hidratantes o emolientes: en monoterapia, en combinación o relevo. La patología se evaluó con la Global Acne Severity Scale (GEA) y la Acne Lesion Score Scale (ECLA) en primera visita (V1) y al final del periodo establecido en segunda visita (V2). El paciente rellenó el Cardiff Acne Disability Index (CADI) en V1 y al mes. Igualmente se recogieron datos de tolerabilidad.

**Resultados:** Se reclutaron 128 pacientes en 15 centros españoles y los datos se recogieron en las fechas arriba mencionadas. El GEA medio fue 2'4 (leve); el CADI, 4'6 (leve).

Al 56% le fue pautaada una aplicación diaria; al 44%, dos. El 68.5% lo recibió como su primer antiacneico. Las modalidades de tratamiento fueron: 47% (n = 60), monoterapia (MT); 5%, como relevo (n=7); 48% (n = 61), en combinación (TC).

Tras la V2, se observa: en MT, un paso de acné leve a casi claro, sin lesiones; en TC, de moderado a leve. Una disminución en MT del número de microquistes, pápulas/pústulas y nódulos/quistes del 55%, 67% y 75% respectivamente; en TC, del 36%, 52% y 67% respectivamente. La tolerabilidad global fue buena o muy buena para el 96% de sujetos.

**Conclusiones:** Este dermocosmético parece ser beneficioso en piel tendente al acné inflamatorio tanto en monoterapia como en combinación. No podemos interpretar el grupo de relevo por ser la muestra demasiado baja (n = 7). Es probable que los mejores datos de la MT en comparación a la TC se deban a que el dermatólogo decidiera prescribir la MT en pacientes con acné ligeramente más leve (GEA 2,2 y 2,6 respectivamente).

PO-94

LESIONES CUTÁNEAS EN UN PACIENTE MUY DULCE

Sara de Benito Mendieta(1), Javier Martín Alcalde(1), José Gregorio Álvarez Fernández(1), Giulia Greta Dradi(1), Román Miñano Medrano(1), Mildred Sánchez Díaz(1), Miguel Vela Ganuza(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** El prurigo pigmentoso (PP) es una dermatosis inflamatoria infrecuente, caracterizada por pápulas eritematosas pruriginosas, distribuidas de forma simétrica y reticular en tronco, que se resuelven dejando una hiperpigmentación residual. Aunque su etiología exacta es desconocida, se relaciona con la cetosis, siendo conocido como ceto-rash.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 23 años sin antecedentes de interés, que consultó por dolor abdominal, polidipsia y poliuria de dos semanas de evolución. Asociaba lesiones pruriginosas en tórax desde hacía un mes y medio, que no mejoraban con antihistamínicos y corticoides orales.



Prurigo pigmentoso

A la exploración presentaba pápulas eritematosas que confluían de forma simétrica y retiforme en cara anterior del tórax, junto con zonas de hiperpigmentación reticulada. En las analíticas se objetivó hiperglucemia (338 mg/dl), acidosis (pH 7.26), cetonemia y cetonuria, siendo diagnosticado de cetoacidosis diabética.

Tras corregir la glucemia y la cetosis, se realizó una biopsia cutánea, que mostró dermatitis perivascular superficial e intersticial linfocitaria con eosinófilos y espongirosis, todo ello compatible con PP en fase tardía. Se inició insulino terapia y se pautó Doxiciclina 100mg/día durante un mes y la clínica cutánea remitió en pocos días, dejando hiperpigmentación reticular.

**Discusión:** El PP es una dermatosis inflamatoria relacionada con la cetosis. Se ha propuesto que los cuerpos cetónicos se acumulan alrededor de los vasos sanguíneos produciendo inflamación perivascular y un infiltrado neutrofílico. En la mayoría de casos publicados el PP aparece como consecuencia de una dieta cetogénica, aunque hay casos descritos en cualquier situación que estimule la cetogénesis. Actualmente existen menos de 20 casos reportados de PP en contexto de diabetes, la mayoría de los cuales presentaban previamente clínica cardinal. En cuanto al manejo, es crucial el control de la cetosis y de no ser suficiente, generalmente se utilizan tetraciclinas por su efecto en la migración y función de los neutrófilos.

**Conclusión:** Presentamos un caso de PP como primer signo de un debut diabético con cetoacidosis. Debemos considerar esta dermatosis ante un paciente con un exantema reticulado y pruriginoso en tórax, ya que puede ayudarnos a detectar de forma precoz una situación que estimule la cetogénesis, como la diabetes mellitus o la restricción dietética.

### PO-95 SÍNDROME DE BADAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE INICIO TARDÍO

Lluís Dols Casanova(1), Nalia Domínguez Lirón(1), José Carrasco Muñoz(1), Marina Senent Valero(1), Irene Albert Cobo(1) y María del Mar Blanes Martínez(1) de (1) Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España.

**Introducción:** El síndrome "dermatitis-artritis asociado al intestino" o síndrome "BADAS" es una dermatosis neutrofílica poco frecuente que se describió por primera vez en 1971 en pacientes obesos intervenidos de bypass intestinal. En su patogenia interviene el sobrecrecimiento bacteriano intestinal y la translocación de antígenos al torrente sanguíneo.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 43 años con el antecedente quirúrgico de un bypass intestinal 11 años atrás que consultó por la aparición de lesiones dolorosas en miembros superiores e inferiores junto con artralgias en la muñeca izquierda y en ambos tobillos de 20 días de evolución. A la exploración se apreciaron lesiones pápulo-nodulares distribuidas por los miembros superiores e inferiores de coloración eritematoviolácea y dolorosas a la palpación. La histopatología mostró una paniculitis de predominio septal con intensa inflamación y celularidad de predominio neutrofílico. La analítica sanguínea y la radiografía de tórax no mostraron hallazgos patológicos. La paciente recibió tratamiento con Ciprofloxacino durante 4 semanas con resolución del cuadro, pero pasados unos meses las lesiones reaparecieron, por lo que se decidió iniciar Dapsona con buena respuesta.

**Discusión:** Este caso ilustra una complicación postcirugía bariátrica que debido a los procedimientos quirúrgicos modernos ha sufrido un descenso en su incidencia. Normalmente, el síndrome BADAS se desarrolla entre 3 meses y 5 años tras la cirugía, en nuestro caso un aspecto a destacar es el lapso de 11 años entre esta y la aparición de los síntomas. Aunque la presentación más habitual de este cuadro es como dermatosis neutrofílica tipo síndrome de Sweet, algunos casos se presentan simulando un eritema nodoso. La presencia de neutrófilos en la histología, junto con las artralgias, el antecedente de resección intestinal y la respuesta al tratamiento antibiótico son la clave para el diagnóstico. Debemos tener en cuenta este cuadro ante lesiones cutáneas que se manifiestan junto con síntomas articulares en pacientes con antecedentes de cirugía de resección intestinal.

### PO-96 PIODERMA GANGRENOSO SUPERFICIAL - PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Pilar Escalonilla García-Patos(1), Susana Pérez Santos(1), Miriam Corral de la Calle(1), Ana González de Arriba(1), Luz Ramos Nieto(1), Beatriz Segovia Blázquez(2) y Belén Tristán Martín(2) de (1)Sección Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España.



Placa en pierna izquierda

El pioderma gangrenoso superficial es una dermatosis neutrofílica de origen desconocido con rasgos clínicos e histopatológicos específicos que la diferencian del pioderma gangrenoso clásico: úlcera solitaria de crecimiento excéntrico y progresivo generalmente asintomática. No es frecuente su asociación con enfermedades sistémicas.

La histopatología característica es el granuloma en 3 capas que se presenta con infiltrados neutrofílicos, tractos sinuosos y presencia de granulomas con células gigantes con ocasionales eosinófilos y células plasmáticas. El infiltrado inflamatorio es superficial-medio, no es habitual la afectación de la hipodermis.

El diagnóstico se realiza por exclusión dado que conviene descartar procesos infecciosos por micobacterias, hongos, sarcoidosis, reacciones a cuerpo extraño y halogenodermias.

Los tratamientos tópicos son de primera elección: Propionato de clobetasol 500microg/g y/o tacrolimus 0,1%. En general, la respuesta al tratamiento es buena, pero con frecuentes recaídas. No suele ser preciso uso de tratamientos sistémicos.

Presentamos un paciente de 67 años que acudió a la consulta con una lesión de gran tamaño en la pierna izquierda de 3 meses de evolución. El paciente había realizado tratamientos con antibióticos tópicos y sistémicos con empeoramiento progresivo de la lesión en sentido caudal.

En la exploración observamos una lesión maloliente, en forma de placa, de morfología irregular con pre-

sencia, sobretudo en la zona inferior de un exudado purulento en espumadera. Se realiza biopsia observándose un infiltrado neutrofilico con abundantes tractos sinuosos y presencia de infiltrado granulomatoso con células gigantes y ocasionales eosinófilos y plasmáticas. Se solicitaron cultivos de biopsia para bacterias, micobacterias y hongos que fueron negativos. La analítica demostró una Paraproteinemia/Mieloma Ig A kappa asintomático.

Se realizó el diagnostico de pioderma gangrenoso superficial y se pautó tratamiento con Clindamicina oral y propionato de clobetasol y tracrólimus 0,1 % con respuesta parcial en la porción inferior por lo que se realizaron infiltraciones de corticoides intralesionales con respuesta parcial.

**PO-97 ASOCIACIÓN ENTRE LIQUEN PLANO PIGMENTOSO Y ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

Sagrario Galiano Mejías(1), Lucía Barchino Ortiz(2), Catiana Silvente San Nicasio(1), Eva Chavarría Mur(1), Marta Valdivielso Ramos(1) y Pablo de la Cueva Dobao(1) de (1)Dermatología. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España y (2)Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

El liquen plano pigmentoso (LPP) es una variante infrecuente de liquen plano que aparece con mayor frecuencia en pacientes con fototipos altos. Se manifiesta clínicamente por máculas y manchas hiperpigmentadas principalmente en áreas fotoexpuestas que suelen ser asintomáticas o ligeramente pruriginosas. Se han descrito casos de la asociación de LPP con alopecia frontal fibrosante (AFF). Presentamos 2 casos de LPP asociado a AFF que habían sido diagnosticadas y tratadas insatisfactoriamente como Melasma.

**PO-98 ERITEMA PAPULAR CENTRÍFUGO ASOCIADO A GRAN MASA OVÁRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Alfredo García Mares(1), Lucía Campos Muñoz(1), Ana Sirgado Martínez(1), Ricardo Moreno Borque(1), Elena Lozano Martínez(1), Carmen Carranza Romero(1), Nuria Díez-Caballero Pascual(1), Desiré Hernández Martínez(2), María Luisa González Morales(2) y Eduardo López Bran(1) de (1)Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.



Eritema papular centrífugo en la primera visita

El eritema papular centrífugo (EPC) o eritema papular semicircular recidivante se considera una variante infrecuente de eritema anular centrífugo (EAC) descrita recientemente. El EPC se manifiesta como placas eritematosas semicirculares con pápulas en periferia que se extienden de forma centrífuga. Suele aparecer en tronco y extremidades proximales, cursa sin descamación y con lesiones de mayor tamaño que el EAC.

Presentamos el caso de una paciente con EPC corticorresistente, con curación completa tras la extirpación de un gran tumor ovárico benigno. Se trata de una mujer de 61 años, con antecedente de artritis reumatoide bien controlada con metotrexato, que es derivada a Dermatología por lesiones abdominales mínimamente pruriginosas de 1 mes de evolución. Además, refería incremento del perímetro abdominal desde hacía 2 meses. La exploración física objetivó un abdomen distendido con dos placas eritematosas simétricas de bordes bien delimitados y papulosos en ambas fosas ilíacas. Se obtuvo una muestra histológica de las lesiones, que evidenció un infiltrado linfocítico perivasculoso en dermis superficial, sin eosinófilos, junto a una epidermis de características normales. También se realizaron pruebas epicutáneas, que fueron negativas. A la espera de los resultados, se trató empíricamente con mometasona tópica.

Debido al estudio de la distensión abdominal, Reumatología solicitó un TAC abdominopélvico que halló una masa quística dependiente del ovario derecho de 36x30 cm. Previo a la laparotomía exploradora, la paciente reconsultó a Dermatología por persistencia de las lesiones. La

exploración constató expansión centrífuga de las pápulas periféricas hasta ambos hipocondrios con aclaramiento central. Dados los hallazgos clínicos e histológicos, se diagnosticó de EPC y se inició tratamiento con prednisona oral en pauta descendente y clobetasol tópico, pese a lo que las lesiones persistieron.

La biopsia intraoperatoria de la masa ovárica confirmó su benignidad (cistadenoma mucinoso) y se realizó anexectomía derecha. Tres semanas después de la intervención, la dermatosis remitió completamente sin tratamiento esteroideo.

Aunque la etiopatogenia del EPC es desconocida, se han reportado casos relacionados con neoplasias internas (como linfoma pancreático). La curación completa en nuestra paciente tras la extirpación tumoral apunta a un origen paraneoplásico del EPC.

**PO-99 ESTUDIO DE LA PROPORCIÓN Y EL RECORRIDO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA, URTICARIA CRÓNICA, PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA EN LOS SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA DE HOSPITALES TERCIARIOS DE ESPAÑA, BASADO EN TECNOLOGÍA BIG DATA: ESTUDIO DERMACLEAR**

Vicente García Patos(1), Francisco J. Ortiz de Frutos(2), Ana M. Giménez Arnau(3), José Luis López Estebanz(4), Jaime Notario(5), Ana Martín-Santiago(6), Lluís Puig(7), José Rojo(8), Elisabet Fernández(8), Lara Gómez(8), Guillermo Guinea(8), Pau Terradas(8) y Esteban Daudén Tello(9) de (1)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (2)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (3)Hospital del Mar Research Institute. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona - España, (4)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (5)Hospital de Bellvitge, Barcelona - España, (6)Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (7)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (8)Novartis Farmacèutica S.A., Barcelona - España y (9)Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS), urticaria crónica (UC), psoriasis (PsO) y dermatitis atópica (DA) son enfermedades inmunológicas cutáneas con curso recurrente que requieren manejo clínico a largo plazo. Estas patologías se asocian a una elevada morbilidad

y comprometen la calidad de vida de los pacientes. Su diagnóstico temprano, manejo y tratamiento efectivo son cruciales. El objetivo de este estudio es ofrecer una visión general de su proporción, manejo y tratamiento en práctica clínica.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, nacional, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas (HCE) de pacientes con HS, UC, PsO y DA, atendidos en 7 centros de España desde 2016 a 2021, y se procesaron mediante un análisis basado en Inteligencia Artificial (IA) que utiliza aprendizaje automático y Procesamiento de Lenguaje Natural. Se recopilaban las características de pacientes, su recorrido en el sistema de salud, manejo y tratamiento.

**Resultados:** Considerando todos los pacientes que visitaron los servicios de Dermatología durante el estudio, la proporción con HS fue 2,8%, 4,8% UC, 18,7% PsO y 6,2% AD. De los 49779 identificados, un 8,3% (n=4124) presentaba HS, un 13,4% (n=6660) UC, un 58,8% (n=29262) PsO, y un 19,6% (n=9733) DA. La edad media fue 52,9±19,4 años (rango:18-105 años), el 56,5% eran mujeres, con IMC medio de 29,0±7,5 kg/m<sup>2</sup>. Durante los 6 años de estudio, la media de visitas a servicios médicos fue >20 en pacientes con PsO y HS, y <20 en aquellos con UC y DA. De acuerdo con las HCE, de los que recibieron tratamiento específico, <9% recibieron terapia biológica. Un 45,4% requirió hospitalización, con una media de 3,2±3,7 hospitalizaciones en la población de estudio. Un 10,1% de ellas se atribuyeron a PsO, un 1,3% a HS, un 1,1% a DA, y un 0,2% a UC. En el cierre de la base de datos, el 11,2% de los pacientes había muerto, principalmente debido a enfermedad cardiovascular (34,7%) o hipertensión (20,1%).

**Conclusiones:** El empleo de herramientas de IA basadas en reconocimiento de lenguaje natural permite la obtención y procesamiento de una enorme cantidad de datos; pero la heterogeneidad de las historias clínicas plantea limitaciones que pueden condicionar los resultados extraídos. El estudio DERMACLEAR permite, por primera vez, estudiar la carga de estas 4 patologías en casi 50.000 pacientes de 7 servicios de dermatología en España.

**PO-100 LUPUS MILIARIS DISEMINADO FACIE DISCUSIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Mary Carolina Antonetti-Roso(1), Clara Cabañuz-Rocatallada(2), Marta Pilar Lorda-Espés(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.



Figura 1

El Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) es una enfermedad granulomatosa idiopática que afecta principalmente a la piel facial en adultos jóvenes, vinculándose históricamente con la tuberculosis. Presentamos el caso de una mujer de 45 años con erupción perioral y periocular. La exploración reveló pápulas monomorfas de color piel alrededor de la boca, ojos y nariz, algunas centradas en folículos pilosos. La paciente, no presentaba historial de corticoides tópicos o cosméticos. La biopsia mostró un cúmulo de macrófagos con centro necrótico, PCR negativa para Mycobacterium tuberculosis. Se emitió el diagnóstico de LMDF y se indicó isotretinoína como tratamiento.

El LMDF es una dermatosis inflamatoria que afecta principalmente la cara, con lesiones de 1-4 mm, simétricas y perioculares. Histológicamente, muestra un infiltrado granulomatoso perifolicular con necrosis central. Históricamente asociado a tuberculosis, la falta de respuesta a tuberculostáticos y resultados negativos en PCR y Mantoux descartan esta conexión. Se planteó relación con la sarcoidosis, pero la ausencia de afectación sistémica y presencia de cicatrices contradicen esta hipótesis. Algunos autores sugieren incluir LMDF dentro del término de dermatitis granulomatosa facial, junto a rosácea granulomatosa y dermatitis granulomatosa periorificial.

El tratamiento del LMDF es desafiante, ya que la mayoría de los enfoques no modifican su curso. Algunas opciones son tetraciclinas, sulfonas, corticoides de baja dosis o isotretinoína.

**PO-101 SARCOIDOSIS CUTÁNEA TRAS TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-CD20. DESCRIPTIVA DE UNA CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Borja González Rodríguez(1), Lorena Calderón Lozano(1), An Wang(1), José Puig Buendía(1), Julia Montero Menárguez(1), Alba Calleja Algarra(1), Virginia Velasco Tamariz(1), Carlos Zarco Olivo(1) y Daniel Falkenhain López(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.



Pápulo-placas eritematosas infiltradas sobre tatuaje

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, que como antecedentes de relevancia padecía una esclerosis múltiple y en una de sus consultas de seguimiento nos refiere la aparición de unas pápulo-placas eritematosas e infiltradas, pruriginosas sobre tatuaje en hombro derecho. A la anamnesis nos refería un reciente cambio de su medicación para la esclerosis múltiple 6 meses antes: había iniciado tratamiento con Ocrelizumab, un biológico anti CD20.

Realizamos biopsia cutánea compatible con una dermatitis granulomatosa sarcoidosa en zona de previo tatuaje. Ante este hallazgo se realiza estudio de extensión y estudios de autoinmunidad normales con remisión espontánea. Ante este cuadro clínico, revisamos la literatura donde el reporte de sarcoidosis cutánea tras tratamiento con antiCD20 escasean, reportándose exclusivamente casos con Rituximab. Ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal anti CD20+ aprobado en esclerosis múltiple. La sarcoidosis representa una enfermedad inflamatoria granulomatosa de etiología desconocida, y un subtipo concreto de sarcoidosis cutánea es la sarcoidosis de

las cicatrices, más asociada a afectación pulmonar. La etiología de la enfermedad es desconocida, si bien a día de hoy se cree radica en una expresión Th1 aberrante además de haberse postulado la posible implicación de los linfocitos B en su patogenia. El tratamiento con Rituximab genera un microambiente B similar al reportado en aquellos pacientes con sarcoidosis sistémica activa.

**Conclusiones:** Describimos el primer caso a nuestro conocimiento de una sarcoidosis cutánea tras tratamiento con Ocrelizumab. Se ha descrito el posible rol del linfocito B como agente patogénico en la sarcoidosis. Es destacable que el microambiente B en el primer año tras el tratamiento con Rituximab es muy similar al descrito en pacientes con sarcoidosis sistémica activa. Sin embargo, esta relación de causalidad no ha sido demostrada y se basa en una compatibilidad de microambientes patogénicos y cronologías.

**PO-102 UNAS CICATRICES PECULIARES**

Olga González Valle(1), Ignacio Alonso García(1), Raquel Aragón Miguel(1), Alicia Lapresta Lázaro(1), M<sup>a</sup> José López Redondo(1), Isabel Martín González(1), Héctor Muñoz González(1), Goretti Robayna Torres(1) y José A. Aramburu González(2) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España.

Paciente varón de 61 años de edad, con AP de cirrosis hepática con trombopenia secundaria y GMSI (Gammopatía Monoclonal de Significado Incierto) de bajo riesgo en seguimiento en Hematología. Refiere haber sufrido quemaduras extensas en espalda, cuello y MMSS en abril de 2002, por lo que fue ingresado en la Unidad de Quemados e intervenido por Cirugía Plástica, con desbridamiento y colocación de injertos.

En mayo 2023 acude a su médico por notar con dos semanas de evolución prurito y enrojecimiento junto con aumento de volumen de las cicatrices de quemaduras, especialmente en los bordes de las mismas. Se trató con corticoides tópicos con escasa mejoría por lo que lo remiten a Dermatología.

**Exploración:** Se aprecian extensas placas eritemato-violáceas infiltradas en espalda, miembros superiores y glúteos. Bajo sospecha de sarcoidosis sobre cicatrices se realizó biopsia cutánea, en la que se aprecian granulomas no necrotizantes.

**Pruebas complementarias:**

1. TC toraco-abdomino-pélvico donde se aprecian adenopatías axilares e inguinales en el límite de la normalidad. Ausencia de afectación pulmonar.
2. Pruebas funcionales respiratorias normales.
3. Analítica con ECA elevada: E.C.A. \* 189 UI/L [ 8 - 52]

Con diagnóstico de sarcoidosis cutánea y adenopática se inicia tratamiento con Prednisona oral con mejoría parcial de las lesiones, por lo que se reduce la dosis de forma escalonada y se continúa con Hidroxicloroquina.

**Discusión:** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica idiopática, con afectación principalmente pulmonar y ganglionar. Las lesiones cutáneas aparecen en el 25% de los pacientes, pueden ser inespecíficas o específicas (con granulomas sarcoideos). Entre estas últimas se encuentra la sarcoidosis sobre cicatrices, entidad poco frecuente que se ha asociado a enfermedad pulmonar, pudiendo preceder a la afectación sistémica, por lo que se debe realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes. De los casos descritos más del 80% son mujeres.

En conclusión, presentamos un caso de sarcoidosis sobre cicatrices atípico por la extensión de las lesiones y las características del paciente (varón y sin afectación pulmonar).

**PO-103 PRURIGO NODULARIS PEDIÁTRICO EN TRATAMIENTO CON DUPILUMAB. UNA VENTANA A LA ESPERANZA**

Claudia Guerrero Ramírez(1), Lucero Noguera Morel(1) y Antonio Torrelo Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid - España.



*Papulonodulos eritematovioláceos en miembros inferiores*

**Introducción:** El prurigo nodularis (PN) es una enfermedad crónica cutánea caracterizada por la aparición de nódulos eritematovioláceos, firmes y bien delimitados. Puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes debido a su naturaleza persistente. Las opciones terapéuticas para el PN en adultos han evolucionado en los últimos años con los nuevos agentes biológicos. Estos tratamientos buscan controlar el picor, reducir el número y tamaño de los nódulos y mejorar la calidad de vida del paciente. En los niños actualmente las opciones son limitadas y se basan en experiencias de casos clínicos aislados y pequeñas series de casos. Recientemente se ha descrito el uso de Dupilumab en pacientes con PN a partir de los 18 años.

**Caso Clínico:** Varón 11 años diagnosticado de dermatitis atópica acude a consultas de Dermatología por empeoramiento en los últimos meses, con aparición de lesiones papulonodulares muy pruriginosas y generalizadas, resistentes a tratamientos tópicos habituales. Dada la extensión de las lesiones (SCT > 41%) e impacto en la calidad de vida (Escala Prurito y trastorno del sueño 8/10) se plantea inicio de inmunosupresor clásico (metotrexate). Debido a la falta de cumplimentación de calendario vacunal, se decidió iniciar Dupilumab 300 mg cada 4 semanas con mejoría de las lesiones cutáneas y reducción total del prurito y las alteraciones del sueño.

**Discusión:** El tratamiento del prurigo nodularis en la edad pediátrica es un desafío, ya que actualmente no existe ningún fármaco con indicación en ficha técnica. De manera habitual, el control del brote se realiza con corticoides sistémicos y se utilizan inmunosupresores clásicos off-label como ahorradores de corticoides, como el metotrexate y la ciclosporina. Recientemente se ha aprobado

el uso de Dupilumab para Prurigo Nodularis en edad adulta. Dupilumab puede actuar sobre la patogénesis del prurigo nodularis (PN) bloqueando las IL-4 e IL-13, lo que podría reducir la respuesta inflamatoria exacerbada por el rascado crónico y la sensibilización de las neuronas sensoriales, contribuyendo así a una disminución del prurito y la fibrosis cutánea y como consecuencia finalmente interrumpiendo el ciclo de picor y rascado. En nuestro caso el uso de Dupilumab fuera de ficha técnica debido a la extensa y grave afectación del paciente con una respuesta satisfactoria hasta el momento.

**PO-104 LIQUEN PLANO EROSIVO DE LA MUCOSA ORAL TRATADO CON APREMILAST**

Rubén Hernández Quiles(1), Verónica Sánchez García(1), Noelia Jara Rico(1), José Carrasco Muñoz(1), Lluís Dols Casanova(1) y Iris González Villanueva(1) de (1) Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.

**Introducción:** El liquen plano oral tiene una prevalencia del 2%. El subtipo erosivo es el segundo en frecuencia. Se caracteriza por eritema y erosiones en la mucosa yugal. El 30% de los pacientes pueden presentar afectación gingival, que se acompaña de dolor; lo cual limita la calidad de vida. El potencial riesgo de malignización obliga a realizar un seguimiento estrecho y un abordaje terapéutico eficaz. La primera línea de tratamiento son los corticoides tópicos, seguidos de otros inmunosupresores; pero en ocasiones no se logra el control y el liquen plano erosivo se convierte en un reto terapéutico.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 60 años, con hipotiroidismo, con brotes recurrentes de placas erosivas dolorosas en la mucosa oral, labial y en las encías, tratados sin éxito con acetónido de triamcinolona al 0,1% en orobase. Se planteó el diagnóstico diferencial con el pénfigo vulgar, el penfigoide de mucosas y la aftosis recurrente. Se realizó una biopsia que mostró hiperqueratosis de la mucosa con un infiltrado linfocitario en banda y daño vacuolar de la membrana basal, así como papilas en dientes de sierra.

El estudio de inmunofluorescencia fue negativo. Dichos hallazgos fueron compatibles con liquen plano erosivo. Se inició tratamiento con hidroxycloroquina y metotrexato, sin mejoría. Ante la gravedad, se pautaron corticoides orales y se cambió el metotrexato por azatioprina; con respuesta parcial. Al finalizar el tratamiento corticoideo, la paciente sufrió un rebrote. Se decidió suspender azatioprina e iniciar tratamiento con apremilast. Al mes, la paciente presentaba una resolución completa de las lesiones orales, que se ha mantenido tras 9 meses de tratamiento.

**Discusión:** Apremilast actúa como inmunomodulador, inhibiendo la transcripción de citoquinas de diversas vías inflamatorias centrales; algunas de ellas implicadas en la patogenia del liquen plano. Es un fármaco aprobado para el tratamiento de la psoriasis, la artritis psoriásica y las úlceras orales de la Enfermedad de Behçet. Actualmente, sólo se han comunicado 2 casos de liquen plano oral tratados con apremilast, con adecuada respuesta terapéutica.

**Conclusiones:** Apremilast podría posicionarse como una adecuada alternativa terapéutica en los casos de liquen plano erosivo de la mucosa oral, refractario a los tratamientos clásicos.

**PO-105 VULVITIS GRANULOMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Cecilia Iborra García-Trevijano(1), Cristina Pedreño Rojas(1), Lidia Ossorio García(1), Irene Valencia Téllez(1), Nieves Maira González(1), José María Ramírez Conchas(1), Marta Cortés Pérez(1) y José Carlos Armario Hita(1) de (1) Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (Cádiz) - España



Imagen clínica pretratamiento

La vulvitis granulomatosa (VG) es una entidad infrecuente y de etiología desconocida que se caracteriza por edema doloroso con presencia de un infiltrado inflamatorio granulomatoso no necrotizante. Este patrón histológico es indistinguible del observado en otras patologías como la enfermedad de Crohn (EC) o la sarcoidosis, siendo necesario su despistaje. La VG tiene tendencia a la cronicidad y con frecuencia produce alteraciones funcionales y estéticas significativas. La evidencia científica de las distintas opciones terapéuticas es limitada ante la ausencia de series de casos o estudios aleatorizados.

Se emplean fármacos tanto tópicos como sistémicos con acción inmunomoduladora y antiinflamatoria con resultados variables. Si bien el metronidazol se considera una de las primeras líneas de tratamiento en la afectación cutánea de la EC, su evidencia es limitada, empleándose a menudo como terapia adyuvante.

Presentamos el caso de una paciente de 34 años sin antecedentes de interés, con edema y ulceración vulvar de 5 años de evolución con importante dolor y repercusión funcional. Tras el despistaje de otras posibles patologías asociadas se llegó al diagnóstico de VG.

La paciente fue refractaria a múltiples tratamientos sistémicos y biológicos realizados en otro centro, entre los que destacan metotrexato, azatioprina, infliximab, adalimumab, ustekinumab y vedolizumab. Se pautó tratamiento con metronidazol 500 mg cada 8 horas y prednisona 30mg con mejoría casi completa que mantiene tras siete meses a pesar de disminución de dosis.

El diagnóstico diferencial entre la VG y la enfermedad de Crohn metastásica (ECM) es complejo. En ocasiones la afectación cutánea de la EC precede a la clínica digestiva, por lo que es preferible reservar el término de ECM para aquellos casos con afectación intestinal confirmada. El tratamiento de ambas entidades es similar, no existe un esquema terapéutico establecido y las distintas opciones propuestas muestran resultados a menudo desalentadores.

Con este caso clínico destacamos la complejidad del manejo de esta patología y la necesidad de considerar enfoques terapéuticos diversos y combinados para abordarla.

**PO-106** ESPECTRO CLÍNICO DEL SÍNDROME ASIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Carolina Labradero Hoyos(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Andrés Grau Echevarría(1), Malena Finello(1), Daniel Blaya Imbernón(1) y Violeta Zaragoza Ninet(1) de (1) Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

El síndrome ASIA (Autoimmune/autoinflammatory syndrome induced by adjuvants) se describió en 2011 y recoge las reacciones inflamatorias desencadenadas por adyuvantes entre las que se encuentra la afectación neuropática, intestinal, cognitiva, reumatológica y cutánea.

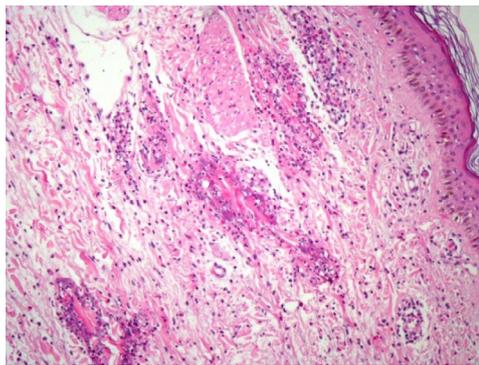
Presentamos dos casos clínicos de reacciones autoinmunes/inflamatorias tras la exposición ambiental a distintos adyuvantes que consideramos actuaron como desencadenantes de las mismas.

El primer caso es el de una mujer de 27 años que consulta por nódulos subcutáneos dolorosos generalizados que habían comenzado en brazo derecho tras vacuna COVID. Destacaba la afectación de glúteos donde la paciente refería el antecedente de aplicación de prótesis de silicona. Se realizó biopsia cutánea con hallazgos compatibles con paniculitis lúpica. El segundo caso es el de una mujer de 30 años que consulta por la aparición de pápulas infiltradas en labios en misma localización de tatuaje previo. Se realiza biopsia cutánea con hallazgos compatibles con granuloma tipo sarcoideo en relación a tatuaje. En el estudio de extensión se observa presencia de adenopatías pulmonares y se diagnostica de sarcoidosis sistémica.

El fenotipo cutáneo asociado al síndrome ASIA recoge cuadros de lupus, sarcoidosis, dermatomiositis, esclerosis sistémica, alopecia, livedo reticular, etc. Aunque la mayoría de casos de síndrome ASIA se han descrito en relación a prótesis de silicona, otros muchos adyuvantes se han considerado posibles desencadenantes del mismo cuadro.

**PO-107** SÍNDROME DE WELLS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Lapresta Lázaro(1), Olga González Valle(1), Ana María Martín Hita(2), Héctor Piña(2), Ignacio Alonso García(1), Héctor Muñoz González(1), Raquel Aragón Miguel(1), M<sup>a</sup> José López Redondo(1), Goretti Robayna Torres(1) y Isabel Martín González(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España.



Figuras en llamarada

**Introducción:** Las dermatosis eosinofílicas son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por infiltrados y/o degranulación eosinofílica. Pueden asociar eosinofilia en sangre y el hallazgo típico aunque no específico es la presencia de figuras en llamarada (provocadas por la acumulación de proteínas catiónicas liberadas por los eosinófilos generando desnaturalización de las fibras de colágeno).

**Caso clínico:** Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés que desde hace meses tiene episodios de lesiones pruriginosas evanescentes en diferentes localizaciones refractarias a antihistamínicos. En el momento de la consulta refería hinchazón en articulaciones de muñeca y tobillos así como leve epigastralgia. En la exploración la paciente presentaba habones eritematosos de morfología anular en tronco, eritema y edema local en tobillos con presencia de lesiones vesículo ampollas, así como una placa eritematosa de gran tamaño en cara interna de muslo de más reciente aparición.

Se realiza una biopsia que muestra un denso infiltrado perivascular e intersticial mixto con abundantes eosinófilos y restos de leucocitoclasia que asocia extravasación pur-

púrica, edema intersticial y superficial, y agregados de restos de granulación y proteína interpuestas entre fibras de colágena, dando lugar a imágenes en llamarada

La analítica solo evidenciaba leucocitosis sin eosinofilia. Con estos hallazgos se diagnostica a la paciente de celulitis eosinofílica desencadenada por cuadro urticariforme. Se trató con dosis altas de antihistamínicos y prednisona oral con mejoría clínica.

**Conclusiones:** El Síndrome de Wells se cree que es un patrón reactivo y se han descrito varios desencadenantes como fármacos, picaduras de insectos, vacunas, varicela y otros. Se presenta como placas infiltradas con sensación de quemazón. El estudio histológico muestra infiltrados superficiales y profundos linfocíticos junto con infiltrado eosinofílico dérmico. Al cabo de 1-3 semanas aparecen las figuras en llamarada. El tratamiento consisten en corticoides orales y en caso de no respuesta se puede añadir dapsona o ciclosporina.

**Conclusión:** Presentamos un nuevo caso de celulitis eosinofílica. Debemos recordar que el papel de los eosinófilos no se limita a reacciones alérgicas o antiparasitarias sino que tiene un rol muy relevante en la inmuno-regulación.

**PO-108** TIEMPO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ESPAÑA

Silvia Lobo Benito(1), Alejandro Molina Leyva(2) y Antonio Martorell Calatayud(3) de (1)Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis Supurativa, Madrid - España, (2)Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (3)Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital de Manises, Valencia - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea del folículo piloso inflamatoria inmunomediada (IMID), sistémica, crónica y progresiva con un profundo impacto tanto físico como emocional, que afecta aproximadamente al 1% de la población, mujeres y hombres en un ratio de 3:1. La HS es una de las enfermedades dermatológicas con mayor impacto en la calidad de vida.

**Objetivo:** Describir el recorrido del paciente hasta diagnóstico y posterior tratamiento.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, basado en una encuesta autoadministrada distribuida online a través de la asociación de pacientes de HS (ASENDHI), completada entre mayo y Julio de 2022 por pacientes adultos con HS en España.

**Resultados:** 749 pacientes con HS iniciaron la encuesta, de los cuales 424 la completaron en su totalidad. El 84% de los pacientes tiene entre 20 y 50 años, el 70% con un IMC>25 y hasta un 57% son fumadores. Un 20% de estos pacientes tenía familiares con HS y un 19% concurrían con otras IMID. Un 56% tienen diagnóstico de HS grave, 35% moderada y 9% leve, siguiendo la clasificación de Hurley. El impacto de la calidad de vida de estos pacientes es creciente en función del grado de severidad de la patología, llegando a afectar hasta a un 67% de los pacientes con HS en estado grave (moderado 28%, leve 12%). El 90% de los pacientes echa en falta ayuda y apoyo para gestionar su enfermedad. Independientemente del grado de severidad, los pacientes con HS están poco o nada satisfechos con la asistencia sanitaria que reciben (un 51,5%). El tiempo medio de diagnóstico se sigue manteniendo en 10,5 años, lo que supone una progresión de la enfermedad y evidencia deficiencias en el SNS y elevación de costes. El 64% de los pacientes de HS tienen a un dermatólogo como su médico de referencia, pero solo el 9,7% está en una unidad monográfica de HS. Aun así, hay un 19% de los pacientes que aún no tienen ningún tipo de seguimiento. Destacar la mejora del uso de las terapias biológicas, (severos 56%, moderados 31,5, leves 17%), frente al aumento de hospitalizaciones (17,5%) de menos de 5 días.

**Conclusión:** Estas investigaciones demuestran la gran insatisfacción de los pacientes españoles con HS hacia la atención sanitaria de su patología. Sin embargo, en los últimos años se pueden observar mejoras, especialmente entre los pacientes con tratamiento biológico.

PO-109

### ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL BARÓMETRO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ESPAÑA, 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Patricia Garbayo Salmons(1), Alejandro Molina Leyva(2), Antonio Martorell Calatayud(3) y Silvia Lobo Benito(4) de (1)Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona - España, (2)Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (3)Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital de Manises, Valencia - España y (4)Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis, ASENDHI, Madrid - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea del folículo piloso inflamatoria inmunomediada (IMID), sistémica, crónica y progresiva con un profundo impacto tanto físico como emocional, que afecta aproximadamente al 1% de la población. La HS es una de las enfermedades dermatológicas con mayor impacto en la calidad de vida.

**Objetivo:** Analizar la evolución que han tenido las principales variables estudiadas en el barómetro en 8 años.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, basado en encuestas autoadministradas distribuidas online a través de la asociación de pacientes de HS (ASENDHI) durante los años 2015, 2018 y 2022.

**Resultados:** Las características de la población que ha participado es bastante homogénea, manteniéndose en un 80% de mujeres, entorno al 67% de participantes se sitúan entre los 31-50 años, el porcentaje de fumadores se sitúa estable en el 57% aunque el IMC>25 ha disminuido del 83,1% hasta el 66,1%.

El tiempo al diagnóstico se incrementó a lo largo de estos años, desde los 9 años iniciales hasta los 10,5 años de media actuales. En un subanálisis de los datos obtenidos en el último barómetro, se observó que, en los pacientes diagnosticados a partir del 2016 el retraso diagnóstico era de 10,9 años y en el subgrupo de los diagnosticados a partir de 2020 era de 10,6 años.

Los pacientes diagnosticados por dermatólogos han aumentado hasta 65% y se ha pasado de un 52,4% al 64,1% tienen al dermatólogo como médico de referencia. Se observan disminución en el promedio de visitas/año, aumento del número cirugías desde el primer síntoma y disminución de los días de hospitalización. Ha habido un aumento significativo de pacientes HS severos que reciben tratamiento biológico, desde 16% hasta 56% actual. Sin embargo, se mantiene constante el 17% de pacientes HS severos que no reciben ningún tipo de tratamiento.

Cabe destacar una disminución significativa de los pacientes poco o nada satisfechos con la atención sanitaria que reciben, pasando de porcentajes superiores al 72% a los 51,5% actuales.

**Conclusión:** Se observan avances en la mayoría de las variables estudiadas como número de visitas, cirugías y tratamiento. Sin embargo, no hay avances en el diagnóstico de la HS, variable principal ya que tiene consecuencias importantes tanto para los pacientes como para nuestro Sistema Sanitario.

PO-110

### MÁS ALLÁ DE ADALIMUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Kiril Magaletskeyy Kharachko(1), Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1) y Adrián Imbernón Moya(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

**Antecedentes y objetivos:** En busca de soluciones para pacientes resistentes a terapias convencionales, exploramos el uso de agentes biológicos no anti-TNF en Hidradenitis Supurativa (HS). El objetivo es evaluar y comparar la eficacia de diferentes agentes biológicos en esta enfermedad.

**Métodos:** Estudiamos 21 pacientes que han precisado 25 tratamientos biológicos distintos, de los cuales 3 fueron brodalumab, 4 ixekizumab, 4 risankizumab, 1 ustekinumab, 1 guselkumab, y 11 secukinumab. La mayoría previamente usó adalimumab. La respuesta se midió utilizando el HiSCR (reducción  $\geq 50\%$  en lesiones inflamatorias sin aumento de abscesos o fístulas).

**Resultados:** En el grupo brodalumab, 2 pacientes lograron HiSCR, mientras que 1 no respondió y mejoró con ixekizumab. En el grupo ixekizumab, los 3 pacientes alcanzaron HiSCR. El secukinumab, único con indicación para HS, mostró una alta tasa de respuesta. Ustekinumab tuvo mejoría inicial seguida de un declive a los 2 años. En contraste, los agentes IL23 (guselkumab y risankizumab) tuvieron respuestas limitadas, con un caso de cambio a brodalumab y mejoría posterior.

**Conclusiones:** La vía de la IL17 parece prometedora en el tratamiento de HS, aunque aún faltan ensayos comparativos directos. Ningún agente biológico es una solución universal, pero esta diversidad terapéutica nos permite adaptar el tratamiento de manera personalizada a las necesidades de cada paciente.

PO-111

DERMATITIS GRANULOMATOSA COMO FENÓMENO ISOTÓPICO DE WOLF SOBRE LESIONES RESIDUALES DE HERPES ZÓSTER

Laura Martínez Alcalde(1), Marta González Cañete(1), Laura M. Pericet Fernández(1), Ileana Medina Expósito(2) y Sonsoles María Aboín González(1) de (1) Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.



**Introducción:** Distintas enfermedades cutáneas pueden aparecer en el lugar de aparición de lesiones de una infección por herpes zóster semanas o años después del episodio agudo. Entre ellas, las reacciones granulomatosas son las más frecuentes.

**Caso Clínico:** Mujer de 63 años con adenocarcinoma de recto metastásico, en tratamiento con oxaliplatino que consulta por lesiones papulosas eritematomarrónáceas infiltradas en brazo y hemitronco derecho. Las lesiones coinciden con la localización (metámeras C5 a C8 y T5 derechas) de un herpes zóster que la paciente había presentado el mes previo y estaban circunscritas a las máculas residuales de este, adquiriendo una distribución zosteriforme.

Se realizó biopsia en la que se observó una lesión granulomatosa intersticial histiocitaria con células gigantes multinucleadas sin necrobiosis junto con un denso infiltrado inflamatorio intersticial, perivascular y perianexial, superficial y profundo de predominio linfocitario T. Se realizó diagnóstico de dermatitis granulomatosa inespecífica. Se pautó corticoterapia tópica con la práctica resolución de las lesiones al mes.

**Discusión:** El fenómeno isotópico de Wolf sobre cicatrices de herpes zóster es raro, sin embargo, hay varios casos descritos en inmunodeprimidos, como nuestra paciente.

Entre los procesos desarrollados se encuentran, las dermatitis granulomatosas, reacciones liquenoides, dermatosis eosinofílicas, infiltraciones tumorales específicas (leucemias y linfomas), pseudo-linfomas e infecciones víricas. De estas, las más frecuentes son las dermatitis granulomatosas, que clínicamente, se presentan como lesiones eritematovioláceas, papulosas o nodulares e infiltradas, o como lesiones similares al granuloma anular.

Histológicamente, el patrón más observado es de tipo granuloma anular, sin embargo, también se han descrito granulomas sarcoideos, tuberculoides, vasculitis granulomatosas y dermatitis granu-

lomatosa inclasificables. La patogenia de estas reacciones es desconocida; siendo la teoría más aceptada que las lesiones sean secundarias a una reacción de hipersensibilidad retardada a antígenos virales, depósitos de inmunocomplejos o a antígenos tisulares alterados por el virus.

**Conclusiones:** desarrollar lesiones cutáneas sobre cicatrices de herpes zóster es un fenómeno infrecuente; si bien hay casos descritos, siendo las reacciones granulomatosas las más observadas.

PO-112

TOFACITINIB COMO ALTERNATIVA TERAPEÚTICA AL GRANULOMA ANULAR PERFORANTE

Francisco José Martínez Ortega(1), Diego López Martínez(1), José Juan Parra García(1), Marta Segado Sánchez(1), Julia Román Gómez(1), María Castillo Landete(1), Esther García Martínez(1), Ana López Mateos(1), Miguel Lova Navarro(1), Raúl Corbalán Vélez(1), Teresa Martínez Menchón(1), Ana Mercedes Victoria Martínez(1), Carolina Pereda Carrasco(1) y Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España.

**Antecedentes y Objetivos del estudio:** El granuloma anular se trata de una dermatosis inflamatoria, benigna, de etiología desconocida. Existen distintos subtipos de dicha entidad, como son la variante subcutánea, diseminada, localizada... Presentamos el caso clínico de un granuloma anular perforante con buena respuesta tras tofacitinib oral.

**Resultados:** Varón de 69 años que acudió a nuestro servicio, tras presentar úlcera en codo refractaria a antibióticos sistémicos y curas locales por parte de cirugía plástica de 11 meses de evolución.

En la primera visita realizamos cultivo de hongos, micobacterias atípicas, bacterias y parásitos, además de biopsia cutánea. Tras dichas pruebas complementarias y presentar el caso en comité de Anatomía Patológica, se descartaron focos infecciosos y etiología neoplásica de la lesión, llegando al diagnóstico de granuloma anular "variante perforante".

Durante un año se intentaron distintos tratamientos (corticoterapia sistémica, tópica e infiltrada, metotrexato, dapsona y ciclosporina), todo ello con leve mejoría. Debido a la falta de respuesta se inicio tofacitinib 5 mg cada 12 horas, con buena tolerancia. Tras dicho tratamiento, la lesión ha ido mejorando progresivamente, con disminución del tamaño de las úlceras.

**Discusión:** El primer paso cuando nos enfrentamos ante la úlcera de un paciente, es filiar la etiología de dicha úlcera. La mayoría de estas son de etiología vascular (tanto arterial como venosa), pero hay múltiples posibles etiologías como infecciones, traumatismos, enfermedades inflamatorias... El granuloma anular perforante, variante atípica de granuloma anular, es una de las posibles causas de úlcera refractaria. Se ha propuesto como posible síndrome paraneoplásico, pero su asociación está aún en duda. A pesar de que hay casos de autorresolución, la mayoría de los casos publicados son refractarios a las terapias habituales.

Proponemos el uso de inhibidores JAK como alternativa terapéutica para esta entidad.

**Conclusiones:** Los inhibidores JAK son una nueva arma terapéutica, a la que los dermatólogos estamos acostumbrados. Se han usado en distintas patologías como alopecia areta, dermatitis atópica, liquen plano oral... Presentamos el caso clínico de una evolución favorable tras el inicio de tofacitinib para el granuloma anular perforante.

**PO-113** COEXISTENCIA DE LIQUEN PLANO ERUPTIVO Y ZOSTERIFORME: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aldo Ulises Martínez Ramírez(1), Mónica Álvarez Mesa(1), Aylet Pérez López(1) y Nadia Hermelinda Rojas Armenta(2) de (1)Dermatología. Hospital Universitario «General Calixto García», La Habana - Cuba y (2)Medicina Interna. Hospital General de Especialidades del Estado de Sonora, Hermosillo (Sonora) - México.

**Introducción:** El liquen plano es una enfermedad inflamatoria que afecta piel, mucosas, uñas y pelo. Clínicamente, su forma clásica se caracteriza por pápulas poligonales de color violáceo y pruriginosas, no obstante, existen múltiples variedades, dentro de las cuales se encuentran el liquen plano eruptivo y zosteriforme. Histopatológicamente, se observa un infiltrado linfocítico denso en banda bajo la epidermis acantósica y destrucción de la capa de células basales. No se conoce por completo la etiopatogenia, pero se le ha relacionado con infecciones víricas, fármacos, vacunas y alérgenos de contacto.

**Caso clínico:** Masculino de 57 años de edad, que presenta cuadro cutáneo diseminado en tronco anterior y posterior, extremidades inferiores y dorso de ambos pies, conformado por múltiples pápulas planas violáceas, de morfología poligonal, con superficie ligeramente brillante y estrías de Wickham. Algunas de ellas se agrupan formando grandes placas en hemicuerpo izquierdo con patrón de distribución metamérica "zosteriforme". Se realizó biopsia de lesiones cutáneas que reporta infiltrado linfocitario en banda superficial con degeneración vacuolar de la capa de células basales, acantosis irregular, hiperqueratosis e hipergranulosis. Se realizaron estudios de laboratorio de VIH, VHB, VHC con resultados negativos.



Liquen plano

**Discusión:** Se trata de la coexistencia de dos variedades clínicas poco frecuentes de liquen plano. Por un lado, liquen plano eruptivo, ya que las lesiones se encuentran ampliamente distribuidas con afectación predominante de tronco, y el dorso de los pies, y liquen plano zosteriforme por la notable agrupación de algunas lesiones con patrón de distribución "zosteriforme". En este último, las lesiones pueden verse siguiendo el curso de nervios periféricos, en el sitio de curación de un herpes zóster previo.

**Conclusión:** El liquen plano eruptivo y zosteriforme, son variedades clínicas poco frecuentes del liquen plano. Es importante el conocimiento y la detección de esta entidad debido a su asociación con enfermedades metabólicas e infecciosas. Antes de empezar el tratamiento debemos pensar en la posibilidad de liquen plano medicamentoso, por lo cual se deben retirar fármacos que se encuentren probablemente implicados. La evolución clínica suele ser autolimitada, y en general, las lesiones desaparecen con hiperpigmentación en el plazo de 3 a 9 meses.

**PO-114** ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA SIMULANDO UN CARCINOMA ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO

Laura Mascarell Escrivá(1), Beatriz Llombart Cussac(1), Celia Requena Caballero(1), Carlos Serra Guillén(1), Fátima Mayo Martínez(1) y Onofre Sanmartín Jiménez(1) de (1)Instituto Valenciano de Oncología, Valencia - España.

Un varón de 52 años con antecedente de EC en tratamiento con azatioprina (AZT) fue remitido a nuestro centro por presentar una placa ulcerada de 4 cm en zona pretibial derecha de 4 meses de evolución y adenopatía palpable inguinal derecha, con sospecha clínica de carcinoma escamoso cutáneo (CEC). Se realizó biopsia tanto de la lesión cutánea como de la adenopatía inguinal. En el estudio histológico de la muestra cutánea se observaba una hiperplasia pseudoepiteliomatosa sin atipia acompañada de un denso infiltrado granulomatoso y abundantes células gigantes tipo Langhans y algunas tipo cuerpo extraño en dermis papilar y reticular y el análisis histológico de la adenopatía fue compatible con linfadenitis granulomatosa. Además, se tomaron muestras para cultivo bacteriológico, micológico y detección de ADN de micobacterias y Leishmania spp., que fueron negativas. Con todo ello y dado el contexto clínico, se llegó al diagnóstico de EC metastásica. El paciente recibió tratamiento con corticoides intralesionales, prednisona oral, a la par que se cambió AZT por ustekinumab, estando actualmente en respuesta completa.

La enfermedad de Crohn metastásica es una manifestación cutánea poco frecuente, cuya localización extragenital más común es en piernas, tronco, abdomen y pliegues. Su presentación es inespecífica, habitualmente como úlceras, pápulas o nódulos eritemato-violáceos. En consecuencia, el diagnóstico diferencial clínico es muy amplio, incluyendo carcinoma escamoso, pioderma gangrenoso, celulitis, sarcoidosis, leishmaniasis, infección por micobacterias o fúngicas profundas. Histológicamente, plantea el diagnóstico diferencial con otras entidades granulomatosas como el lupus vulgar, la sarcoidosis o la infección por micobacterias u hongos. Para su tratamiento se han empleado corticosteroides tópicos o intralesionales, corticoesteroides orales y, en casos extensos o resistentes, inmunosupresores.

Como conclusión, la enfermedad de Crohn metastásica es una manifestación poco frecuente de EC que debe sospecharse clínicamente ante cualquier lesión persistente en el contexto de dicha enfermedad. El diagnóstico es de exclusión, tras descartar otras posibles causas de dermatitis granulomatosa.

**PO-115 MUCINOSIS FOLICULAR CON DEBUT TRAS HIDROLIPOCLASIA ABDOMINAL**

Paola Merlo Gómez(1), Laura Martínez Alcalde(1), Isabel Polo Rodríguez(1), M<sup>a</sup> Dolores Vélez Velázquez(2) y Ana Belén Piteiro Bermejo(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.



Edema vulvar

**Caso Clínico:** Mujer de 33 años sana que consultó por exantema asintomático en tronco de 2 semanas de evolución y aparición en los últimos 3 días de edema facial y vulvar sin otra clínica asociada. Negaba **Introducción:** de fármacos u otros posibles desencadenantes. A la exploración presentaba un exantema maculopapular con algunas lesiones pitiriasis rosada-like, edema facial con nódulos subcutáneos sin signos flogósicos e importante edema vulvar. Con sospecha de proceso granulomatoso, se realizaron biopsias de mentón, abdomen y vulva. Posteriormente, admitió la realización de hidrolipoclasia abdominal con empleo de lidocaína, 3 días antes del debut del exantema.

El estudio anatomopatológico de la lesión mentoniana mostró la presencia de mucinosis folicular y marcado infiltrado inflamatorio linfocitario T sin franca atipia y marcada eosinofilia en dermis. Las biopsias en abdomen y vulva mostraban infiltrado inflamatorio reactivo y eosinofilia, hallazgos compatibles con reacción cutánea secundaria a fármacos. La analítica de sangre y el estudio microbiológico no evidenciaron alteraciones significativas. Con prednisona a dosis de 0,5 mg/kg/día presentó mejoría parcial del edema y resolución del exantema. Se encuentra pendiente de reordenamiento del receptor de células T y pruebas de imagen.

**Discusión:** La mucinosis folicular es una entidad infrecuente caracterizada por el depósito de mucina en los folículos pilosos, con una forma primaria indolente propia de niños y adultos jóvenes y una forma secundaria, principalmente asociada a linfomas cutáneos entre otras entidades neoplásicas e inflamatorias, así como casos inducidos por fármacos. En su manejo se han descrito corticoterapia y antibioterapia, terapia fotodinámica y fototerapia. No disponemos de criterios diagnósticos que distingan claramente entre formas primarias y secundarias, siendo imprescindibles una adecuada corrección clínica, histológica e inmunohistoquímica y seguimiento estrecho.

Presentamos una mujer de 33 años con exantema maculopapular, edema facial y vulvar y nódulos subcutáneos que aparecieron días después de hidrolipoclasia con empleo de lidocaína con biopsia mostrando mucinosis folicular con infiltrado linfocitario T sin atipia, compatible con reacción cutánea a fármacos tipo mucinosis folicular.

**PO-116 LIQUEN PLANO EROSIVO ORAL TRATADO CON SECUKINUMAB: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**

María de la Concepción Montis Palos(1), Laura Moreno Hernández(1), Ana Lluïl Ramos(1), Luis Javier del Pozo Hernando(1), Ana Bauzá Alonso(1), Juan Escalas Taberner(1) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

**Introducción:** El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. La afectación mucosa aparece en un 30% de los pacientes. El subtipo erosivo a nivel oral con frecuencia supone un reto terapéutico.

**Caso clínico:** Varón de 76 años, afecto de liquen plano erosivo oral de 12 años de evolución confirmado por biopsia en varias ocasiones. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos, tacrolimus tópico y rapamicina tópica con mala tolerancia; corticoides orales, ciclosporina, micofenolato de mofetilo y tacrolimus oral sin respuesta; acitretina oral con buen control inicial pero recidiva; hidroxiclороquina con buena respuesta inicial pero pérdida de eficacia meses después, asociado a acitretina con buena respuesta inicial pero recidiva; metotrexate con aparición de cuadro de debilidad muscular por lo que tuvo que suspenderse. Con alitretinoína el paciente experimentó una notable mejoría pero perdió eficacia por lo que se decidió iniciar secukinumab con rápida mejoría clínica y sintomática, con una tolerancia y sin efectos secundarios tras varios meses de tratamiento.

**Discusión:** La fisiopatología del LP no se conoce del todo. Aunque siguen siendo limitados, cada vez hay más datos que sugieren una implicación de la vía Th17. Se ha informado de un polimorfismo IL-17A en algunos pacientes con LP oral y se ha observado un aumento significativo de la IL-17 en el suero.

Estudios histopatológicos han demostrado el aumento de linfocitos Th17 en las áreas lesionales por lo que secukinumab (anti-IL-17) podría considerarse como una alternativa terapéutica segura y eficaz.

**PO-117 DERMATOSIS CENICIENTA O ERITEMA DISCRÓMICO PERSTANS (EDP)**

Ruben Muriel Cantarero(1), Eduardo López Vera(1), Marina Romero Bravo(1), Andrea Monedero de la Orden(1), Juan María García Hirschfeld García(2) y Paula Aguayo Carreras(1) de (1)Dermatología y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.

**Introducción:** La dermatosis cenicienta o eritema discrómico perstans (EDP) es una dermatosis poco frecuente, de aparición lenta y progresiva, consistente en máculas hiperpigmentadas grises-marrónceas de tamaño y forma variables, que pueden confluir y distribuirse de forma simétrica.

**Caso Clínico:** Presentamos una paciente de 65 años sin antecedentes personales de interés, que acude por aparición en espalda de lesiones tipo máculas hiperpigmentadas ligeramente pruriginosas de 5 meses de evolución.

Al examen físico se apreciaban máculas confluentes de morfología reticulada de color grisáceo. A la dermatoscopia se observaba punteado gris sobre un fondo de tono marrónceo. Se decidió toma de biopsia cutánea y analítica sanguínea (que resultó anodina).

El estudio anatomopatológico mostró una dermatitis liquenoide de interfase con cierta atrofia de la epidermis, abundantes cuerpos coloides y marcada melanosis de la dermis superficial, hallazgos compatibles con el diagnóstico de eritema discrómico perstans.

**Discusión:** El EDP es una entidad que supone un reto diagnóstico. Suele iniciar con la aparición de máculas grisáceas cuyo eje mayor suele seguir las líneas de tensión de la piel, aparece principalmente en tronco o cuello extendiéndose de manera centrífuga y respetando áreas de cuero cabelludo, mucosas, palmas y plantas. Clínicamente es una patología asintomática que en ocasiones genera un ligero prurito. En cuanto a su curso, puede variar, la mitad de los casos en niños suele mejorar o incluso resolverse, sin embargo en adultos tiende a persistir. No hay descritos actualmente tratamientos con eficacia demostrada salvo una correcta fotoprotección para evitar la hiperpigmentación.

Actualmente se desconoce su etiología, aunque se proponen distintas asociaciones: infecciosas (VIH, VHC), farmacológicas (benzodiazepinas, productos yodados y antibióticos), alérgenos ambientales (pesticidas) así como algunas endocrinopatías.

El diagnóstico diferencial es amplio y resultan de especial importancia los hallazgos de anatomía patológica, ya que deben considerarse otros procesos que cursan con hiperpigmentación clínica, como la erupción fija medicamentosa, el liquen plano, la incontinencia pigmenti, las mastocitosis, la hiperpigmentación de la enfermedad de Addison o el lupus eritematoso discoide, entre otros.

### PO-118 SARCOIDOSIS MORFEIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonio Pereira González(1), Guillermo Moreno Casas(1), Carmen Ruiz Iglesias(1), José Javier Márquez Rojas(1), Isabel M<sup>a</sup> Rodríguez Nevado(1), Antonio Javier Chaves Álvarez(1), Alejandro Rubio Fernández(2), Francisco Peral Rubio(1) y Basilio Narváez Moreno(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz - España.

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida que afecta predominantemente a adultos jóvenes y de mediana edad. Se caracteriza por la afección pulmonar, ocular y cutánea. Las lesiones cutáneas se clasifican como específicas (con granulomas en biopsia) y no específicas. Dentro del primer grupo, la variante de sarcoidosis morfeiforme se considera una manifestación muy atípica e infrecuente de la enfermedad.

**Descripción del caso:** Mujer de 74 años sin antecedentes relevantes, asintomática en la actualidad. Acude a consulta por lesión atrófica e indurada en región glútea de 3 o 4 meses de evolución, estabilizada en el último mes. No lo relaciona con traumatismos ni picadura. A la exploración se observa placa infiltrada de 13 cm, de consistencia pétreo, con eritema periférico y áreas amarillentas centrales que presenta intensa infiltración a plano profundo. No se observa afectación en otras localizaciones.

Las sospechas diagnósticas que se plantearon fueron: morfea profunda vs paniculitis lúpica vs sarcoidosis. Para el diagnóstico nos basamos en las manifestaciones clínicas, los hallazgos de la biopsia, la ecografía cutánea, las alteraciones analíticas y la radiografía de tórax.

La biopsia se informa como dermatitis granulomatosa no necrotizante de tipo «sarcoideo». En la ecografía de partes blandas se observa área de severa atrofia grasa en región glútea izquierda. La radiografía de tórax muestra un infiltrado pulmonar en hilio derecho. Por último, los resultados analíticos muestran una ECA de 134,05 con un cociente CD4/CD8 de 2.4. Tras los hallazgos se realiza el diagnóstico de sarcoidosis morfeiforme y sarcoidosis pulmonar estadio IV que se confirmó con una biopsia mucosa bronquial que se informa como “sin evidencia de elementos neoplásicos malignos y con presencia de un granuloma epitelióide no necrotizante”.

Se inicia tratamiento con metotrexate 10 mg consensuado con el servicio de neumología. En la revisión dermatológica a los 4 meses se observa mejoría cutánea, con una placa menos indurada e infiltrada.

**Conclusiones:** La sarcoidosis tiene un amplio espectro de manifestaciones cutáneas. Debido a su capacidad para simular un cuadro morfeiforme o esclerodermiforme, es necesario tener en cuenta este diagnóstico a la hora de enfocar un paciente con un cuadro de estas características.

### PO-119 DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS: DIFICULTAD EN EL MANEJO TERAPÉUTICO

Elena Porres López(1), Paula Hernández Madrid(2), José Luis Alejo Fernández Baillo(2), José Puig Buendía(2), Beatriz García Bracamonte(2), Juan Carlos Palazón Cabanes(2), Verónica Monsalvez Honrubia(2), Belén Rosales Trujillo(2) y Fátima Tous Romero(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (2)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

La dermatitis actínica crónica es una dermatosis fotosensible infrecuente caracterizada por lesiones cutáneas eczematosas persistentes que afectan principalmente a piel fotoexpuesta.

Presentamos el caso de una mujer de 53 años que acude a nuestras consultas por la presencia de lesiones cutáneas de 3 años de evolución, pruriginosas, localizadas en zonas fotoexpuestas (dorso de manos, brazos, cara y cuello). No tenía antecedentes salvo una dermatitis atópica bien controlada con tópicos, y no tomaba ninguna medicación sistémica. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEL-DAC y la de fragancias que resultaron negativas. Los análisis de sangre, incluyendo niveles de niacina, fueron normales. Se realizó un fototest que confirmó una reducción de la dosis eritematosa mínima por debajo de 0,034 J/cm<sup>2</sup>, llegándose al diagnóstico de dermatitis actínica crónica. Se realizaron varias biopsias cutáneas que fueron compatibles con el diagnóstico, excluyéndose otras enfermedades.

Se pautó tratamiento con azatioprina, hidroxiquina y ciclosporina, sin mejoría de las lesiones. Se asoció también tratamiento con dupilumab, sin respuesta tras cinco meses de tratamiento. Finalmente, se cambió tratamiento a baricitinib 4mg, mostrando una excelente respuesta al mes de inicio de tratamiento. Actualmente, mantiene el buen control sin efectos secundarios.

El diagnóstico y tratamiento de la dermatitis actínica crónica puede suponer un reto. Si bien no hay fármacos aprobados para esta patología, su tratamiento clásico incluye corticosteroides tópicos, inmunosupresores (como azatioprina, metotrexato, ciclosporina y micofenolato), fototerapia, hidroxiquina y talidomida. Aunque los mecanismos fisiopatológicos de la dermatitis atópica y la dermatitis actínica crónica

son diferentes, las características coincidentes incluyen una desregulación predominante de la señalización Th2, encontrando en la literatura reciente varios casos publicados de pacientes con dermatitis actínica crónica que responden a los nuevos tratamientos de la dermatitis atópica (tanto a dupilumab como a inhibidores de JAK).

Destacamos la dificultad de manejo que muchas veces conllevan estos pacientes. En base a nuestra experiencia, y a falta de más estudios o series más amplias, baricitinib podría considerarse una opción terapéutica en casos refractarios.

**PO-120 LIQUEN PLANO PIGMENTOSO: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE NUESTRA EXPERIENCIA DE 8 AÑOS**

Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Mónica García Arpa(1), Lucía González López(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España.



Casos de liquen plano pigmentoso no inverso

**Introducción:** Liquen plano (LP) pigmentoso (LPP) es una rara variante de LP, que afecta predominantemente personas de mediana edad, especialmente de fototipos altos.

**Materiales y Métodos:** Se buscaron diagnósticos nuevos de LPP en la base de datos entre los años 2016 y 2024, que contaban con histología confirmatoria.

**Resultados:** En los 8 años se hallaron 14 casos de los cuales 3 fueron varones y 11 mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre 21 y 72 años, con una media de 45 años. De sintomatología la mayoría refirió solo leve prurito y escozor. El tiempo de enfermedad oscilaba entre 1,5 y 12 meses, con un promedio de 4 meses. Los pacientes negaron inflamación o trauma previo en la zona de las lesiones.

Las lesiones se localizaron en 8 casos en axilas, en 4 casos en cuello, en 4 en zona submamaria y uno en zona interglútea, uno lumbar, uno en muslos y uno labial.

Tres pacientes tenían fototipo IV, 6 fototipo III y 5 fototipo II.

En 11 casos, la distribución de las lesiones fue asimétrica, predominando la afectación del lado derecho (6 casos). En 10 casos se afectaron áreas intertriginosas (LPPi). De los casos no inversos: 2 casos fueron lineales, 1 caso segmentario y los 4 afectaban cabeza y cuello. De estos casos 3 eran fototipo III y 1 caso era fototipo IV.

En todos los casos se hallaba interfase vacuolar y melanófagos dérmicos.

Todos los pacientes recibieron terapia tópica: corticoides de mediana potencia y tacrolimus.

**Discusión:** El LPP es una dermatosis inflamatoria caracterizada por máculas y manchas hiperpigmentadas reticuladas de color marrón o gris en los fototipos altos y de color violáceo en los fototipos más bajos. Su distribución tiende a ser simétrica en cara, cuello y tronco. También se ha reportado distribución segmentaria o lineal (siguiendo las líneas de Blaschko) infrecuentemente.

No existen tratamientos aprobados para LPP sin embargo, se ha reportado variable éxito con el uso de tacrolimus tópico, corticoides tópicos y sistémicos, vitamina A, dosis bajas de isotretinoína y láser.

El liquen plano pigmentoso inverso (LPPi) afecta también a pacientes de fototipos más bajos, se localiza en flexuras y se ha postulado que la fricción es un factor detonante.

Se ha reportado casos de pacientes con LPPi que también presentan otros tipos de liquen plano, y en asociación a enfermedades autoinmunes y trastornos endocrinos.

**PO-121 PIODERMA GANGRENOSO POSTERIOR A CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA**

María Victoria Rosso(1), Valeria Borges(1), Alba Mariño(1), Marta Sánchez(1) y Josep González Castro(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. IDERMA (Instituto de Dermatología Avanzada), Barcelona - España.



Úlceras dolorosas en heridas quirúrgicas de ambas mamas

Paciente femenina de 28 años con antecedente de obesidad mórbida, fue derivada por el Servicio de Cirugía Plástica a los 15 días del postoperatorio de cirugía de reducción mamaria a la consulta de Dermatología, por evolución tórpida en la cicatrización de las heridas que no respondieron a antibioticoterapia empírica oral y con cultivos negativos para gérmenes comunes.

Al examen físico se observaban úlceras dolorosas de más de 10 cm de diámetro, profundas con exposición del tejido celular subcutáneo y bordes sobreelevados violáceos en polo inferior de ambas mamas siendo la del lado derecho de mayor tamaño y úlcera más pequeña y superficial a nivel periareolar bilateral.

Con la sospecha clínica de pioderma gangrenoso se realizó biopsia de piel y se tomaron cultivos para micobacterias atípicas, tuberculosis y micológico, estos últimos negativos.

Se indicaron curaciones con clorhexidina, metilprednisolona crema en la periferia y sulfadiazina de plata y se inició tratamiento sistémico con prednisona oral 1 mg/kg de peso. El área de piel biopsiada evolucionó con aumento de diámetro de la úlcera.

La anatomía patológica evidenció ulceración superficial, marcado infiltrado inflamatorio mixto con abundantes neutrófilos y leucocitos leucocitoclásticos, lo que confirmó junto a la presentación clínica y la buena respuesta a la corticoterapia el diagnóstico de pioderma gangrenoso.

La paciente evolucionó con cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda de origen litiásico por lo que requirió internación. Durante la misma se rotó corticoterapia a vía endovenosa y presentó como complicaciones trombosis venosa portal y mesentérica con isquemia intestinal secundaria que requirió laparoscopia para resección intestinal. Recibió tratamiento con heparina con evolución favorable por lo que se indicó alta sanatorial y se rotó prednisona a vía oral y tratamiento prolongado con acenocumarol. Luego de 6 meses se efectuó de manera programada colecistectomía laparoscópica sin complicaciones.

Actualmente la paciente presenta un buen estado general, cicatrización completa de úlceras en pecho, se descendió progresivamente dosis de prednisona hasta su suspensión, luego de 4 meses en total de tratamiento. Se encuentra en seguimiento por equipo multidisciplinario de medicina interna, hepatología y hematología.

### PO-122 EXPERIENCIA DE USO DE UPADACITINIB 15 MG EN UN HOSPITAL COMARCAL

Sergio Santos Alarcón(1), Santiago Guillén Climent(1), Laia Bou Boluda(1) y Martí Pons Benavent(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Upadacitinib, un inhibidor selectivo de JAK1, ha sido aprobado para el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunitarias, como la dermatitis atópica moderada grave. Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia de nuestro servicio centrándonos en la dosis de 15 mg, evaluando su eficacia y seguridad en diferentes patologías.

**Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes tratados con upadacitinib 15 mg durante toda la experiencia de uso.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, con predominio de indicación de upadacitinib para dermatitis atópica. La mayoría de estos pacientes eran pediátricos, pero también se incluyeron pacientes adultos con dermatitis atópica que habían conseguido control de su enfermedad con 15 mg. Algunos pacientes presentaban otras indicaciones fuera de ficha técnica, como granuloma anular generalizado, y liquen escleroatrófico. El perfil de seguridad fue favorable, sin retiradas de fármaco

**Conclusiones:** El empleo de upadacitinib 15 mg en nuestro centro ha corroborado un perfil de eficacia y seguridad ya conocido en la literatura científica.

La observación de resultados positivos en patologías fuera de ficha técnica sugiere un potencial terapéutico extendido de upadacitinib, especialmente en el contexto de enfermedades huérfanas o de difícil manejo.

Además, la experiencia en pacientes con dermatitis atópica, incluyendo casos moderados, propone una oportunidad para redefinir el concepto de «paciente moderado» en esta enfermedad, lo cual podría tener implicaciones significativas en la estratificación de pacientes y la toma de decisiones terapéuticas, así como la flexibilidad de dosificación, entre las diferentes dosis de 15mg y 30 mg, según la intensidad de la gravedad de los síntomas.

### PO-123 LIQUEN ESTRIADO EN ADULTO

Alicia Tormos Esteve(1), Ainhoa Fernández Arregui(1), Cristina García Gálvez(1), Santiago Soto Fuster(1), Víctor González Delgado(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

**Introducción:** El liquen estriado es una dermatosis de etiología desconocida, infrecuente, autolimitada y asintomática que afecta principalmente a niños, aunque en pocas ocasiones puede aparecer en adultos.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 41 años de origen ucraniano que fue remitida a la consulta de dermatología por presentar lesiones pruriginosas en el miembro inferior derecho de nueve meses de evolución. La paciente no presentaba antecedentes de atopia ni de otra patología dermatológica. En la exploración física se observaban lesiones papulosas de superficie descamativa desde la nalga derecha hasta el quinto dedo del pie derecho, siguiendo las líneas de Blaschko. Se realizó una biopsia cuyo estudio histopatológico mostraba en la dermis un infiltrado linfocitario compatible con liquen estriado. Se pautó tratamiento con clobetasol 0.5 mg/g crema y en la revisión, tras un mes y medio de la primera visita, la mayoría de las lesiones se habían resuelto.

**Discusión:** El liquen estriado es una dermatosis que afecta predominantemente a niños preescolares pero, en ocasiones, ocurre en adultos.

Clínicamente se manifiesta como una banda continua o discontinua de pápulas rosadas de superficie plana o descamativa que se distribuyen a lo largo de las líneas de Blaschko, habitualmente de forma unilateral en una extremidad. La erupción es repentina y desaparece espontáneamente dejando hipopigmentación postinflamatoria.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero en ocasiones es necesario realizar una biopsia. El estudio histopatológico se caracteriza por un infiltrado inflamatorio linfocitario en banda en la unión dermoepidérmica. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con la blaschkitis. En los últimos años, ha surgido cierta controversia debido a similitudes clínicas e histopatológicas entre la blaschkitis y el liquen estriado. Se ha propuesto la denominación unificadora de «erupción cutánea lineal inflamatoria adquirida de Blaschko» (BLAISE), que no solo incluye blaschkitis y liquen estriado, sino también presentaciones lineales de diversas dermatosis inflamatorias.

El liquen estriado normalmente se resuelve espontáneamente en un plazo de seis a doce meses y rara vez recidiva. Por este motivo no suele precisarse tratamiento pero se pueden aplicar corticoides, tacrolimus o retinoides tópicos.

**PO-124** DIAGNÓSTICO DE LIQUEN PLANO EN PACIENTE DE RAZA NEGRA: REPORTE DE UN CASO

Marina Torrent García(1), Celia Campoy Carreño(1), Lucía García Almazán(1), Alejandro Javier Castillo Botero(1), José Pardo Sánchez(1), Fernando Alarcón Soldevilla(1), Tamara Amanda Hernández Gómez(1), Francisco José de León Marrero(1), Fernando Javier Allegue Gallego(1), Javier Ruffin Villoslada(1) y Ángel López Ávila(1) de (1)Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España.

En las últimas décadas, el aumento progresivo de la población de raza negra en España ha generado un creciente interés en las características clínicas específicas en este grupo étnico. Dicho interés se ve justificado por la observación de que muchas dermatosis presentan una morfología distinta, lo que dificulta su reconocimiento. Además, es importante destacar que hasta la fecha, la cantidad de trabajos publicados sobre este tema es limitada. En este contexto, el presente caso pretende abordar y revisar las características clínicas del liquen plano (LP) en un paciente de raza negra.

**PO-125** SÍNDROME VEXAS: PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE TIPO LUPUS TUMIDUS

Peru Urigoitia Ugalde(1), Patricia Eguino Gorrochategui(1) y Arantxa López Pestaña(2) de (1)Dermatología. Hospital Bidasoa, Hondarribia (Guipúzcoa) - España y (2)Dermatología. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España.

**Introducción:** El síndrome VEXAS es un síndrome autoinflamatorio que ha sido descrito en los últimos años en la literatura médica. Sus siglas hacen referencia a Vacuolas, Enzima E-1, ligado a X, Autoinflamatorio, Somático; y es debido a una mutación somática adquirida en el gen UBA1 en los progenitores mieloides. Se caracteriza por fiebres recurrentes, manifestaciones cutáneas de tipo síndrome de Sweet, afectación pulmonar, policondritis y trastornos hematológicos. Presentamos un caso de este síndrome, el cual fue un reto diagnóstico por su manifestación atípica e incompleta.

**Caso Clínico:** Varón de 83 años de edad que en 2021 consultó por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas sin fiebre y con buen estado general. Había iniciado silodosina por parte de urología, a la cual el paciente achacaba los síntomas cutáneos que padecía. Las lesiones cutáneas consistían en lesiones numulares o de morfología anular, infiltradas, sin descamación, que afectaban predominantemente a la parte superior del tronco (V de escote y parte alta de espalda) y también en menor medida al área facial y extremidades. Las lesiones duraban unas pocas semanas y respondían bien a corticoides tópicos y sistémicos. Fueron realizadas biopsias en diferentes ocasiones, con hallazgos de infiltrado linfocítico perivascular con discretos depósitos de mucina, sin afectación de la epidermis, sin vasculitis, IFD negativa. Analíticamente no mostraba hallazgos relevantes, autoinmunidad negativa y sin afectación de órganos. Fue enfocado en un primer momento como lupus cutáneo de tipo tumidus y tratado con hidroxycloquina, metotrexato, quinacrina y dapsona sin control de los brotes, teniendo épocas de remisión espontánea.

Tras una búsqueda en la literatura encontramos casos de síndrome VEXAS con presentación clínica de tipo lupus tumidus, por lo que solicitamos un frotis de sangre periférica que mostró vacuolas en los neutrófilos y el estudio genético fue positivo para este síndrome.

**Conclusiones:** El síndrome VEXAS es un síndrome autoinflamatorio recientemente descrito que engloba lesiones cutáneas y manifestaciones inflamatorias sistémicas y hematológicas. Traemos este caso por su presentación clínica inicial exclusivamente cutánea y ligeramente diferente a lo descrito en la mayoría de los casos.

**PO-126** DERMATOSIS DISCOIDE FACIAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Pamela Zamberk Majlis(1), María Rogel Vence(2), María Del Prado Sánchez Caminero(1), Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Marina Montero García(1), Mónica Gómez Manzanares(1) y Claudia Ramos-Rodríguez(3) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España, (2)Unidad de Estética Facial. Unidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén, Madrid - España y (3)Anatomía Patológica. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.



Caso 1

**Antecedentes y objetivos:** La dermatosis discoide facial (DDF) es un cuadro recientemente descrito (2010) el cual supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

**Métodos:** Se describen los datos de 3 pacientes diagnosticadas de DDF, con sus características demográficas, antecedentes, resultados histológicos, analíticos y tratamientos realizados.

**Resultados:** Se presentan 3 pacientes mujeres, con edades comprendidas entre los 30 y 54 años, las cuales acuden a consulta de dermatología por lesiones faciales eritematodescamativas, persistentes de años de evolución, resistentes a todos los tratamientos empleados, incluyendo corticoides, inmunomoduladores y derivados de la vitamina D tópicos, antibióticos tópicos y sistémicos, itraconazol oral, retinoides sistémicos, etc.

**Conclusiones:** La DDF se caracteriza por pápulas y placas psoriasiformes faciales persistentes, ocasionalmente anulares, las cuales permanecen estables en el tiempo en cuanto a clínica y localización, con escasa o nula respuesta a tratamientos tópicos, sistémicos, fototerapia e incluso láser. Predomina en el sexo femenino (5:1) y suele comenzar en la tercera década de la vida. Histológicamente encontramos hiperqueratosis, acantosis, paraqueratosis, tapones foliculares, espongiosis y un infiltrado linfocitario perivascular superficial.

Pese a que en la mayoría de publicaciones se caracteriza por no responder a los tratamientos, hay casos en la literatura con buena respuesta a calcipotriol asociado o no a betametasona y acitretino a dosis bajas. También se han descrito respuestas prometedoras al ustekinumab.

Consideramos que la DDF es una entidad infradiagnosticada, por lo que es importante darla a conocer.

**Tabla:** DATOS DE LOS PACIENTES

Caso	Edad	Te	Ap	Histología	Análítica	Ttos.
1	54	7 años	ERGE, EAC Níquel	Hiperqueratosis, paraqueratosis, espongiosis, infiltrado linfocitario perivascular superficial.	VSG 21	Emolientes, CCT, IMMT, metronidazol, ivermectina, doxiciclina, itraconazol, isotretinoína, acitretino.
2	30	5 años	SII	Hiperqueratosis, paraqueratosis, hiperplasia psoriasiforme, espongiosis, exocitosis neutrófilos, infiltrado linfocitario perivascular superficial.	Normal	Emolientes, CCT, IMMT, Calcipotriol.
3	51	9 años	Sin interés	Hiperqueratosis, paraqueratosis, espongiosis, infiltrado linfocitario perivascular superficial.	Normal	Emolientes, CCT, IMMT.

TE: Tiempo de evolución; AP: Antecedentes personales; ERGE: Enfermedad por reflujo gastro-esofágico; EAC: Eccema alérgico de contacto; SII: Síndrome de intestino irritable; TTOS: Tratamientos realizados; CCT: Corticoides tópicos; IMMT: Inmunomoduladores tópicos,

**PO-127**

**EVALUACIÓN DE RESPUESTA TEMPRANA CON ABROCITINIB: COHORTE DE 10 PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE**

Antonio Zamora Ruiz(1), Samuel Corral Pavanelo(1), Elia Boza Villar(1), Gustavo Guillermo Garriga Martina(1), Jorge Alonso Suárez Pérez(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)UGC Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Materiales y métodos:** Se recopilaron datos de una cohorte de 10 pacientes afectados de dermatitis atópica grave en seguimiento por nuestra unidad de Enfermedades Inmunomediadas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, en Málaga, al inicio y a las cuatro semanas de iniciar abrocitinib.

**Resultados:** Se incluyeron los datos de 10 pacientes, de los cuales 7 habían llegado a las cuatro semanas y 2 habían llegado a las 12 semanas de seguimiento.

De entre los 10 pacientes, 6 de ellos eran hombres. La edad media de los pacientes fue de 36,4 años. El peso medio fue de 55,6 kg, y la talla media, de 169 cm. Un paciente era fumador activo. Tres de los pacientes referían consumo habitual de alcohol. De los 10 pacientes, 3 pacientes estaba diagnosticado de asma, 2 pacientes de rinoconjuntivitis, 3 pacientes de alergias alimentarias y 2 pacientes de alergias estacionales. Un paciente era hipertenso, y ninguno de los 10 pacientes refirió antecedentes cardiovasculares.

Los pacientes realizaron una media de 2 tratamientos sistémicos previos. Todos ellos realizaron tratamiento con ciclosporina y tópicos. Un paciente recibió fototerapia. Al inicio del tratamiento, los pacientes presentaban un EASI medio de 24, con un BSA de 19,2, IGA 4, NRS de picor de 8,6 y NRS de sueño de 8. A las cuatro semanas de tratamiento con abrocitinib los pacientes presentaban un EASI medio de 12, un BSA medio de 22; un IGA medio de 1,7; una valoración NRS itch de 4,5 y una valoración de NRS sleep de 3,5.

La respuesta EASI absoluta media a las cuatro semanas de tratamiento con abrocitinib fue de EASI 50. La respuesta EASI75 se consiguió en 5 de 7 pacientes (el 71,4%) y la respuesta EASI90 se consiguió en 2 de 7 pacientes (el 28,5%). Entre los 7 pacientes, se observó una disminución de la valoración IGA en 6 de ellos (el 85,7%) mientras que 4 de los 7 pacientes consiguieron una respuesta IGA de entre 0 y 1 (el 57,1%). Todos los pacientes tuvieron una respuesta positiva con disminución en la escala NRS de picor y sueño. Solo un paciente suspendió el tratamiento, por ineficacia primaria.

**Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes afectados de dermatitis atópica grave tratados con abrocitinib observamos una respuesta temprana a las cuatro semanas de EASI75 en el 71,4% de los pacientes y una respuesta EASI 90 en el 28,5% de los pacientes, con una respuesta IGA 0-1 en el 85,7% de los pacientes.

**ZONA PÓSTER**

**ENFERMEDAD DE LAS MUCOSAS**

**PO-128**

**BARICITINIB COMO ALTERNATIVA EFECTIVA Y SEGURA PARA EL LIQUEN PLANO ORAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Marta Gangonells Dols(1), Carlos Moreno Vilchez(1), Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Clara Muntaner Virgili(1), Júlia Boronat Cucarull(1), Yolanda Fortuño Ruiz(2) y Jaime Notario Rosa(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona) - España

El Liquen Plano Oral (LPO) representa un desafío terapéutico debido a su naturaleza crónica y, en muchos casos, a la elevada tasa de fracasos terapéuticos a los tratamientos convencionales, principalmente corticoides tópicos y sistémicos. La variante erosiva, además de causar dolor

significativo, conlleva el riesgo de degeneración a carcinoma escamoso. Este estudio incluye dos casos de pacientes con LPO erosivo refractario a tratamientos convencionales que presentaron buena respuesta al tratamiento con baricitinib, un inhibidor de JAK-1/3. La primera paciente incluida fue una mujer de 65 años con LPO erosivo refractario que, tras fracaso a múltiples líneas de tratamiento, fue tratada con baricitinib 4mg/día, experimentando respuesta completa a las 8 semanas de iniciar el tratamiento y manteniendo la mejoría a lo largo de 52 semanas de seguimiento. También fue tratada con baricitinib, en este segundo caso a dosis de 2mg/día, una paciente de 57 años con liquen plano oral y afectación esofágica, presentando mejoría clínica y endoscópica tras 24 semanas de seguimiento. Ninguno de los dos pacientes presentó efectos adversos debido al tratamiento.

El LPO es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por células T cuya variante erosiva posee un riesgo potencial de malignización. Los tratamientos convencionales, principalmente corticoides, presentan tasas de fracaso significativas. La inhibición de la vía JAK-1/3 mediante baricitinib emerge como una estrategia prometedora, dado su papel en la señalización inflamatoria. Los casos presentados destacan la eficacia potencial de baricitinib en el manejo del LPO erosivo refractario, incluso en casos con afectación esofágica. Este enfoque terapéutico podría representar una alternativa valiosa en pacientes que no responden a las opciones convencionales. Se necesitan estudios más amplios para validar estos hallazgos y explorar la seguridad a largo plazo de esta terapia, pero los resultados preliminares sugieren un nuevo horizonte terapéutico para el LPO.

ZONA  
PÓSTER

ENFERMEDADES AMPOLLARES

PO-129 TATUAJE COMO DESENCADENANTE DE PÉNFIGO VULGAR

Cristina Abraira Meriel(1), María Marcellan Fernández(1), M. Carmen González Vela(2), María del Amparo Sánchez López(1), Saray Simón Coloret(1), Inmaculada Bertomeu Genis(1), Pablo Munguía Calzada(1), Cristina Naharro Fernández(1), Remigio Mazona Horts(2), Ana Sofía Collado Martín(2), Sara Álvarez Alonso(2), Elena Montano Lumbreras(2), Horacio Requena Cabello(2), Servando Lazuen Fernández(3) y Marcos Antonio González López(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.



Imagen 1

La popularidad de los tatuajes ha crecido de manera exponencial en las últimas décadas. Las reacciones cutáneas adversas son infrecuentes, aunque se han publicado revisiones extensas en las que se incluyen infecciones, reacciones inmuno-mediadas, exacerbación de dermatosis previas y lesiones por fenómeno de Koebner entre otras.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con antecedente de tiroidectomía por bocio multinodular tóxico en tratamiento con levotiroxina. Fue remitida a dermatología por "inflamación de varios lunares" a nivel de tórax posterior de 2 meses de evolución. Refería, asimismo, lesiones orales dolorosas desde hace 5 meses y la aparición de una lesión sobre zona de tatuaje antiguo de más de un año de evolución, que había sido refractaria a diversos tratamientos tópicos.

En la exploración física presentaba en la espalda 3 lesiones erosivo-costrosas de borde eritematoso. Además, sobre la zona superior de tatuaje policromado en la escápula derecha, se apreciaba una placa eritematosa de 2,5 cm con tejido de granulación, y costra periférica (imagen1) y con dermatoscopio se visualizaban vasos glomerulares. Por otra parte, en la cavidad oral, se evidenciaban áreas denudadas en el paladar blando y erosiones en la mucosa yugal.

Se realizaron biopsias de las lesiones cutáneas y de la mucosa yugal para estudio anatomopatológico y de inmunofluorescencia directa. Asimismo, se solicitaron autoanticuerpos anti-sustancia intercelular epidérmica (AC anti-SIE). El estudio histopatológico de la lesión desarrollada sobre tatuaje mostró acantolisis con ampolla suprabasal, infiltrados linfoplasmocitoides y presencia de pigmento exógeno. EL estudio de IFD fue negativo en la piel y mostró positividad débil para IgG intercelular en la lesiones de la mucosa yugal. Se detectaron AC anti-SIE a título 1/80.

Con los hallazgos clínico-patológicos referidos, se estableció el diagnóstico de pénfigo vulgar, y considerando la relación cronológica, en probable asociación con tatuaje previo. Se inició tratamiento con prednisona oral (0,5 mg/kg/día) y ciclosporina en solución oral, observándose mejoría de las lesiones, si bien, la lesión sobre el tatuaje, está presentando una respuesta más lenta.

Según nuestro conocimiento, el desarrollo de lesiones de pénfigo vulgar como posible complicación de los tatuajes, no ha sido previamente referida en la literatura.

PO-130 AMPOLLAS HEMORRÁGICAS A DISTANCIA: LA COLABORACIÓN CON DERMATOLOGÍA RESULTA CRUCIAL

Zita Álvarez Bobillo(1), Jorge Aróstegui Aguilar(1), Isabel Bernad Alonso(1), Neus Martínez Arnau(2), María del Carmen Gómez(2), Iranzu Barandika Urrutia(1), Mariana Claudia Matei(1) y Tamara Gracia Cazaña(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

**Introducción:** La dermatosis ampollosa hemorrágica a distancia inducida por heparina se trata de una entidad benigna, descrita por primera vez por Perrinaud en 2006, que consiste en la aparición de ampollas de contenido hemorrágico, tensas, no inflamatorias, las cuales se dis-

tribuyen de forma agrupada a distancia de la zona de administración subcutánea de la heparina. Estas ampollas aparecen sobre piel sana y, preferentemente, en miembros y tronco, sin otra sintomatología acompañante.

**Caso Clínico:** Mujer de 64 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna debido a un tromboembolismo pulmonar segmentario en lóbulo medio e inferior izquierdo e hipertensión pulmonar. Como consecuencia de ello, se inició tratamiento anticoagulante con enoxaparina a dosis de 1.5 mg/kg. A los 2 días del ingreso, la paciente comienza con lesiones ampollas hemorrágicas en miembro superior derecho, por lo que se solicita interconsulta al servicio de Dermatología. A la exploración, se podían observar varias ampollas tensas de contenido hemorrágico en la flexura antecubital del brazo derecho. Ante estos hallazgos y la sospecha clínica de dermatosis ampollosa hemorrágica inducida por enoxaparina, se decidió tomar biopsia de una de las lesiones, confirmándose así el diagnóstico. Además, se decidió suspender la enoxaparina y sustituirla por acenocumarol, lo que condujo a una mejoría y resolución de las lesiones en 72 horas.

**Discusión:** La dermatosis ampollosa hemorrágica inducida por heparina presenta una patogenia desconocida, aunque algunos autores proponen que podría tratarse de una reacción de hipersensibilidad, otros autores abogan a la sobredosificación anticoagulante. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Cabe destacar que la actitud ante la aparición de estas lesiones y la suspensión de la heparina es diferente según los autores. En el caso que presentamos se decidió sustituir la heparina por un anticoagulante oral valorando el riesgo-beneficio de la paciente, pero lo más probable es que se trate de un cuadro autolimitado independiente de continuar, suspender o disminuir la dosis de heparina, por lo que parece que el manejo conservador puede ser una buena opción.

### PO-131 LESIONES AMPOLLOSAS DE 8 AÑOS DE EVOLUCIÓN: UN RETO DIAGNÓSTICO

Andrea Bernabeu Aicart(1), Enrico Giorgio Morales Tedone(1), David Muñoz Castro(1), Cristina Albanell Fernández(1), Víctor González Delgado(1) y Ángeles Revert Fernández(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

Acude a dermatología un varón de 52 años sin antecedentes de interés. Refiere aparición de lesiones pruriginosas en forma de vesículas y ampollas en región frontal, cervical y extremidades superiores de 8 años de evolución. Cursa en forma de brotes que aparecen durante los meses de primavera y se resuelven una vez finalizado el verano. Las lesiones dejan cicatriz e hipopigmentación residual.

A la exploración, se observan vesículas y ampollas en áreas fotoexpuestas, excoriaciones y cicatrices atróficas, hipopigmentación residual postinflamatoria y quistes de millium.

Resalta la aparición de hipertriosis malar de forma bilateral y lipodistrofia en región facial.

Se decide solicitar una analítica con serología, un estudio de porfirinas y una biopsia cutánea.

En la analítica destaca un aumento de la ferritina, bilirrubina total y un aumento de las transaminasas. En el estudio de las porfirinas se detecta un aumento de porfirinas totales en orina de 24 horas (3441,00 ug/24h). Con un patrón de incremento de uroporfirinas respecto a las coproporfirinas y un aumento del metabolito de la heptacarboxilporfirina. La actividad de la Uroporfirinógeno descarboxilasa es normal.

En la serología se observa positividad en el test de cribado del virus de la hepatitis C.

En la biopsia cutánea se observa una ampolla subepidérmica paucicelular. El estudio mediante inmunofluorescencia directa muestra positividad intensa lineal para IgG. Se observa una positividad similar para C3.

El estudio es compatible con una porfiria cutánea tarda.

Se deriva al paciente a medicina digestiva para estudio. Se inicia tratamiento con glecaprevir y pibrentasvir durante 8 semanas con buena tolerancia.

Por parte de dermatología, se inicia tratamiento con antihistamínicos orales y mometasona tópica en las zonas de lesiones. Se aconsejan medidas de fotoprotección.

Tras realizar ocho semanas de tratamiento antiviral pautado por parte de medicina digestiva, se mantiene respuesta viral sostenida con carga viral indetectable para virus de la hepatitis C.

Las lesiones cutáneas han mejorado, el paciente no presenta vesículas ni ampollas. El paciente no ha vuelto a realizar brotes de lesiones de porfiria cutánea tarda desde el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C.

### PO-132 ENFERMEDAD AMPOLLOSA AUTOINMUNE CON DEPÓSITO LINEAL DE IGA E IGG DESENCADENADA POR EMPAGLIFLOZINA

Cristina García Gálvez(1), Santiago Soto Fuster(1), Ainhoa Fernández Arregui(1), Alicia Tormos Esteve(1), Begoña Heras Moran(2), Carlos Monteagudo Castro(2), Víctor González Delgado(1), José María Martín Hernández(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

Mujer de 79 años que acude a urgencias por presentar lesiones ampollas de 2 semanas de evolución en relación a inicio de empagliflozina.

A la exploración presentaba ampollas tensas sero-hemáticas en muslos y zona periumbilical, sin afectación de mucosas.

Ante la sospecha de enfermedad ampollosa se realizó biopsia de una de las lesiones e inmunofluorescencia directa en piel perilesional. Se solicitó analítica con estudio de autoinmunidad para enfermedades ampollas y se instauró tratamiento con corticoide tópico de alta potencia. También se suspendió el fármaco.

Al mes, la paciente presentaba hiperpigmentación post-inflamatoria sin lesiones nuevas.

El estudio de inmunofluorescencia directa resultó positivo con gran intensidad para depósitos de IgA, IgG y C3c de distribución lineal en unión dermoepidérmica. La histología no fue concluyente y los anticuerpos anti-BP180 estaban elevados. El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune caracterizada por ampollas subepidérmicas y depósito lineal de IgG y C3 a lo largo de la membrana basal. Puede haber una tinción menos intensa para IgM, IgA y/o IgE. La dermatosis IgA lineal por su parte, es una enfermedad ampollosa autoinmune poco común, caracterizada por el depósito lineal de IgA en la unión dermoepidérmica. Ambas pueden ser idiopáticas o asociadas a factores desencadenantes, incluidos los fármacos.

El diagnóstico diferencial a veces es difícil. Aquí es de gran utilidad la inmunofluorescencia directa, pero la clasificación de los casos que muestran tanto IgG como IgA a lo largo de la membrana basal, como en nuestro caso, es problemática. Algunos autores la clasifican como dermatosis IgA lineal y otros como penfigoide ampolloso.

Presentamos este caso por ser un caso novedoso, y una relación aún no conocida de empagliflozina con desarrollo de enfermedad ampollosa autoinmune con depósito IgA e IgG lineal en unión dermoepidérmica con gran intensidad en estudio inmunofluorescencia directa.

### PO-133 ALOPECIA COMO MANIFESTACIÓN AISLADA DE PÉNFIGO VULGAR

Irene González Jiménez(1), Alicia Pérez Bustillo(1), Gerardo Martínez García(2), María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Ana María Antón Márquez(1), Teresa Lucía Vega López(1) y Pilar Manchado López(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune en la que anticuerpos antidesmolgeina inducen la formación de ampollas que predominan sobre todo en mucosas, pudiendo asociar lesiones cutáneas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 40 años sin antecedentes relevantes que consulta por lesiones costrosas de base eritematosas en cuero cabelludo de 4 meses de evolución que se desprenden dejando alopecia y erosiones. A la exploración presenta 4 placas alopécicas de hasta 4,5 cm con pull-test positivo. Había sido tratado con antifúngicos tópicos y orales sin mejoría.

Se realiza cultivo de hongos, bacterias y analítica sanguínea incluyendo serologías y estudio de autoinmunidad que no muestran alteraciones. Se realiza biopsia de las lesiones observándose ampollas intraepidérmicas suprabasales con acantolisis de los queratinocitos. La inmunofluorescencia directa muestra depósitos epidérmicos intercelulares de IgG y C3.

Los hallazgos clínicos, histopatológicos y de inmunofluorescencia directa apoyan el diagnóstico de pénfigo vulgar; por lo que se comienza tratamiento con prednisona 70 mg/día y rituximab iv.

**Discusión:** El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune, en la que, anticuerpos antidesmolgeina inducen la pérdida de adhesión de los queratinocitos llevando a la formación de ampollas y erosiones. Las manifestaciones clínicas más habituales son erosiones mucosas con o sin lesiones cutáneas asociadas. El pénfigo vulgar cutáneo localizado sin afectación mucosa es una variante rara con pocos casos descritos. La afectación del cuero cabelludo es un hallazgo frecuente en el curso de los pénfigos (15-60%). Sin embargo, la alopecia no cicatricial es una manifestación clínica inusual que rara vez se observa incluso en aquellos casos con erosiones en cuero cabelludo. Se sugiere que el mecanismo que provoca la alopecia es la acantolisis de los queratinocitos de la vaina radicular externa de los folículos en combinación con infección concomitante, que provoca el debilitamiento del anclaje del folículo piloso. En casos de larga evolución y implicación extensa del cuero cabelludo se han descrito casos de alopecia cicatricial.

**Conclusiones:** Este caso de pénfigo vulgar tiene especial relevancia por manifestar de forma simultánea dos condiciones inusuales como son la manifestación cutánea aislada en cuero cabelludo sin afectación mucosa y la alopecia no cicatricial.

### PO-134 PENFIGOIDE ANTI P-200: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN DERMATOSIS AMPOLLARES

Joseph Simon Griffiths Acha(1), Henar Sanz Robles(1), Marta Menéndez Sánchez(1), Elena García Zamora(1), Diana Patricia Ruiz Genao(1), Román Miñano Medrano(1), José Gregorio Álvarez Fernández(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid - España.

**Introducción:** Las dermatosis ampollares autoinmunes son trastornos caracterizados por la pérdida de cohesión intercelular o dermoepidérmica debido a autoanticuerpos contra proteínas de adhesión. Su diagnóstico diferencial exige una integración de la clínica, la histopatología y la inmunofluorescencia.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 47 años con lesiones ampollas pruriginosas de tres meses de evolución, exacerbadas por leves traumatismos. En una primera visita, exhibía erosiones, hiperpigmentación postinflamatoria y quistes de milium en zonas de roce, y distrofia ungueal en los pies. Durante su evaluación, presentó un brote de lesiones eritematoedematosas diseminadas, acompañadas de ampollas tensas y erosiones, que remitieron tras tratamiento con corticoides sistémicos.

Los análisis destacaron ANAs y anti Ro/SSA elevados, sin cumplir criterios para lupus eritematoso sistémico. La histopatología reveló una ampolla subepidérmica con infiltración neutrofílica, con depósitos lineales de IgG, IgM, C3 y C1q. No se detectaron anticuerpos anti BP180, anti BP230 ni anti colágeno VII, lo que descartó un penfigoide ampolloso (PA), una epidermolisis bullosa ampollosa (EBA) y, junto con la ausencia de otros criterios clínico-analíticos, un lupus eritematoso sistémico ampollar.

Ante la sospecha de penfigoide anti p-200, la inmunohistoquímica reveló la presencia de colágeno IV en la base de la ampolla, reforzando la hipótesis diagnóstica. La administración de sulfona condujo a una remisión casi completa de las lesiones.

**Conclusión:** El penfigoide anti p-200, una dermatosis ampollar rara, afecta preferentemente a personas jóvenes y se caracteriza por una presentación clínica variable, pudiendo asemejarse a otras enfermedades ampollas como el PA o la EBA.

Se distingue por la presencia de autoanticuerpos IgG contra la laminina gamma 1 en la zona de transición entre la lámina lúcida y densa de la membrana basal, formando ampollas subepidérmicas con infiltrados neutrofilicos. La identificación del colágeno IV en la base de la ampolla mediante inmunohistoquímica es una estrategia práctica y económica para diferenciar esta enfermedad de la EBA (que presenta el colágeno IV en el techo de la ampolla), especialmente cuando no se dispone de métodos de confirmación más específicos como ELISA o inmunoblot.

### PO-135 ENFERMEDAD AMPOLLOSA AUTOINMUNE EN UN PACIENTE DE PIEL NEGRA

Elisa Hernández de la Torre Ruiz(1), Paloma García Piqueras(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Virseda González(1), Ana Pulido Pérez(1) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

Las dermatosis en pacientes de piel negra están infrarepresentadas en la literatura dermatológica, sobre todo en patologías poco frecuentes como las enfermedades ampollosas autoinmunes (EAA).

Presentamos el caso de un varón de 35 años, natural de Senegal, de piel negra, que acude al servicio de Urgencias por ampollas pruriginosas, generalizadas, de unas 2-3 semanas de evolución. Primer episodio similar, no antecedentes personales relevantes, negaba toma de fármacos o productos de herbolario. A la exploración, ampollas tensas de contenido seroso en tronco, miembros y cuero cabelludo, junto con áreas erosivas y áreas hipopigmentadas con realce perifolicular. También erosiones en semimucosa labial y mucosa yugal, no en otras mucosas. Inicialmente se manejó como cuadro infeccioso, pero ante la ausencia de mejoría tras antibioterapia oral, se sospechó posible EAA y se decidió ingreso e inicio de corticoterapia. La sospecha clínica inicial fue de epidermolisis bullosa adquirida (EBA).

En la analítica, presentaba anticuerpos frente a anti-BP180 (3,76 UA), siendo el resto de anticuerpos del panel de EAA negativos, incluyendo anti-colágeno VII; resto analítica sin hallazgos de interés, anticuerpos antinucleares negativos. En biopsia de piel, ampolla subepidérmica con poca inflamación acompañante. La tinción para colágeno IV mostraba positividad de la membrana basal en el lado dérmico de la ampolla. En IFD, positividad lineal para C3 e IgG en la membrana basal. IFD en piel separada poco concluyente.

El diagnóstico final fue de probable pénfigoide ampolloso (PA). El paciente mejoró con corticoide, pero perdió seguimiento tras ingreso.

En Senegal, el PA es la EAA más frecuente, seguido del pénfigo. En población africana, la EBA y la dermatosis lineal IgA son proporcionalmente más frecuentes que en países occidentales. La clínica principal del PA (ampollas, erosiones, localización), así como perfil de anticuerpos e inflamación en biopsia es similar independiente del tono de piel. En piel negra parece que el inicio de la clínica puede ser más algo más precoz, no hay eritema inicial y hay más problemas de pigmentación.

Presentamos un caso atípico de PA, no solo por el color de piel del paciente, sino también por su edad.

### PO-136 PÉNFIGO Y RITUXIMAB: EFECTIVIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

David López Delgado(1), Daniel Muñoz Barba(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Antonio Martínez López(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción:** El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes ampollosas que afecta a las capas más superficiales de la piel y mucosas. El diagnóstico preciso y manejo terapéutico a menudo resulta complejo, con el impacto consecuente en la calidad de vida de estos pacientes.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad en el empleo de Rituximab (RTX) para el tratamiento de los pacientes con pénfigo, así como identificar posibles factores predictores de buena respuesta y la aparición de eventos adversos.

**Material y Métodos:** Serie de 10 pacientes con pénfigo tratados con RTX. Se evaluaron las características sociodemográficas, los tratamientos previamente realizados y la respuesta al tratamiento con un seguimiento posterior de 3 años.

**Resultados:** El 90% de los pacientes presentaban pénfigo vulgar, y el 10% pénfigo IgA. El 70% fueron mujeres, con una edad media de 56.7 (DE 13.85) años. El tiempo medio hasta el inicio de RTX fue 13.2 (DE 15.33) meses, que fue efectivo en el 70% de los casos. Todos recibieron corticoterapia oral previamente y junto con RTX. Los pacientes respondedores experimentaron mejoría en los primeros 4 meses, recibiendo una media de 3 dosis del fármaco. Únicamente 3 pacientes presentaron efectos adversos leves y 1 paciente presentó una recaída tras la suspensión del tratamiento.

**Conclusiones:** El RTX es un fármaco efectivo en el tratamiento de la mayoría de los pacientes con pénfigo. La respuesta completa en los primeros meses permite disminuir los efectos adversos relacionadas con la corticoterapia oral y mejorar rápidamente la calidad de vida de estos pacientes.

### PO-137 TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PENFIGOIDE AMPOLLOSO SECUNDARIO A FÁRMACOS

Guillermo López González(1), Gonzalo Peón Currás(1), Martina Espasandín Arias(1), Ana Batalla Cebey(1), Laura Salgado Boquete(1), Hae Jin Suh Oh(1), Marcos Oro Ayude(1), Carmen Couselo Rodríguez(2), Sandra Martínez Fernández(1), Raúl Gutiérrez Meré(1), Victoria Martínez Sernández(1) y M. Teresa Abalde Pintos(1) de (1) Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España y (2) Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra y Salnés, Pontevedra - España.

**Introducción:** El pénfigoide ampolloso (PA) es la dermatosis ampolloso subepidérmica autoinmune más frecuente. Se han descrito casos inducidos por fármacos entre los que se incluyen los inhibidores del punto de control inmunitario.

**Caso Clínico:** Varón de 79 años con antecedente de carcinoma renal de células claras estadio IV que, tras cuatro meses de tratamiento con nivolumab, inició un cuadro generalizado de placas pruriginosas con posterior formación de ampollas tensas y erosiones. Se realizó un diag-

nóstico de PA por un cuadro clínico compatible junto con demostración histológica de ampollas subepidérmicas ricas en eosinófilos, inmunofluorescencia directa con depósitos de IgG y C3 en membrana basal y presencia de anticuerpos circulantes frente a AgBP180. El paciente fue tratado con corticoides orales y tópicos, requiriendo repetidos ingresos y presentando efectos secundarios. Debido a la ausencia de respuesta y habiendo descartado el uso de inmunosupresores por su antecedente oncológico, se inició tratamiento con el anticuerpo anti IL13 e IL4 dupilumab (300mg subcutáneos cada 15 días). Tras cinco meses de tratamiento, el paciente presentó resolución de las lesiones sin brotes intercurrentes ni efectos adversos.

**Discusión:** La incidencia de PA se ha incrementado en las últimas décadas. Si bien no se encuentra un desencadenante en la mayoría de casos, se ha descrito una asociación con fármacos como los anticuerpos inhibidores de PD-1. A pesar de que el PA secundario a dichos fármacos es habitualmente leve, existen casos que resultan refractarios a las primeras líneas de tratamiento. Nuevas terapias biológicas como dupilumab han demostrado eficacia al alcanzar respuestas significativas, sin presentar los efectos adversos de la corticoterapia y facilitando una buena adherencia terapéutica.

**Conclusión:** Los casos de PA de causa farmacológica no son infrecuentes. Una buena anamnesis es imprescindible para identificar dichas causas. En casos refractarios al tratamiento convencional, la terapia con dupilumab se ha establecido como una opción con buen perfil de eficacia y seguridad.

### PO-138 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL LÁSER CO2 ABLATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY

Deiane Marcos Muñagorri(1), Inés Oteiza Rius(1), Ana Morelló Vicente(1), Rafael Salido Vallejo(1), Leyre Aguado Gil(1) y Javier Antoñanzas Pérez(1) de (1) Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Introducción:** La enfermedad de Hailey-Hailey (EHH) es una entidad ampollosa infrecuente que cursa con brotes de lesiones en pliegues afectando negativamente la calidad de vida (CDV). Su manejo es complejo, ya que, a pesar de las múltiples terapias descritas, no existen tratamientos que modifiquen el curso natural de la enfermedad. Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad del láser CO2 ablativo en pacientes con EHH y su influencia en la CDV.

**Material y Métodos:** Presentamos un ensayo clínico controlado intrapaciente en el que se incluyeron 10 pacientes con EHH refractaria tratados con láser CO2 entre septiembre de 2021 y enero de 2024. Se estableció un período de lavado de 4 semanas para fármacos inmunosupresores y de 2 semanas para antibióticos. Se evaluó la respuesta terapéutica mediante la reducción del área afecta, la toma de fotografías y los cuestionarios de calidad de vida Skindex-29.

**Resultados:** La serie incluyó edades comprendidas entre 37 y 81 años y la zona afectada con mayor frecuencia fue la ingle (92%). Tras el tratamiento, todos presentaron aclaramiento de las zonas tratadas, que se mantuvieron tras dos años de seguimiento. Además, las puntuaciones promedio obtenidas en las escalas de calidad de vida disminuyeron de forma estadísticamente significativa a los 6, 12 y 24 meses ( $p < 0.002$ ).

**Discusión:** El mecanismo por el que se produce la normalización del área tratada tras la abrasión con láser es desconocido. Algunos autores han propuesto que podría ser debido a la fibrosis de la dermis o a la ausencia de mutación en las células madre foliculares, desde las que se produce la reepitelización. No obstante, esto es poco plausible ya que el láser no afecta a la dermis reticular y a que la enfermedad está causada por una mutación germinal. En nuestra opinión, lo más probable es que se deba a cambios epigenéticos inducidos por el propio tratamiento, lo que todavía está por confirmar.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra la eficacia a largo plazo del láser de CO2 en pacientes con EHH. Dicha mejora, podría justificar el uso del láser como terapia de rescate en las formas severas y refractarias. Al mismo tiempo, destaca la necesidad de considerar la CDV en el tratamiento integral de enfermedades dermatológicas.

### PO-139 FENÓMENO ISOTÓPICO DE WOLF TRAS RADIODERMITIS

Cristina Marcos Rodríguez(1), M<sup>a</sup> Dolores Caro Gutiérrez(1), Alberto Alegre Bailo(1), Nelly Marlene Román Mendoza(1), José Javier Mateos Rico(1), Lourdes Estrada Muñoz(2) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** Denominamos fenómeno isotópico de Wolf (FIW) al proceso dermatológico de nueva aparición que acontece en la misma zona donde previamente ya existió una dermatopatía, ya resuelta, y con la que no guarda ninguna relación.

Presentamos un caso particular de FIW, tanto por la etiología de la dermatopatía previa como por el tipo de lesión con el que se manifestó.

**Caso Clínico:** Una mujer de 76 años, alérgica a ácido acetilsalicílico, con antecedentes de hipertensión y nefrolitiasis, es remitida a consulta de dermatología desde oncología radioterápica. La paciente había sido intervenida de un liposarcoma en hueso poplíteo izquierdo, cuya extirpación quirúrgica no fue completa por adherencia a estructuras vasculonerviosas. Posteriormente inicia tratamiento radioterápico que tuvo que ser suspendido de forma precoz tras 50 Gy por aparición de radiodermatitis grado 2 que remitió con tratamiento convencional.

La paciente refiere que, aproximadamente 3-4 semanas después de resolución de la radiodermatitis, aparecieron lesiones cutáneas ampollares y pruriginosas en la zona radiada. En la exploración se objetivaban placas eritematosas bien definidas con formación de ampollas tensas, alguna de ellas ya drenadas, en la zona previamente afecta por la radiodermatitis, encontrando indemne el resto de la dermis corporal. La autoinmunidad en sangre resultó negativa y el estudio de la biopsia cutánea, incluyendo inmunofluorescencia directa, corroboró el diagnóstico de penfigoide ampollar en zona de radiodermatitis previa. Recibió tratamiento con corticoides locales y sistémicos, con excelente evolución.

**Discusión:** En la mayor parte de los casos descritos en la literatura, el FIW se produce en una zona previamente afectada por infección herpética, bien tras un herpes zoster o una varicela y, en menos ocasiones, después de una erupción de virus herpes simple. En cuanto a la dermatopatía de nueva aparición predominan las reacciones granulomatosas y así como una amplia variedad de enfermedades como infiltraciones de

leucemias, linfomas, liquen plano, morphea, colagenosis e infecciones. Nuestro caso resulta excepcional, tanto por la forma de presentación como por la enfermedad dérmica previa.

**Conclusión:** Presentamos el caso de un FIW manifestado en forma de penfigoide ampollar tras una radiodermatitis resuelta.

**PO-140 PÉNFIGO FOLIÁCEO REFRACTARIO TRATADO EXITOSAMENTE CON RITUXIMAB**

Marina Romero Bravo(1), José Antonio Llamas Carmona(1), Alejandro Arroyo Córdoba(1), Ana Serrano Ordóñez(1), María Dolores Fernández Ballesteros(1) y Daniel Jesús Godoy Díaz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.

**Introducción:** El pénfigo foliáceo es una enfermedad autoinmune ampollosa crónica caracterizada por la formación de autoanticuerpos anti-desmogleína 1.

**Caso clínico:** Varón de 62 años diagnosticado de pénfigo foliáceo en 2017 manifestado inicialmente con lesiones eritematocostrosas en cuero cabelludo, región pectoral y región interescapular.

A pesar de tratamiento inicial con prednisona 60 mg en pauta descendente y micofenolato 2g, el paciente experimentó brotes recurrentes. Ante la falta de respuesta, se intensificó el tratamiento con azatioprina 75 mg y posteriormente se cambió a ciclosporina 200 mg. A pesar del control obtenido, la suspensión de ciclosporina llevó a un nuevo brote. Dada la situación de refractariedad se inició tratamiento con rituximab con dos infusiones de 1g separadas por dos semanas. Se obtuvo muy buena respuesta clínica, permitiendo la suspensión del resto de tratamiento inmunosupresor y logrando una casi completa desaparición de las lesiones.

**Discusión:** El pénfigo foliáceo se presenta clínicamente con lesiones costrosas e hiperqueratósicas en áreas seboreicas. Histológicamente se caracteriza por acantolisis y formación de ampollas en la capa granular, junto con depósitos de IgG y C3 en los espacios intercelulares en la inmunofluorescencia directa.

El objetivo del tratamiento es inducir la remisión clínica con mínimos efectos secundarios, siendo necesarios fármacos sistémicos en casos moderados a graves. Aunque los corticoides orales son eficaces, su uso prolongado se debe evitar por los efectos secundarios a largo plazo. El rituximab, demostrando ser efectivo y con un perfil de seguridad adecuado, se postula como una opción valiosa para casos refractarios. Tras un ciclo, se logra remisión parcial en alrededor del 42% y completa en torno al 50%, aunque las recidivas pueden ocurrir hasta en el 50% de los pacientes en los 12 meses posteriores a la infusión. Se desconoce aún la relación entre una mayor dosis o un mayor número de ciclos y el riesgo de infección.

En conclusión, el tratamiento con rituximab emerge como una opción efectiva y segura para pacientes con pénfigo foliáceo refractario a otros tratamientos, ofreciendo una alternativa valiosa en la búsqueda de la remisión clínica con mínimos efectos secundarios

**PO-141 PENFIGOIDE AMPOLLOSO PERIOSTOMAL**

Miguel Vela-Ganuzas(1), M<sup>a</sup> Uxúa Floristán Muruzábal(1), Giulia Dradi(1), Alejandra Méndez Valdés(1), Sara de Benito Mendieta(1), Lucía Martínez Rozas(1), Fernando Pinedo Moraleda(2) y José Luis López Estebanar(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune que puede afectar de forma particular a localizaciones con especial inflamación y traumatismo como ocurre en la zona circundante a una ostomía.

**Caso Clínico:** Varón de 87 años, con antecedente de estoma vesical tras cistectomía radical, que acude por úlcera recalcitrante a nivel periestomal de más de un año de evolución. El paciente había sido diagnosticado un año antes de penfigoide ampolloso con lesiones generalizadas, en relación con el inicio de tratamiento con gliptinas por diabetes mellitus. Con la suspensión del fármaco las lesiones en resto de la superficie corporal se resolvieron, pero a nivel de su estoma las lesiones persistieron. Una segunda biopsia posterior confirma que se trataban también de penfigoide ampolloso.

**Discusión:** La afectación periestomal del penfigoide ampolloso es una localización poco frecuente de esta entidad, pero descrita en la literatura. Puede corresponder a una forma localizada de penfigoide por la inflamación local y la activación inmune de que acontece en la zona periestomal o, como en nuestro caso, una manifestación tipo fenómeno de Köebner en el seno de un penfigoide ampolloso generalizado.

**Conclusión:** Presentamos un caso clínico de penfigoide ampolloso por gliptinas con afectación periestomal. Tras la suspensión del fármaco dicha localización ha resultado ser la única manifestación de la enfermedad y la que mayor dificultad terapéutica está suponiendo.

**PO-142 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFERMEDADES AMPOLLOSAS AUTOINMUNES EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ DESDE 2017 HASTA LA ACTUALIDAD**

Andrés Vidal González(1), Álvarez-Franco Rebollo(2), Sergio López Alcázar(3), Tristán Gabriel Sobral Costas(3), Rafaela Souza de Moraes(3), Rafael Escudero Tornero(3), Esther Fiz Benito(3), José Ángel Amat Sánchez(3), Francisco Vergara Barría(3), Elena Sendagorta Cudos(3) y Pedro Herranz Pinto(3) de (1)Dermatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (2)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España.

Este estudio descriptivo retrospectivo abordó las Enfermedades Ampollosas Autoinmunes (EAAI) en el Hospital La Paz desde enero de 2017 hasta agosto de 2023. Con 127 pacientes, la edad promedio fue de 68,9 ± 20,2 años, con equidad de género. El 36,2% tenía diabetes tipo 2 y el 29,9% otras enfermedades autoinmunes, destacando el 39,5% con hipotiroidismo autoinmune. El 22,8% mostró deterioro cognitivo, más frecuente en el penfigoide, y el 20,5% tuvo neoplasias asociadas. El 33,9% relacionó la enfermedad con fármacos, siendo los i-DPP4 frecuentemente implicados.



Penfigoide ampolloso

Los diagnósticos incluyeron 17,3% de pénfigo, 74,4% de penfigoide, 1,6% de epidermolisis ampollosa adquirida, 5,5% de dermatitis herpetiforme y 3,1% de dermatosis IgA lineal. Se realizaron en promedio  $1,17 \pm 0,49$  biopsias por paciente, con mediana de tiempo hasta el diagnóstico de 3 meses. La IFD fue positiva en 84,6%, IFI en 67,1%, y desde 2021, ELISA mostró positividad en 62,5%.

En cuanto al tratamiento, el 86,6% recibió corticoides, seguido por doxiciclina (11%), azatioprina (9,4%), metotrexato (7%), nicotinamida (7%), rituximab (6,3%), inmunoglobulinas (3,9%), dapsona (3,1%), omalizumab (2,7%) y sulfona (2,7%). La duración media del tratamiento fue de 11 meses, alcanzándose remisión completa en 79,2%, mientras que el 20,8% no logró la remisión. Solo el 12,6% requirió hospitalización.

En conclusión, las EAAI, cuyo diagnóstico se basa en demostración de autoanticuerpos, presentaron falsos negativos en pruebas como IFI y ELISA. Se destacó la prevalencia de comorbilidades autoinmunes, neuropsiquiátricas, neoplasias y la influencia de i-DPP4 en el penfigoide. A pesar de las nuevas opciones terapéuticas, los corticoides orales siguen siendo esenciales para el tratamiento de las EAAI.

**PO-143 SERIE DE CASOS DE PENFIGOIDE DE MEMBRANA DE MUCOSAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR**

Myriam Viedma Martínez(1), Alicia Jiménez Antón(1), Ricardo Román Cheuque(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), Alejandro Claudio Oliva(1), Lucía Aguilar González(1), David Jiménez Gallo(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

El penfigoide de membranas mucosas (PMM) es una entidad compartida por un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes ampollasas crónicas con potencial cicatricial que afectan predominantemente a las superficies de las mucosas, caracterizados por la presencia de diferentes autoanticuerpos antimembrana basal (MBZ). Presentamos serie de casos de PMM cuya detección de anticuerpos circulantes fue posible gracias a la colaboración del Dr. Takashi Hashimoto, Osaka, Japón.

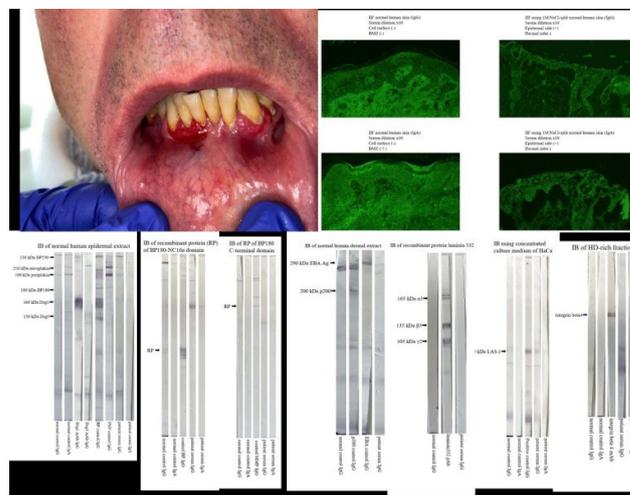


Figura 1. Imágenes clínicas, IIF, ss-IIF y de IB del caso 3 de PMM oral.

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de casos con diagnóstico de PMM del Hospital Universitario Puerta del Mar desde febrero 2020 hasta febrero del 2024 cuyos autoanticuerpos circulantes fueron estudiados. El estudio incluyó inmunofluorescencia indirecta sobre piel normal (IIF) y piel dividida con NaCl (ss-IIF), inmunotransferencia (IB) y ELISA del suero de los pacientes.

Se incluyeron un total de 4 pacientes cuyos autoanticuerpos específicos se visualizan en la Tabla 1. De este modo, se concluyeron los siguientes diagnósticos de PMM: PMM ocular anti-LAD1, PMM ocular y cutáneo anti-integrina  $\beta 4$  y BP180, PMM tipo anti-BP180 y PMM tipo Brusting-Perry anti-BP180.

El diagnóstico del PMM es fundamentalmente clínico e histológico, encontrando una IFD positiva en un 65%. Por el contrario, la IIF clásica sólo aparece positiva en un 35% de los casos, con detección de autoanticuerpos circulantes típicamente a títulos bajos, requiriendo de estudios con técnicas específicas para su tipificación, normalmente encontrándose en laboratorios especializados. La proporción de detección de antígenos específicos en nuestra serie concuerda con lo descrito en la literatura, encontrando el antígeno BP180 como el más frecuente. La combinación de IgG e IgA frente a BP180 se ha relacionado con fenotipos clínicos más graves. A su vez, el PMM ocular con anticuerpos anti LAD-1 tipo

IgA se ha relacionado con mayor resistencia al tratamiento. Si bien la aparición de anticuerpos anti  $\beta 4$  integrina se ha asociado a PMM ocular, casi siempre se detectan otros autoanticuerpos asociados. La asociación entre fenotipo clínico de PMM con autoanticuerpo específico está aún por dilucidar. Presentamos cuatro casos de PMM cuya caracterización de los autoanticuerpos fue posible gracias al estudio por IIF, ss-IIF, IB y ELISA, caracterización que puede predecir pronóstico, gravedad y refractariedad los tratamientos de esta entidad.

**PO-144 PÉNFIGO HERPETIFORME: DESCRIPCIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE 2 CASOS**

Luis Ángel Zamarro Díaz(1), Marina de la Puente Alonso(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Daniel Roberto Vírveda González(1), María Córdoba García-Rayó(1), Irene Molina López(1), Ana María Almodóvar Real(1) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** El pénfigo herpetiforme es una enfermedad ampollosa que cumple con los hallazgos inmunológicos de pénfigo, pero con características clínicas más parecidas a las de otras entidades como la dermatitis herpetiforme, lo que provoca un retraso en su diagnóstico.

**Casos Clínicos: Caso 1:** Varón de 74 años con lesiones pruriginosas de un mes de evolución, consistentes en pápulas y placas urticariformes en ambas muñecas y tobillos, y en cuyo borde aparecieron grupos de ampollas tensas. La biopsia mostraba espongiosis y pustulosis eosinófila sin cambios liquenoides, acantolisis ni ampollas subepidérmicas. En la inmunofluorescencia directa (IFD), se apreciaban depósitos de IgG y C3 intercelular. En la analítica presentaba eosinofilia y positividad para anticuerpos anti dsG3 y anti-sustancia intercelular. Se diagnosticó de pénfigo herpetiforme y se pautó tratamiento con corticoides con buena respuesta clínica.

**Caso 2:** Varón de 32 años con lesiones pruriginosas de 8 años de evolución, consistentes en erosiones y ampollas flácidas con costra en tronco y extremidades, sin afectación de mucosas. La biopsia mostraba espongiosis y pustulosis eosinófila sin cambios liquenoides, mínima acantolisis, y sin ampollas subepidérmicas. En la inmunofluorescencia directa (IFD), se apreciaban depósitos de IgG y C3 intercelular. En la analítica presentaba eosinofilia, y positividad para anticuerpos anti dsG1 y anti-sustancia intercelular. Se diagnosticó de pénfigo herpetiforme y se pautó tratamiento con corticoides y dapsona con buena respuesta clínica.

**Discusión:** Las lesiones del pénfigo herpetiforme pueden ser muy variadas, pero la forma típica de presentación suele ser en placas urticariformes pruriginosas de morfología anular con vesículas agrupadas de forma arracimada en los bordes. Suele mostrar positividad para los anticuerpos anti-desmogleína 1 y anti-desmocolina en mayor frecuencia que para los anti-desmogleína 3. Difiere de los pénfigos clásicos en su histopatología, ya que presenta espongiosis eosinófila y/o microabscesos con eosinófilos en los estratos altos de la epidermis, y no suele presentar acantolisis. Se trata de una variante con mejor pronóstico que los pénfigos clásicos, con buena respuesta a corticoides sistémicos y dapsona, lo que es importante tenerlo en cuenta a la hora de iniciar tratamiento correspondiente.

ZONA PÓSTER

**ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS**

**PO-145 HIDRADENITIS SUPURATIVA CON AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA: AMILOIDOSIS AA**

Juan de Luque Fernández(1), Irene Suárez Vergne(1), Andrea Ballesteros Antúnez(1), Carmen Mochón Jiménez(1), César Guijarro Sánchez(1), Irene Rivera Ruiz(1), Rafael Sánchez Sánchez(2) y Juan Luis Sanz Cabanillas(1) de (1)UGC Dermatología y (2)UGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.



*Hidradenitis suppurativa anogenital (Hurley grado 3).*

**Introducción:** La hidradenitis suppurativa (HS) es una enfermedad autoinflamatoria de las glándulas apocrinas. Supone una causa rara de amiloidosis tipo AA con afectación multisistémica, existiendo muy pocos casos documentados. Presentamos un caso de HS grave que desarrolló amiloidosis secundaria con signos de compromiso vital.

**Caso clínico:** Varón de 47 años con antecedentes de obesidad, tabaquismo, e HS anogenital severa (Hurley grado 3) que había recibido múltiples ciclos de antibioterapia. Acude a Urgencias por síndrome constitucional con pérdida involuntaria de 25kg de peso en un año y debilidad distal de los miembros. Se realizaron estudios complementarios que incluyeron: analítica en la que se objetivó anemia de perfil mixto (ferropénico e inflamatorio); análisis de orina en el que se observó proteinuria en rango nefrótico; endoscopia y colonoscopia que mostraron múltiples fistulas en recto secundarias a la HS; electroneurograma que indicó la presencia de polineuropatía periférica; TAC que reveló la presencia de múltiples adenopatías inguinales con histología reactiva. La biopsia renal mostró infiltración glomerular severa por material amiloide de tipo AA, llegándose al diagnóstico de amiloidosis secundaria. Tras no encontrar

otras enfermedades asociadas se realizó valoración por parte de Dermatología, llegando a la conclusión de que se trataba de una amiloidosis sistémica secundaria a HS. Se instauró tratamiento con adalimumab y se consiguió una mejoría general del cuadro.

**Discusión y conclusiones:** La HS es una enfermedad autoinflamatoria crónica de la glándula apocrina y por ello puede complicarse con amiloidosis AA. Sin embargo, esto es excepcional y existen pocos casos descritos en la literatura. La mayoría aparecen en pacientes refractarios o incumplidores del tratamiento, en los que incluso se propone su cribado.

El manejo es etiológico, con objetivo de disminuir la carga inflamatoria y frenar su progresión. Para la HS, el tratamiento combina cirugía y fármacos (antibióticos, anti-TNF $\alpha$  y anti-IL17). Ello es otro ejemplo de la importancia del dermatólogo en el abordaje de la patología sistémica, que puede iniciarse con algo tan aparentemente inofensivo como un simple folículo piloso.

#### PO-146 ADENOCARCINOMA APOCRINO DE LA AXILA, ¿PRIMARIO CUTÁNEO O METÁSTASIS DE MAMA?

Christian Gutiérrez Collar(1), Jorge Arroyo Andrés(1), An Wang(1), Raquel Cavestany Rodríguez(1), Luisa María Guzmán Pérez(1), Julia Montero Menárguez(1), Raquel Rivera Díaz(1), María del Carmen García Donoso(1) y Beatriz García Bracamonte(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

El adenocarcinoma apocrino cutáneo es una rara neoplasia derivada de los anejos epidérmicos, más frecuente en la región axilar, pero también posible en otras zonas donde haya abundantes glándulas apocrinas. El principal problema que supone es diferenciarlo de una metástasis de un carcinoma apocrino de mama.

Presentamos el caso clínico de un varón de 71 años, natural de Cuba, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica y de cáncer de laringe en remisión completa; con varios antecedentes familiares de cáncer, derivado a nuestras consultas para valoración de lesión axilar izquierda de varios años de evolución, que había crecido en las últimas fechas, por lo que se realizó extirpación de la misma.

A nivel histopatológico se observaba tumoración constituida por múltiples glándulas atípicas, con positividad difusa para CK AE1-AE3, CK7, GATA3, progesterona, estrógenos y mamoglobulina. Por ello, la imagen sugiere un adenocarcinoma con diferenciación apocrina, siendo más probable un apocrino primario cutáneo.

Se realizaron pruebas de imagen, sin observarse alteraciones en órganos a distancia, sin ningún dato de malignidad en mamas. Se realizó ampliación de márgenes y radioterapia del lecho tumoral. Tras ello, se inició tratamiento adyuvante con tamoxifeno, con lo que el paciente se encuentra en remisión completa desde hace más de un año.

El diagnóstico diferencial entre el adenocarcinoma apocrino primario y la metástasis cutánea de un carcinoma de mama es una tarea muy compleja a nivel dermatopatológico. La inmunohistoquímica se ha postulado como la principal opción para resolver este dilema. Se han estudiado, en diferentes publicaciones, varios marcadores, como p63, receptores hormonales, citoqueratinas, mamoglobulina... con resultados muy dispares. Inicialmente se creía que si los receptores estrogénicos y de progesterona eran negativos iba más a favor del primario, pero se ha visto que hasta en un 60-62% de los casos son positivos. Además, HER2 si resulta positivo va muy a favor del diagnóstico de metástasis de cáncer de mama.

Concluyendo, resulta muy complicada la diferenciación entre estas entidades, pudiendo usar la inmunohistoquímica para orientarnos hacia uno u otro diagnóstico. Se necesitan más estudios que recojan más casos para mejor caracterización de dichos patrones inmunohistoquímicos.

#### PO-147 HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES VIH

Mar Luque-Luna(1), Javier Gil-Lianes(1), Priscila Giavedoni(1) y Irene Fuertes de Vega(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona - España.

La hidradenitis supurativa (HS) es una afección cutánea inflamatoria crónica, con sobreexpresión de linfocitos Th1 y Th17 (células del sistema inmune), con niveles elevados de diversas proteínas como TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-17, IL-23 o IL-12. Algunos tratamientos utilizados en el manejo de la HS pueden causar inmunodeficiencia o presentar interacciones farmacológicas. Por otro lado, actualmente los pacientes con VIH deben someterse a un tratamiento de por vida. La terapia antirretroviral (TAR) proporciona un buen control de la infección. Nos preguntamos si el tratamiento de la HS podría tener algún impacto en las personas con VIH (PCV).

Presentamos una serie de ocho pacientes PCV con HS que han sido tratados y seguidos en un hospital terciario. Respecto al estadio clínico, 5 fueron clasificados como Harley II, siendo tratados con adalimumab 40 mg/semana (2 pacientes); infliximab subcutáneo 240 mg semanal (1 paciente) e infliximab endovenoso 580 mg/2 semanas (1 paciente); secukinumab 100 mg/1 semana. El resto de los pacientes (3/8) fueron clasificados como Hurley I y están en tratamiento con acitretina (1 paciente) y clindamicina tópica (2 pacientes). Un paciente se perdió durante el seguimiento y ahora está siendo tratado con secukinumab en otro centro.

Respecto a su infección por VIH: todos los pacientes presentaron carga viral no detectada y recuento de linfocitos T CD4 superior a 350 cels/. No hemos observado un aumento de complicaciones o eventos adversos relacionados con su enfermedad en comparación con pacientes sin infección por VIH.

Además, no han presentado efectos adversos ni interacciones medicamentosas relacionadas con su terapia biológica. Actualmente no existe evidencia científica que desaconseje el uso de fármacos biológicos en PCV bien controladas. Sin embargo, se deben tener en cuenta algunas consideraciones al gestionar la HS en PCV. A modo de ejemplo, sabemos que la rifampicina, un potente inductor enzimático, provoca una marcada reducción de la exposición a dolutegravir, recomendándose duplicar la dosis de este.

En conclusión, en nuestras series, la infección por VIH o su tratamiento no tiene impacto en la presentación clínica de la HS. En nuestra experiencia, cuando se trata de PCV con buen control inmunológico y virológico e HS, ni la infección por VIH ni el TAR son un obstáculo para el tratamiento, independientemente de la gravedad de la HS.

**PO-148 HIPERHIDROSIS SEGMENTARIA: ÚNICO SÍNTOMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR MEDULAR**

Clara Martín Callizo(1), José Antonio Pujol Montcusí(1), Laia Pastor Jané(1), Nerea Mohino Farré(1), María del Mar Cordellat Martínez(1), José David Cánovas Martínez(1), Cristina Angulo Martínez(1) y Miquel Just Sarobé(1) de (1)Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España.

Paciente mujer de 17 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual valorada por Dermatología al referir hiperhidrosis de 2 años de evolución, de inicio progresivo sin haber presentado nunca antes alteraciones en la sudoración corporal. A la exploración se apreciaba la presencia de sudoración franca en hemicráneo derecho, escote derecho y extremidad superior derecha, sin alteraciones en el hemicuerpo contralateral ni el resto de cuerpo.

La paciente fue remitida al servicio de Neurología de nuestro centro, quienes solicitaron la realización de una resonancia magnética nuclear donde se objetivó una masa medular a nivel C7-D4 sugestiva de glioma. La paciente fue posteriormente valorada por el comité multidisciplinar de tumores de sistema nervioso, aconsejando la realización de una biopsia medular que la paciente rechazó. Actualmente, la paciente realiza controles con Neurología con estabilidad de la lesión medular tras 6 meses de seguimiento. A nivel dermatológico, realiza tratamiento tópico con antitranspirantes con un control parcial de los síntomas, que se mantienen estables.

La hiperhidrosis o sudoración excesiva es una afección común, en la mayoría de los casos tratándose de una hiperhidrosis primaria o idiopática. En cambio, la hiperhidrosis secundaria es aquella que se debe a enfermedades sistémicas o medicamentos, pudiendo ser focal o generalizada. En los casos de hiperhidrosis focal, se debe a alteraciones neurológicas, vasculares y/o cutáneas localizadas.

Presentamos un caso poco habitual de una paciente joven con un tumor medular que debutó con hiperhidrosis unilateral segmentaria como único síntoma de su lesión. Este caso pone en valor el papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de una enfermedad potencialmente grave.

**ZONA  
PÓSTER****ENFERMEDADES DE LAS UÑAS****PO-149 EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS A MEDIO PLAZO DE UNA TERAPIA FOTODINÁMICA MEDIADA POR FLAVÍN-MONONUCLEÓTIDO EN EL TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS**

Enrique Alberdi Jerónimo(1) y Clara Gómez Hernández(2) de (1)Clínica Privada Dr. Alberdi, Madrid - España y (2)Instituto de Química Física Blas Cabrera. Centro Superior de Investigaciones Científicas, Madrid - España.

**Antecedentes y Objetivos:** El Flavín-mononucleótido (FMN) es una biomolécula derivada de la riboflavina (vitamina B2), que en combinación con luz azul (450-470 nm) muestra un importante potencial antimicrobiano. Es seguro y no tóxico, por lo que puede reapplicarse varias veces sin efectos tóxicos sistémicos. El objetivo de este trabajo de investigación fue la comparación de dos concentraciones de FMN para llevar a cabo una terapia fotodinámica (TFD) antifúngica eficaz para el tratamiento de la onicomicosis leve-moderada en las uñas de los pies. Para facilitar su aplicación y mejorar su penetrabilidad a través de la uña, el FMN se incluyó en una crema con urea al 40% p/p.

**Métodos:** Veinte pacientes afectados con onicomicosis subungueal lateral distal (OSLD) moderada en la uña del primer dedo del pie y causada por hongos dermatofitos, fueron asignados al azar para recibir una sesión semanal (durante 10 semanas) de TFD mediada por FMN aplicado dentro de una crema emoliente en dos concentraciones diferentes. Grupo I: crema con FMN al 0.1% p/p y Grupo II: crema con FMN al 2% p/p. Se utilizaron fotografías para estimar el Índice de Severidad de la Onicomicosis (ISO), lo que permitió la evaluación clínica en cualquier punto del estudio. Se llevaron a cabo evaluaciones microscópicas y microbiológicas al inicio del estudio y a las 27 y 35 semanas del seguimiento. Se registraron los efectos secundarios junto con la satisfacción del paciente.

**Resultados:** En la semana 27, las tasas de curación micológica fueron del 50% y 40% y las tasas de curación completa fueron del 10% y 20% para Grupo I y Grupo II, respectivamente. En la semana 35, las tasas de curación micológica fueron del 70% y 60% y las tasas de curación completa fueron del 70% y 30% para Grupo I y Grupo II, respectivamente. Ambas formulaciones fueron seguras y los pacientes quedaron bastante satisfechos.

**Conclusión:** Los resultados del presente trabajo de investigación confirman la TFD mediada por FMN como una alternativa terapéutica para la onicomicosis leve-moderada. Aunque el FMN fue seguro en las dos concentraciones evaluadas, se obtuvieron mejores tasas de curación con la concentración del 0.1% p/p.

**PO-150 LÚNULAS AMARILLAS: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN NO RECONOCIDA DE RETRONIQUIA**

María Luisa Alonso Pacheco(1), Sergio López Alcázar(1), María Fátima Albizuri Prado(1), Esther Fiz Benito(1) y Matías Mayor Arenal(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España.

La retroniquia (R) es una modalidad de uña incarnata, en la que microtraumatismos repetidos inducen una separación completa de la matriz del resto de la lámina ungueal (LU), interrumpiendo así su crecimiento continuo longitudinal. Cursa con enclavamiento de la parte proximal de la LU en el pliegue ungueal proximal (PUP), la presencia de dos o más generaciones de LU superpuestas bajo el PUP, signos clínicos de paroniquia proximal crónica y una uña amarillenta que no crece. Presentamos una mujer de 16 años que consultó por aumento del tamaño y



Macrolúnulas amarillas

coloración amarillenta de las lúnulas en primeros dedos de pies, de 2 meses de evolución, con dolor en PUP. La exploración puso de manifiesto también onicolisis distal y malalineamiento de la falange distal. En la revisión a los 2 meses se objetivó onicomadesis proximal, con emergencia del borde anterior afilado de la LU. La ecografía mostró matriz corta y engrosada, onicomadesis proximal de LU superficial y presencia subyacente de otras 2 LU finas y cortas superpuestas.

Cinco meses más tarde había progresado el crecimiento longitudinal de las nuevas LU, con desplazamiento hacia la mitad distal de la línea de onicomadesis. La tríada, detención del crecimiento, xantoniquia y presencia de inflamación en PUP se han postulado como signos y síntomas del estadio precoz agudo de R, situación en la que creemos debutó nuestra paciente. La aparición posterior de onicomadesis proximal, con emergencia del borde anterior afilado de la LU, y los hallazgos ecográficos confirmarían el diagnóstico de R. Se ha postulado que el mecanismo de inicio de la R ocurriría en la matriz ungueal, donde se produciría una onicolisis en su zona central, mientras que las laterales permanecerían adheridas a nivel de los cuernos laterales. La lúnula constituye la porción distal de la matriz y presenta unas características histológicas únicas, como un epitelio más grueso que el del lecho ungueal contiguo, con onicocitos paraqueratósicos, y una LU más fina y menos adherida, que quizás

explicarían que el inicio de la xantoniquia, que creemos relacionado con la onicolisis y puede que con la inflamación, quedara en nuestro caso circunscrito al área de las lúnulas.

Aunque no hemos encontrado ningún caso publicado de lúnulas amarillas por R, Lencastre A menciona esta asociación en una comunicación en el último Congreso de la Academia Europea de Dermatología.

**PO-151** MATRICOMA ONICOCÍTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luz Ramos Nieto(1), Pilar Escalonilla García-Patos(1), Ángel Santos-Briz Terrón(2), Susana Pérez Santos(1), Miriam Corral de la Calle(1) y Ana González de Arriba(1) de (1)Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España y (2)Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.

El matricoma onicocítico es un tumor benigno, matricial, productor de onicocitos, caracterizado clínicamente por un engrosamiento en la placa ungueal con una melanoniquia longitudinal.

No hay más de 20 casos informados en la literatura desde que fue descrito por primera vez en 2012 por Perrin et al.

Aportamos un nuevo caso, localizado en primer dedo de pie en un varón de 49 años que no refería antecedentes de traumatismo en la zona.

Es importante conocer la existencia de esta entidad e incluirla en el ámbito de diagnóstico diferencial de bandas ungueales longitudinales así como la correlación clínico-patológica para evitar un diagnóstico erróneo.

**PO-152** ONICOMICOSIS CONGÉNITA POR CÁNDIDA ALBICANS

Karol Nicole Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Mary Carolina Antonetti-Roso(1), Sergio García González(1), Javier Sánchez Bernal(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Servicio Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.



Hiperqueratosis ungueal

La candidiasis congénita (CC) es una enfermedad usualmente de transmisión vertical, observada en la primera semana de vida. Excepcionalmente, la candidiasis congénita afecta a los anejos cutáneos.

**Caso Clínico:** Lactante de 3 meses, con lesiones en uñas de manos y pies, asociado a lesiones orales desde el 10mo día de vida. Nacida de parto a término por vía vaginal. Su madre fue diagnosticada de candidiasis genital en el 3er trimestre. A la exploración, se evidencia marcada hiperqueratosis, descamación y coloración de tono amarillento subungueal en casi todas las uñas de manos y pies. En orofaringe, se visualizan placas blanquecinas. En los estudios micológicos realizados, la biopsia de lámina ungueal revela presencia de hifas y esporas micóticas resaltadas con tinción PAS y Grocott. El cultivo de lámina ungueal fue positivo para *C. albicans*. Se establece el diagnóstico de onicomicosis candidiásica en el contexto de una CC. Se inicia tratamiento con Nistatina oral 2ml cada 6 horas por 4 semanas y Clotrimazol tópico cada 12 horas en uñas. Se realiza seguimiento estrecho cada 2 meses y resolución completa de lesiones a los 9 meses.

**Discusión:** *Cándida albicans* es la primera causa de enfermedad micótica en recién nacidos. CC es una infección intrauterina adquirida por transmisión vertical. La vulvo-

vaginitis por *Cándida* afecta al 25% de gestantes, siendo la transmisión al feto, a través de una corioamnionitis, en menos del 1% de los casos. La CC se manifiesta en dos formas: Candidiasis cutánea congénita (CCC), forma localizada mucocutánea de curso indolente y Candidiasis sistémica congénita, una forma comúnmente observada en prematuros de bajo peso y de peor pronóstico. La clínica típica de CCC es una erupción eritematosa pápulo-pustular, con lesiones en distintos estadios evolutivos y descamación residual. Las zonas de mayor afectación incluyen tronco, extremidades y pliegues.

Las anomalías ungueales en la CCC suelen aparecer entre 2da y 6ta semana de vida. Su clínica característica incluye engrosamiento, cambios en la coloración, pitting y paroniquia. El diagnóstico se puede realizar con varias técnicas, entre ellas, el cultivo que es el gold-standard. Los antifúngicos tópicos son eficaces para su tratamiento, y aunque hay casos descritos de resolución espontánea, es recomendable iniciar tratamiento en casos de confirmación microbiológica y en prematuros.

PO-153

ESTUDIO EX VIVO COMPARATIVO DE LA EFICACIA DE UN PRODUCTO SANITARIO QUE CONTIENE PISTACIA LENTISCUS, ÁCIDO HIALURÓNICO Y PIROCTONE OLAMINA PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO LA ONICOMICOSIS FRENTE A PRINCIPIOS ACTIVOS DE REFERENCIA

Júlia Santamaría Martínez(1), Anthony Brown(1), Adrià Ribes(1), Antonio Rodríguez Fernández de Henestrosa(1), Albert Navasa(1), Ludmila Prudkin-Silva(1) y Eric Jourdan(1) de (1)Innovation and Development Department. ISDIN SA, Barcelona - España.

**Introducción y objetivos:** Con una prevalencia mundial del 19%, la onicomicosis representa el 50% de las patologías ungueales, con potencial impacto en la calidad de vida. El agente causal principal es el *Trichophyton rubrum* (T. rubrum). Entre las opciones terapéuticas se listan antifúngicos orales y tópicos, productos sanitarios o combinaciones. La profilaxis tópica minimiza el riesgo de recurrencias. En este estudio ex vivo hemos comparado la eficacia en la prevención y eliminación de la infección por T. rubrum de un producto sanitario que contiene Pistacia lentiscus, ácido hialurónico catiónico, biosaccharide gum-2, copolímero de acrilato, y reforzado con piroctone olamina para evitar la migración fúngica entre uñas (PSP) frente a dos principios activos de referencia: amorolfina (AM) y ciclopirox (CP).

**Métodos:**

**Estudio 1, Prevención (E1):** Se desarrolló un modelo ex vivo de onicomicosis incubando fragmentos de uñas de voluntarios sanos en una placa de agar inoculada con 1x10<sup>7</sup> unidades formadoras de colonias (UFC) de T. rubrum. A éstas se les aplicó PSP, AM o CP una vez al día. Como control se emplearon fragmentos de uña sin tratar. Se realizaron recuentos de UFC e imágenes de microscopía electrónica de barrido (MEB) a 3, 6 y 10 días.

**Estudio 2, Eliminación (E2):** Mediante un modelo similar se utilizaron fragmentos de uñas previamente infectadas con T. rubrum, y se aplicaron PSP, AM, CP o nada (control) a diario. Se realizaron recuentos de UFC e imágenes de microscopía electrónica de barrido (MEB) a 3, 6 y 10 días.

**Resultados:**

**E1:** Todos los productos mostraron un nivel de eficacia comparable (-93% en día 3 y - 99% en el resto, p<0.05) en la prevención de la infección por T. rubrum comparado con el control a día 3, 6 y 10. El análisis con MEB confirma los resultados.

**E2:** Todos los productos mostraron un nivel de eficacia comparable (< -99% en todos, p<0.05) en la eliminación de la infección por T. rubrum comparado con el control a día 3, 6 y 10. El análisis con MEB confirma los resultados.

**Conclusión:** El dispositivo médico con Pistacia lentiscus, ácido hialurónico y piroctone olamina ha demostrado ser eficaz en la prevención y el tratamiento de la infección por T. rubrum en un modelo ex vivo de onicomicosis mostrando un comportamiento comparable a los principios activos de referencia.

ZONA  
PÓSTER

ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO PILOSO

PO-154

EFEECTO DE PROBIÓTICO ORAL EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, Y DE LA MICROBIOTA ORAL E INTESTINAL DE PACIENTES CON ALOPECIA AREATA. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Ángel Aguado García(1), Pedro Sánchez Pellicer(1), Eva Núñez Delegido(2), Laura Navarro Moratalla(3), Juan Agüera Santos(3), María Martínez Villaescusa(4) y Vicente Navarro López(2) de (1)Departamento de Investigación de Bioithas. Grupo de investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia. BIOITHAS, Alicante - España, (2)Departamento de Investigación de Bioithas. Investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia. BIOITHAS, Alicante - España, (3)Departamento de Investigación Bioithas. Investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia. BIOITHAS, Alicante - España y (4)Departamento de Nutrición de Bioithas. investigación MiBioPath; Universidad Católica de Murcia. BIOITHAS, Alicante - España.

**Antecedentes y objetivos:** La alopecia areata (AA) es una alopecia autoinmune no cicatricial que afecta al 1-2 % de la población. Se caracteriza por una pérdida aguda de cabello sin inflamación. Hay una evidencia cada vez mayor de la relación entre el desequilibrio de la microbiota intestinal y las enfermedades inflamatorias de la piel. Sin embargo, son escasos los estudios que analizan la microbiota de la piel de los pacientes con AA o la utilidad de la administración oral de cepas probióticas como parte del tratamiento con AA.

**Método:** Con el objetivo de validar la eficacia del uso de cepas de probióticos específicas en pacientes con AA activa, diseñamos un ensayo clínico de 24 semanas de duración, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, que incluyó a 26 pacientes aleatorizados en dos grupos de intervención con una proporción de 1:1.

Se eligieron dos cepas de probióticos, *Lactobacillus rhamnosus* CECT XXXX y *Bifidobacterium longum* CECT YYY. Se analizaron tanto la evolución clínica (número de placas AA y superficie cutánea afectada) como los cambios en la microbiota intestinal y cutánea.

**Resultados:** Todas las variables clínicas mostraron una tendencia hacia un efecto beneficioso de la fórmula probiótica adyuvante, aunque no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.

Tanto el número de placas AA como el área de superficie de la piel afectada disminuyeron un 56 % frente al 30 % a favor del grupo probiótico. Observamos una mejora en los signos de «actividad», «inactividad» y «repoblación» del 55 %, 67 % y 55 %, respectivamente, en el grupo probiótico frente al 50 %, 40 % y 30 % en el grupo de placebo. Además de esto, los cambios en la microbiota de la piel se detectaron solo en el grupo probiótico al final del estudio, sin que se detectaran cambios en ningún grupo con respecto a la microbiota intestinal.

**Conclusiones:** Este es, hasta donde sabemos, el primer ensayo clínico que evalúa la eficacia de un probiótico oral en AA. Este tratamiento adyuvante parece mejorar el curso de los pacientes con AA y modificar la microbiota de las lesiones AA.

**PO-155** USO DE BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA: SERIE DE CASOS

Lucía Aguilar González(1), Myriam Viedma Martínez(1), Alicia Jiménez Antón(1), Ricardo Román Cheuque(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), Alejandro Claudio Oliva(1), David Jiménez Gallo(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Dermatología y Venereología M-Q. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

La alopecia areata (AA) es una enfermedad inmunomediada que afecta al folículo piloso (FP) que produce una pérdida no cicatricial del pelo en cuero cabelludo. Puede ser en parches o de manera global (AA total); aunque en algunas ocasiones puede afectar a cejas, pestañas e incluso todo el vello corporal (AA universal). La patogenia es compleja, pero parece deberse a una pérdida del privilegio inmunológico de los FP, que los convierte en diana de los linfocitos T CD8+ NKG2D+. Estos liberan INF- $\gamma$  que activa la vía de señalización JAK/STAT, que a su vez aumenta la producción de diversas citocinas perpetuando así la respuesta inflamatoria y por tanto pérdida del FP. El pronóstico es incierto, aunque se ha demostrado que a mayor tiempo de evolución y extensión existe menos probabilidad de repoblación. A su vez, existen múltiples opciones terapéuticas, pero muy pocas son realmente efectivas para los casos más graves.

En los últimos años, los inhibidores de janus kinasas (JAKi) han demostrado ser una diana terapéutica eficaz en el tratamiento de la AA. Entre ellos, baricitinib es un inhibidor selectivo y reversible de los subtipos JAK1/JAK2 que ha sido aprobado recientemente para la AA grave. Este ha conseguido mejorar la AA con un perfil de seguridad adecuado por su afinidad selectiva.

Un total de 19 pacientes con AA fueron tratados con 4mg/24h de baricitinib en nuestro hospital. Un 52% eran mujeres, presentando una mediana de edad de 47 años (rango 8-66 años). Todos presentaban una enfermedad grave (SALT igual o superior a 50). De ellos, un 84% presentó un SALT >90 al inicio de tratamiento con JAKi, y un 79% AA universal. Además, un 37% presentada un tiempo de evolución de su enfermedad superior a 8 años. El 95% había realizado previamente 3 o más tratamientos sin respuesta. Del total de pacientes, un 58% habían conseguido respuesta clínica, considerándose esta como un SALT final inferior o igual a 20. Un 68% había realizado previamente tratamiento con tofacitinib. Por último, un 10% de los pacientes presentaron efectos adversos, siendo motivo de suspensión del tratamiento en el 5%.

En conclusión, la AA grave es una enfermedad con escasa respuesta a los tratamientos. En este tipo de alopecia, baricitinib ha demostrado ser eficaz en el tratamiento contra la AA grave con un buen perfil de seguridad.

**Tabla:** Serie de casos de AA tratada con baricitinib

E/S	Enf. asociadas	Tabaco	Tiempo evolución (años)	Tipo de alopecia	SALT-i	Ttos previos	Tofacitinib previo (años)/R	Tto concomitante	SALT	EA
47/V	DA	No	10	Universal	100	PC, IC, minoxidil, MTX	1/R	No	50	Palpitaciones
65/V	Ninguna	Si	3	Universal	100	DFCD, ciclosporina, MTX, minoxidil, PC, IC	2/R	PC	0	No
17/V	ET	No	1	Universal	100	Minoxidil, PC, IC, MTX	1/R	PC, IC	30	No
52/V	ET	No	8	Universal	95	DFCD, PC, IC	No	No	10	No
8/M	Ninguna	No	1	Universal	100	PC, IC, DFCP, sulfasalazina, minoxidil	0,5/R	PC, Minoxidil	0	No
20/M	Ninguna	No	2	Parches	70	Minoxidil, PC, IC, MTX	No	No	50	No
59/V	ET	Si	7	Universal	100	DFCP, minoxidil, PC, IC, MTX, ciclosporina	2/ NR	PC, Minoxidil	90	No

E/S	Enf. asociadas	Tabaco	Tiempo evolución (años)	Tipo de alopecia	SALT-i	Ttos previos	Tofacitinib previo (años)/R	Tto concomitante	SALT	EA
25/M	Ninguna	No	4	Total CyP	100	DFCP, minoxidil, IC, PC, MTX, sulfasalazina	2/R	No	0	No
47/V	Asma, ET, DA	No	10	Universal	100	Ninguno	No	No	20	No
61/M	ET	Si	2	Universal	100	DFCP, PC, IC	2/R	PC, IC minoxidil	2	No
62/M	ET	No	15	Universal	100	DFCP, IC, PC, minoxidil	3/NR	No	68	No
13/V	ET	No	1	Total	90	PC, IC, MTX	No	PC, IC, minoxidil	25	No
16/M	Ninguna	No	11	Universal	50	DFCP, ciclosporina, PC, IC, MTX	1/NR	PC, IC, DFCP	35	No
15/V	Ninguna	No	8	Total	100	PC, IC, MTX	2/R	PC, IC	20	Acné
38/V	Ninguna	No	5	Universal Uñas	100	DFCP, PC, IC, sulfasalazina	1/NR	PC, IC	90	No
52/M	Ninguna	No	3	Universal	100	DFCP, PC, IC, MTX	No	Minoxidil	100	No
54/M	ET	No	1	Universal	50	PC, IC, ciclosporina	No	Minoxidil, IC	20	No
47/M	Ninguna	No	8	Universal	100	DFCP, PC, IC, MTX, sulfasalazina	2/R	IC	10	No
66/M	ET	Si	3	Universal	100	DFCP, PC, IC, hidrocicloroquina, MTX	2/R	Minoxidil	10	No

E: edad, S: sexo, ET: enfermedad tiroidea, DA: dermatitis atópica, CyP: pérdida de cejas y pestañas, PC: pulsos de corticoides, IC: infiltraciones corticoides, DFDP: difenciprona, MTX: metotrexato, SALTi: SALT al inicio de JAKi, EA: efectos adversos, R: respuesta (SALT final < o igual a 20), NR: no respuesta,

**PO-156 BIMEKIZUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: REPORTE DE UN CASO DE ÉXITO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

Anna Agustí Mejías(1), Francesc Messeguer Badia(2), Miquel Antoni Rius Muñoz(3), Gemma Pedrón Marzal(3), Gema Bañuls Pellicer(1), María José Martínez Pascual(1), Marta Rubio Morales(1), Cristina Cañete Soler(1) y Agustí Escandell García(1) de (1)Hospital General de Ontinyent, Ontinyent (Valencia) - España, (2) Clínica Messeguer Ontinyent, Ontinyent (Valencia) - España y (3)Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España.

Bimekizumab es el primer anticuerpo monoclonal IgG1 que inhibe selectivamente las interleucinas (IL)-17 A e IL-17 F. Bimekizumab está aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada grave, artritis psoriásica y espondiloartritis axial, y ha completado su desarrollo clínico fase 3 en hidradenitis supurativa (HS). Bimekizumab ha demostrado controlar la actividad de la HS de forma clínicamente relevante y estadísticamente significativa versus placebo en ensayos clínicos, con un perfil de seguridad favorable.

Presentamos un caso de un paciente de 29 años, IMC 24,8 kg/m<sup>2</sup>, fumador, con hidradenitis supurativa grave en localización perineal, en ingles y nalgas de 15 años de evolución. El paciente había recibido previamente tratamiento farmacológico antibiótico, acitretina y anti-TNF sin éxito. En 2017 empezó adalimumab con una mejoría parcial de los síntomas y signos de la HS. A pesar de estar recibiendo una pauta intensificada de 80 mg semanales, el paciente tenía múltiples nódulos dolorosos que resultaban en un alto impacto en su calidad de vida. El paciente presentaba un IHS4 de 21, EVA dolor 7/10, y DLQI 15.

Debido a la falta de control con adalimumab, se suspende adalimumab y se inicia bimekizumab 320 mg cada 2 semanas. Tras el inicio de bimekizumab, el paciente experimentó una mejoría clínica evidente y muy rápida, sin acontecimientos adversos reportados.

Nuestro trabajo respalda la eficacia de bimekizumab en el tratamiento de la HS, tal como se ha demostrado en ensayos clínicos. Bimekizumab emerge como una alternativa terapéutica efectiva, ofreciendo mejoras rápidas y clínicamente relevantes que reducen significativamente el impacto de la HS en la calidad de vida de los pacientes.

PO-157

EFICACIA EN VIDA REAL REAL DE BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA GRAVE EN SEMANA 36: EXPERIENCIA CON 22 PACIENTES TRATADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Antonio Alcalá Ramírez del Puerto(1), Román Barabash Neila(1), Rocío Bueno Molina(1), Mercedes Morillo Andújar(1), María Teresa Monserrat García(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Antecedentes y Objetivo:** La alopecia areata (AA) es una alopecia autoinmune no cicatricial de curso crónico y recidivante que produce una profunda afectación psicológica. En 2022 la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó baricitinib, un inhibidor de JAK1/2 para su uso en adultos con AA grave en base a los resultados de los ensayos clínicos BRAVE-AA. El objetivo de este estudio retrospectivo es determinar la efectividad en vida real de baricitinib oral para el tratamiento de los diferentes subtipos de AA en condiciones de la práctica clínica diaria así como determinar la tolerancia y el perfil de seguridad.

**Material y Método:** Se presenta una serie de casos de 23 pacientes (de 13 a 66 años) con AA refractaria grave (19 con AAU, 2 AA en placa y 2 AA ofásica) que fueron tratados con baricitinib oral entre julio de 2018 y junio de 2023 durante 36 semanas. Para determinar la respuesta al tratamiento, se utilizó la escala de gravedad de la alopecia (SALT) en la semana 0, 12 y 36. El objetivo primario del estudio fue la obtención de una puntuación en la escala SALT menor o igual a 20 en la semana 36.

**Resultados y Discusión:** La media de edad de los pacientes tratados fue de 36,1 años, la media de años de evolución fue 8,7 años y el SALT medio al inicio del tratamiento fue de 81,5. La reducción media de SALT en la semana 36 fue de 42. El 56,5% de los pacientes lograron alcanzar un SALT menor o igual a 20 a la semana 36. Todos los casos con AA ofásica y en placas alcanzaron el objetivo primario. Solo en un caso hubo que suspender el tratamiento debido a astenia importante (sin clara relación con baricitinib) y en 3 casos se produjo elevación leve-moderada de LDL que motivó inicio de tratamiento hipolipemiante. 6 de los pacientes habían realizado tratamiento previo con tofacitinib y habían realizado el cambio por falta de eficacia y en 5 de ellos se observó una clara mejoría. Los resultados muestran una mayor eficacia que la obtenida en los ensayos clínicos BRAVE-AA (el porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo primario fue de 56,5% VS 38,8%).

**Conclusión:** Baricitinib parece ser una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la alopecia areata grave y es una opción a plantear en pacientes que previamente no habían respondido a tofacitinib. Su perfil de seguridad es muy bueno siendo el efecto secundario más frecuente la elevación del LDL.

PO-158

ROFLUMILAST EN ALOPECIA AREATA: SERIE DE 7 CASOS

Luis Alonso Martínez de Salinas(1), Ruth del Cristo Cova Martín(1), Daniel Hernández Calle(1), Alba Lecumberri Indart(1), Diego Buendía Castaño(1), Sergio Vaño Galván(1), David Saceda Corralo(1) y Ángela Hermosa Gelbard(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Introducción:** La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial autoinmune.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (i-PD4), especialmente apremilast, se han propuesto como tratamiento de AA moderada-grave.

**Antecedentes y objetivos:** Existen estudios que evalúan la eficacia de apremilast en AA, con resultados variables. En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego comparado con placebo no se observó una mejoría significativa en la escala SALT de los pacientes en el grupo de tratamiento. Series de casos encontraron resultados similares.

Dada la similitud en el mecanismo de acción del roflumilast, también un i-PD4, respecto a apremilast, realizamos un estudio piloto en pacientes con AA moderada-grave que no eran candidatos o no deseaban realizar tratamiento con baricitinib o inmunosupresores clásicos.

**Métodos y resultados:** Presentamos una serie de 7 casos de pacientes con AA moderada-grave, 4 de los cuales tenían AA universal (AAU), tratados con roflumilast, entre enero y marzo 2023. En la tabla adjunta (tabla 1) se presentan las características de los pacientes, los tratamientos sistémicos previamente empleados, el tiempo bajo tratamiento, la dosis utilizada, los efectos adversos y la respuesta observada medida según la escala SALT (pre y post tratamiento).

**Discusión:** Se presenta la primera serie de casos de pacientes con AA tratados con roflumilast, un fármaco con las ventajas de un bajo coste y un perfil de seguridad favorable, con efectos adversos mayormente gastrointestinales y sin necesidad de monitorización analítica. Los resultados se asemejan a los observados con apremilast, mostrando mejoría en algunos casos moderados de AA multifocal, pero sin respuesta en casos de AAU.

En los casos en los que se apreció repoblación tras iniciar el fármaco, es poco probable que esta se debiera a repoblación espontánea, debido a la larga evolución y falta de respuesta a pesar de múltiples tratamientos previos. Roflumilast puede considerarse como alternativa para mantener la repoblación en casos leves a moderados de AA en pacientes que no deseen o no puedan utilizar inmunosupresores. Sin embargo, su eficacia es limitada y según nuestros resultados, parece poco efectivo en pacientes con AA grave. Son necesarios más estudios con un mayor tamaño muestral para definir mejor las características de los pacientes con AA que puedan beneficiarse del uso de roflumilast.

Tabla 1

Paciente	1	2	3	4	5	6	7
Edad	42	63	54	47	40	48	70
Sexo	♀	♀	♀	♂	♀	♂	♀
Tipo de AA	AAU	Multifocal	Multifocal	Multifocal	AAU	AAU	AAU

Paciente	1	2	3	4	5	6	7
Duración enfermedad (años)	8	33	16	8	3	Indet.	13
Ttos sistémicos previos	DXM, acet. triamcinolona IM	Acet. triamcinolona IM	DXM, MTX	Acet. triamcinolona IM	DXM, MTX	Ninguno	MTX
Fecha de inicio	31-01-2023	31-01-2023	14-02-2023	16-02-2023	21-02-2023	13-03-2023	14-03-2023
Fecha de fin	30-01-2024	En curso	En curso	En curso	29-09-2023	17-04-2023	Indet.
Dosis diaria (mg)	1000	500	1000	750	500	500	500 mg
Efectos Adversos	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Naúseas, diarrea	Diarrea	Ninguno
SALT pre	100	45	40	25	100	100	100
SALT post	100	60	7	0	100	100	100

AA: alopecia areata; AAU: alopecia areata universal; Indet: indeterminado; DXM: dexametasona; Acet: acetónido; IM: intramuscular; MTX: metotrexato.

**PO-159** HIDRADENITIS SUPURATIVA Y PSORIASIS: UNA ASOCIACIÓN COMPLICADA

Beatriz Aranegui Arteaga(1), María Castillo Gutiérrez(1), Inés Segovia Rodríguez(1), Inmaculada Vargas-Machuca Salido(1), María de la Soledad Vallejo Ruiz(1), Alberto Guerrero Torija(1), Teresa López Bernal(1) y Rosalía Toledo Cañaveras(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España.

**Antecedentes:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel del folículo piloso, localizada en áreas de pliegues habitualmente. Se engloba en la tetrada de oclusión folicular, junto al acné conglobata, los sinus pilonidales y la celulitis disecante del cuero cabelludo, pero puede asociarse a otras dermatosis como la psoriasis, los eccemas de contacto o la dermatitis atópica. El objetivo de este trabajo es revisar la asociación de HS y psoriasis.

**Material y Métodos:** descripción de las características clínicas y respuesta terapéutica de los pacientes con HS y psoriasis en seguimiento en una consulta monográfica específica de un hospital terciario.

**Resultados:** Se identificaron 5 pacientes con ambas patologías de 31 en seguimiento por HS en una consulta monográfica especializada. El 100 % (5/5) de los pacientes eran mujeres, fumadoras, con sobrepeso o con distintos grados de obesidad. Las pacientes presentaban grados II (3/5) o III (2/5) de Hurley. En cuanto a la psoriasis, las 5 pacientes presentaban afectación de cuero cabelludo y 3 de ellas presentaban además afectación de pliegues. Una paciente con afectación de cuero cabelludo padecía artritis psoriásica. Las 5 pacientes se encontraban bajo distintas líneas de tratamiento biológico o inhibidores de janus kinasa, siendo los actuales: adalimumab (1), guselkumab (1), secukinumab (2) y upadacitinib (1), con pauta intensificada en 2/5 pacientes. Los motivos de suspensión de las líneas de tratamiento anteriores fueron: empeoramiento paradójico de la psoriasis (2), fallo secundario (1) y reacción adversa (1).

**Discusión y Conclusiones:** El riesgo de psoriasis en pacientes con HS se ha establecido en aproximadamente tres veces respecto de la población general. En nuestra consulta, el porcentaje de pacientes con ambas patologías supuso el 16% de los pacientes en seguimiento, aunque se trata de un grupo seleccionado, con HS severa en tratamiento biológico. Es llamativa la asociación de HS y psoriasis en el cuero cabelludo y, en segundo lugar, en zonas de pliegues. Si bien el desarrollo de los tratamientos biológicos permite un abordaje conjunto de ambas patologías, queremos destacar la dificultad de manejo de ambas entidades, por respuestas parciales o aparición de reacciones paradójicas.

**PO-160** ESTUDIO CLÍNICO PARA EVALUAR EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE UNA NUEVA LOCIÓN CAPILAR CON MELATONINA EN PACIENTES CON ALOPECIA ANDROGÉNICA Y EFLUVIO TELÓGENO DURANTE 6 MESES DE USO

Alfonso Fernández(1), Sonia Aladren(1), Albert Navasa(1), Ludmila Prudkin-Silva(1) y Eric Jourdan(1) de (1)Innovation and Development Department. ISDIN SA, Barcelona - España.

**Antecedentes:** El efluvio telógeno y la alopecia androgénica son dos formas prevalentes de caída de cabello que afectan la calidad de vida y la autoestima de las personas.

**Objetivos:** Se evaluó la eficacia anticaída y la seguridad de una loción capilar con melatonina en pacientes con alopecia androgénica y efluvio telógeno.

**Métodos:** Estudio abierto y prospectivo en 33 sujetos, 22 hombres con alopecia androgénica (grado I/III, escala Hamilton Norwood) y 11 mujeres con efluvio telógeno agudo y/o crónico durante 6 meses de aplicación diaria del producto. Se evaluó la mejoría del aspecto del cabello y reducción de la caída del cabello a través de una escala de 7 puntos donde -3 era "muy empeorado/reducido" y 3 era "muy mejorado/aumentado" evaluadas por el dermatólogo y los sujetos, cuestionarios subjetivos acerca de la percepción de la eficacia del producto por parte de los pacientes a 1 mes (V2), 3 (V3) y 6 (V4) meses. A su vez, se evaluó instrumentalmente a través de fototricograma el aumento de la densidad de

cabello, así como del aumento del grosor del cabello en V3 y V4. La seguridad del producto se valoró de acuerdo a las evaluaciones del dermatólogo y la información reportada por los sujetos.

**Resultados:** Se demostró un aumento significativo de la densidad capilar ( $p < 0.001$ ), aumentando en +2,9 y +6,6 el número de cabellos por  $\text{cm}^2$  en V3 y V4 versus D0, respectivamente. La reducción de cabellos en fase telógena fue de 13,7 y 15,7 por  $\text{cm}^2$  a V3 y V4, respectivamente. También, se observó un aumento estadísticamente significativo del grosor del cabello de +0.9  $\mu\text{m}$  a V3 ( $p = 0.006$ ) y +2.4  $\mu\text{m}$  a V4 ( $p < 0.001$ ). En la evaluación clínica visual, el dermatólogo consideró que el 78.1%, 81.3% y 93.8% de los sujetos presentaron una mejoría de la apariencia del cabello y el 75%, 81.3% y 93.3% presentó una mejoría del volumen general del cabello en V2, V3 y V4, respectivamente. A nivel del cuestionario subjetivo, 87.5% de los sujetos indicó que el cabello era menos quebradizo y más reforzado, y el 78.1% indicó que notaba su cabello más revitalizado. No hubo acontecimientos adversos.

**Conclusiones:** La loción capilar con melatonina ha demostrado que estimula el crecimiento del cabello y aumenta su grosor. Además, al reducir la caída del cabello y mejorar el aspecto del mismo, se podría contemplar como una opción para tratar el envejecimiento capilar.

### PO-161 POROQUERATOSIS ERUPTIVA DISEMINADA EN PACIENTE CON ALOPECIA AREATA

Miriam Fernández Parrado(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Mónica Larrea García(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

Se presenta el caso de una mujer de 55 años con alopecia areata difusa de cuero cabelludo, alopecia de cejas, pestañas y fosas nasales, así como pérdida de vello corporal. Había realizado tratamiento con clobetasol tópico, minoxidil oral 1mg diario y minipulsos de corticoides orales los fines de semana (5mg/día) durante 7 meses con repoblación casi completa del cuero cabelludo, pero persistiendo alopecia de cejas y pestañas. A los dos meses de disminuir la dosis de dexametasona a 2mg, presentó placas con disminución de densidad de cuero cabelludo y pilotracción positiva, por lo que se inició tratamiento inmunosupresor con metotrexato 15mg/semana y ácido fólico, mejorando la alopecia de cejas y pestañas y presentado al mes pilotracción negativa. Consultó además por la aparición repentina de múltiples lesiones marronáceas pruriginosas en tronco y extremidades. A la exploración se objetivaron pápulas marrón rojizas de unos 4-6 mm de diámetro con borde hiperqueratósico marrón bien delimitado.

La paciente fue diagnosticada de una poroqueratosis diseminada eruptiva (PDE), se realizaron estudios para descartar patología tumoral e infecciosa, y se concluyó que era una PDE asociada inmunodepresión. Al retirar el metotrexato y la prednisona disminuyó la inflamación de las lesiones, haciéndose menos evidentes, pero persistiendo en la actualidad.

Las poroqueratosis son dermatosis adquiridas o hereditarias consecuencia de una alteración de la queratinización que pueden presentar algunas peculiaridades dando lugar a diferentes formas clínicas, siendo las más infrecuentes la (PDE) y la poroqueratosis folicular. Se define como PDE aquella en la que aparecen más de 100 lesiones en menos de 2 meses. Las poroqueratosis se han asociado a neoplasias hemaológicas y de órgano sólido, estados de inmunosupresión como trasplantes, infecciones, enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias. Concretamente, la PDE, con 32 casos descritos, se ha relacionado hasta en un tercio de los casos con neoplasias aunque también puede estar en relación con virus hepatotropos o algunos fármacos.

Aunque la prednisona y el metotrexato han podido ser las causas precipitantes de esta infrecuente dermatosis, también podría estar relacionada con la alopecia areata, máxime si tenemos en cuenta la persistencia de las lesiones más de seis meses después de la retirada de la medicación inmunodepresora.

### PO-162 AFECTACIÓN DE LOS TRIÁNGULOS TEMPORALES EN LA ALOPECIA ANDROGÉNICA MASCULINA

María Isabel García Briz(1), Blanca Ferrer Guillén(2), Manuel Ballesteros Redondo(2), Daniela Subiabre Ferrer(2), Cristian Valenzuela Oñate(2), David Vega Díez(3), Juan José Andrés Lencina(4), Víctor Cabezas Calderón(3), Ana Rodríguez-Villa Lario(3), Marta González Cañete(3), José M<sup>a</sup> Ricart Vaya(2) y Alba Gómez Zubiaur(3) de (1)Dermatología. Clínica Quirón, Valencia - España, (2)Dermatología. Instituto Médico Ricart, Valencia - España, (3)Dermatología. Hospital Quirón, Madrid - España y (4)Dermatología. Instituto Médico Ricart, Alicante - España.

**Introducción:** La alopecia androgénica (AGA) se caracteriza por una progresiva miniaturización de los folículos pilosos bajo un determinado influjo hormonal en individuos genéticamente predispuestos. En la alopecia androgénica masculina (MAGA) pueden afectarse localizaciones importantes como los triángulos temporales, que se describen como pequeños mechones triangulares de cabello que se proyectan bilateralmente hacia las regiones laterales de la frente. Tratar correctamente esta zona es fundamental para conservar la armonía del marco facial masculino. Sin embargo, existen escasas referencias bibliográficas en las que se estudie su alteración. Por ello, los objetivos de este estudio consisten en describir el proceso de miniaturización de esta región, describir un método para su evaluación y valorar la respuesta a diversos tratamientos realizados en la práctica clínica diaria.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo y observacional, en el que se revisa la afectación de los triángulos temporales en las imágenes de 50 varones con MAGA, antes después del inicio de tratamiento con fármacos inhibidores de la 5  $\alpha$  reductasa y/o minoxidil oral además de mesoterapia en algunos casos.

**Resultados:** Se observa una mejoría global en la mayoría de los pacientes a los 6 meses de la instauración del tratamiento individualizado en función de la afectación inicial. Además, en los pacientes con afectación basal más severa, se sigue observando una mejoría al año de tratamiento.

**Conclusiones:** En nuestra práctica clínica diaria, resulta imprescindible la evaluación rutinaria y sistemática de la afectación de los picos temporales en los pacientes con MAGA para conservar la armonía del marco facial masculino. Con el tratamiento médico se observa una mejoría importante en la mayoría de los pacientes, principalmente en aquellos con más afectación inicial, por lo que deberíamos esperar al menos un año de tratamiento para plantearnos una reconstrucción quirúrgica.

**PO-163** CONSULTA CONJUNTA DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA GENERAL: OPTIMIZANDO EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

Carmen García Moronta(1), Sofía Haselgruber de Francisco(1), Francisco Javier León Pérez(1), Carlos Cuenca Barrales(1), Alberto Carillo Acosta(2), Alejandro Molina Leyva(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Dermatología y (2)Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción:** La Hidradenitis Supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria que conlleva un daño estructural significativo. Su tratamiento combina terapias médicas y quirúrgicas para abordar las lesiones cutáneas y prevenir la progresión de la enfermedad. En este contexto, el dermatólogo desempeña un papel fundamental al coordinar las intervenciones necesarias. Sin embargo, es común requerir la colaboración de otras especialidades quirúrgicas, como Cirugía General, Cirugía Plástica o Urología, para garantizar los mejores resultados para los pacientes.

**Pacientes y Métodos:** Presentamos un modelo de consulta multidisciplinaria sincrónica entre Dermatología y Cirugía General para pacientes con HS. Se analizan las características clínicas y las decisiones terapéuticas tomadas en una serie consecutiva de pacientes evaluados en nuestra consulta.

**Resultados:** Un total de cuarenta y nueve pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad promedio fue de 47,89 (13,73) años, con una proporción de hombres:mujeres de 40:9. El 63,26% de los pacientes eran fumadores y el 36,74% presentaban factores de riesgo cardiovascular. El fenotipo inflamatorio fue el más común, afectando al 71,4% de los pacientes. Respecto a la clasificación de Hurley, se encontró una distribución de estadios II:III de 29:20. La localización más frecuente de las lesiones que motivaron la derivación fue inguinal (59,18%), seguida de glútea (51,02%) y perianal (24,49%). En la consulta, a 35 de los 49 pacientes se les realizó tacto rectal, en el 18,37% se solicitó una resonancia magnética y en el 100% se realizó una ecografía de las zonas afectas. Durante la evaluación, el 55% de los pacientes sufrieron modificaciones en su tratamiento médico, incluyendo el inicio o cambio de biológico en el 22,4% de los pacientes. La cirugía se indicó en el 87,5% de los casos siendo Cirugía General el destino mayoritario en estos pacientes (32,65%), seguido de la combinación de Cirugía General y Cirugía Plástica (18,37%).

**Conclusiones:** Los pacientes con HS y compromiso estructural severo, especialmente en área glútea, perianal y genital, pueden beneficiarse de una evaluación conjunta en esta consulta. Este enfoque multidisciplinar facilita una mejor coordinación entre especialistas, permitiendo una toma de decisiones terapéuticas más eficaz y una optimización de la calidad de la atención brindada a estos pacientes.

**PO-164** ALOPECIA AREATA EN RELACIÓN A USO DE DENOSUMAB

Vanessa Gargallo Moneva(1), Alicia Cabrera Hernández(1), Nuria Valdeolivas Casillas(1), Blanca Díaz Ley(1), María Castellanos González(1), Carmen García Acebes(1), Mónica Negueruela López(1) y María Agustina Segurado Rodríguez(1) de (1)Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid) - España.

Denosumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor activador del ligando del factor nuclear  $\kappa$ B (RANKL). Esta proteína es fundamental en la resorción ósea por osteoclastos. Está indicado en osteoporosis postmenopáusica con alto riesgo de fractura y en complicaciones esqueléticas de malignidad.

Presentamos el caso de una paciente de 83 años que acude a consulta refiriendo el inicio de brotes de alopecia areata desde hace 2 años. Las lesiones aparecen y se resuelven tras unos meses para volver a aparecer.

Según el relato de la paciente, estos ciclos coinciden con las inyecciones semestrales de denosumab 60mg que utiliza para tratar su osteoporosis. Además junto con este último brote de alopecia areata presenta una erupción liquenoide en el tronco.

A la exploración se aprecian placas de alopecia con puntos amarillos y pelos en exclamación.

No se realizó una biopsia de las placas alopécicas del cuero cabelludo porque la evolución de la enfermedad, los hallazgos clínicos y tricoscópicos eran compatibles con alopecia areata. En la biopsia se muestra una dermatitis de interfase con eosinófilos.

La inducción autoinmune de AA se caracteriza por ser un efecto secundario poco común del tratamiento con denosumab para la osteoporosis, se han reportado 2 casos clínicos en la literatura. Uno de ellos además de la alopecia areata asociaba una erupción liquenoide que también remitió con la suspensión del fármaco.

La interacción RANKL-RANK tiene gran relevancia en el establecimiento de la tolerancia inmune y los linfocitos que se generan sin RANKL no pueden establecer tolerancia inmune dando lugar a fenotipos con gran autoinmunidad. Además, también está presente de manera importante en los queratinocitos y regula el crecimiento, diferenciación de células epiteliales y el ciclo del pelo. Este fenómeno puede abrir nuevas vías de exploración en la comprensión del ciclo capilar y la relación de RANK con la inmunidad, salud de piel y pelo.

**PO-165** PROYECTO SCALPHS: RELACIONANDO LA HIDRADENITIS SUPURATIVA CON LA ALOPECIA. DATOS PRELIMINARES

César Guijarro Sánchez(1), Irene Suárez Vergne(1), Irene Rivera Ruiz(1), Carmen Mochón Jiménez(1), Andrea Ballesteros Antúnez(1), Juan de Luque Fernández(1), Juan Ruano Ruiz(1) y Pablo Fernández-Crehuet Serrano(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS), es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y, en concreto, de las glándulas apocrinas repartidas por toda la superficie corporal. Una localización menos frecuente es el cuero cabelludo. Clásicamente se ha descrito la tetrada de oclusión folicular como la asociación de HS, acné conglobata, sinus pilonidal y la celulitis disecante.

La práctica clínica en las consultas monográficas en HS evidencia que no sólo este tipo de alopecia está presente, por lo que planteamos este estudio piloto que, en su primera fase, pretende describir qué afectación en cuero cabelludo es más frecuente y cuáles son las características clínicas de los pacientes que la sufren.

**Objetivo:** Describir el perfil clínico del paciente con HS que presenta lesiones en cuero cabelludo, identificar el tipo de afectación, las características clínicas y tricoscópicas, y reflejar qué tratamientos son los más empleados en la práctica clínica real.

**Material y método:** Estudio transversal de pacientes atendidos en la consulta monográfica de HS del Hospital Reina Sofía de Córdoba desde 1 octubre de 2022 a 1 de octubre de 2023, que presentan afectación de cuero cabelludo.

Se recogieron las siguientes variables: 1) Variables relacionadas con la HS: demográficas (edad, sexo, altura, peso, IMC, antecedentes familiares), hábitos tóxicos, comorbilidades (enfermedad articular, digestiva, psiquiátrica y metabólica), clínicas (grado Hurley, fenotipo, localizaciones afectadas, número de lesiones inflamatorias, dolor, olor, PGA), terapéuticas (tratamientos sistémicos previos, biológicos previos, actuales, quirúrgicos); 2) Variables relacionadas con la afectación capilar: tipo, gravedad, localización, cirugías previas, relación en el tiempo del comienzo con respecto a HS, tricoscopia, respuesta a tratamiento, evolución e impacto en calidad de vida.

**Resultados y Conclusiones:** Se expondrán los pacientes recogidos en nuestra serie y se discutirán los hallazgos

### PO-166 PACIENTE CON ATOPIA, ALOPECIA AREATA TOTAL Y ENFERMEDAD DE CROHN TRATADO CON UPADACITINIB

Carlos Hernández Montoya(1) y Francisco Benavente Ortiz(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital de Poniente, El Ejido (Almería) - España.

Paciente de 17 años con antecedentes de Enfermedad de Crohn y Alopecia Areata Total desde la infancia así como, dermatitis atópica leve que controlaba con tópicos.

Para su enfermedad de Crohn el paciente había realizado tratamiento con Adalimumab presentando un fallo secundario y cambio a Ustekinumab con buena respuesta y estabilización de su enfermedad. Para la Alopecia Areata se habían realizado múltiples tratamientos clásicos (corticoides sistémicos, MTX...) sin respuesta.

Dado el importante impacto emocional que la alopecia provocaba en el paciente, nos planteamos, inicialmente tratamiento con Baricitinib (en base a su indicación en ficha técnica) manteniendo Ustekinumab para su enfermedad de Crohn. Sin embargo, teniendo en cuenta la indicación terapéutica de Upadacitinib en este proceso digestivo y, al mismo tiempo, los excelentes resultados reportados en los ensayos clínicos fase III en Alopecia Areata, nos planteamos el switch de Ustekinumab a Upadacitinib ( off-label para A. Areata) con el objetivo de controlar ambas enfermedades y, por tanto, optimizar el gasto farmacéutico al mismo tiempo que, podíamos incidir de forma positiva en su atopía.

### PO-167 ¿DÓNDE SE ACTIVA EL MINOXIDIL ORAL? PAPEL MINORITARIO DE LA SULFOTRANSFERASA SULT1A1 FOLICULAR EN LA ACTIVACIÓN DE MINOXIDIL ORAL EN PACIENTES CON ALOPECIA ANDROGÉNICA

Juan Jiménez Cauhé(1), Ángela Hermosa Gelbard(1), David Saceda Corralo(1), Diego Buendía Castaño(1), Nina Mehta(2), Andy Goren(3), Daniel Ortega Quijano(1), Cristina Pindado Ortega(1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1) y Sergio Vañó Galván(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Dermatology. University of North Carolina, Chapel Hill (North Carolina) - Estados Unidos y (3)Dermatología. Marconi University, Roma (Italy (General)) - Italia.

**Antecedentes y objetivos:** El minoxidil oral a dosis bajas es uno de los tratamientos más utilizados para la alopecia androgénica. Minoxidil es un profármaco que se transforma en su forma activa, minoxidil sulfato, a través de la enzima sulfotransferasa SULT1A1. En estudios previos se demostró que el minoxidil tópico se activa principalmente por la SULT1A1 de la vaina radicular externa del folículo piloso. En el caso de minoxidil oral se debate si se transforma por la sulfotransferasa hepática y posteriormente actúa en el folículo; o bien si llega en su forma libre al folículo y se sulfata por la sulfotransferasa folicular.

El objetivo de este estudio fue evaluar la actividad de la sulfotransferasa folicular SULT1A1 en pacientes tratados con minoxidil oral.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con alopecia androgénica en tratamiento con minoxidil oral desde al menos 6 meses. En cada paciente se tomó una muestra de 10 pelos de la zona de alopecia, que se analizó con el Test de Respuesta a Minoxidil (MRT, Inc Newport Beach, CA, EEUU) para determinar la actividad de la sulfotransferasa folicular mediante espectrofotometría. Posteriormente, la actividad de la sulfotransferasa se correlacionó con la respuesta clínica a minoxidil oral según una escala de 4 puntos (desde "no mejoría" hasta "mejoría marcada").

**Resultados:** Se incluyeron un total de 41 pacientes (63% hombres) con una edad media de 38 años (rango 20 – 58), que recibían una dosis media de minoxidil de 1.25 mg en mujeres y 5mg en hombres. De ellos, 26 pacientes (63.4%) presentaron mejoría en la densidad capilar, mientras que en 19 pacientes no se observó mejoría. De los pacientes con baja actividad de la SULT1A1 folicular (densidad óptica <0.36), un 85% respondieron a minoxidil oral; mientras que en el grupo con alta actividad (densidad óptica >0.36), respondieron un 43%, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre una baja actividad de la SULT1A1 folicular y la respuesta a minoxidil oral (p=0.008).

**Conclusión:** Se encontró una baja actividad de sulfotransferasa SULT1A1 folicular en pacientes con respuesta clínica a minoxidil oral. Este hallazgo sugiere que el minoxidil oral se activaría por la sulfotransferasa hepática, con una menor o nula participación de la sulfotransferasa folicular. Este estudio aporta nueva evidencia sobre el mecanismo de acción del minoxidil oral en alopecia, si bien se requieren estudios adicionales.

### PO-168 SERIE DE CASOS DE LIQUEN PLANO PILAR RECALCITRANTE TRATADOS CON UPADACITINIB

Miguel Antonio Lasheras-Pérez(1), Rodolfo David Díaz Palacios(1), Conrad Pujol Marco(1), Begoña Escutia Muñoz(1), Mercedes Rodríguez Serna(1), Fernando Navarro Blanco(1), Mónica Pozuelo Ruiz(1), Blanca Unamuno Bustos(1), Miguel Mansilla Polo(1) y Rafael Botella Estrada(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia – España.

**Antecedentes y Objetivos:** El Liquen Plano Pilar (LPP) es una alopecia linfocítica cicatricial primaria de etiología desconocida, considerada como una variante folicular de Liquen Plano (LP). Las terapias disponibles usualmente fallan en controlar la enfermedad. Recientemente, los

inhibidores de la Janus Kinasa (iJAK) tofacitinib, baricitinib, y ruxolitinib han demostrado eficacia en el tratamiento del LPP y Alopecia Frontal Fibrosante (AFF) resistentes a otras terapias. Upadacitinib es un iJAK aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave y que ha sido utilizado con éxito, fuera de indicación, en el LP erosivo y en la alopecia areata, una alopecia linfocítica no cicatricial. Presentamos la primera serie de casos de LPP tratados con upadacitinib.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron las historias clínicas entre los años 2019-2023 para identificar los pacientes con LPP tratados con upadacitinib oral. Se recogieron las características clínicas del paciente, la proporción de pérdida de cabello y las escalas de gravedad Lichen Planopilaris Activity Index (LPPAI), itch-Numerical Rating Scale (itch-NRS), pain-NRS y Dermatology Life Quality Index (DLQI), basalmente y en la última visita. LPPAI es un escala numérica no validada, que recoge síntomas del paciente (prurito, dolor y ardor), aspectos de la exploración física (eritema, eritema perifolicular, hiperqueratosis perifolicular y signo del arrancamiento o «pull test») y si la enfermedad se está extendiendo.

**Resultados:** Se identificaron 5 pacientes en tratamiento con upadacitinib. Las escalas de gravedad mejoraron en todos los pacientes. Los efectos adversos fueron leves y no llevaron a retirar el fármaco.

Los mecanismos moleculares involucrados en el LPP no son del todo conocidos. Se observó en modelos de ratón de LPP que las citoquinas inducidas por interferón estaban aumentadas en la protuberancia del folículo piloso, pudiendo participar en la activación de células T CD8+. Esto conllevaría la pérdida del privilegio inmune. Además, la expresión de JAK1 y JAK3 está aumentada en muestras humanas de LP y LPP. Upadacitinib inhibe JAK1, lo que podría inhibir la inflamación mediada por interferón y evitar el colapso del privilegio inmune. Puede que este sea el mecanismo por el que los pacientes mejoraron.

**Conclusión:** Upadacitinib podría ser una opción terapéutica en el tratamiento del LPP.

### PO-169 DISRUPTORES ENDOCRINOS EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: UN ESTUDIO PILOTO CASOS-CONTROLES

Alejandro Lobato Berezo(1), Ana Teresa González Ruiz(2), Ramón M. Pujol Vallverdú(1) y Pablo Gago Ferrero(3) de (1)Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (2)Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus (Tarragona) - España y (3)Química Ambiental. Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua - CSIC, Barcelona - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La alopecia frontal fibrosante (AFF) es la primera causa de alopecia cicatricial con una alta prevalencia en crecimiento, sobre todo entre mujeres postmenopáusicas. Mientras su patogénesis es aún desconocida, los factores hormonales y genéticos parecen estar implicados. Recientemente, se ha postulado una teoría ambiental que podría jugar un papel en el desarrollo de la AFF. Por ello, se ha hipotetizado que la exposición a algunos disruptores endocrinos (DE) pudiera estar implicada. Se ha presentado mayor atención a algunos productos de aplicación personal como los fotoprotectores y los emolientes faciales ya que han mostrado una mayor frecuencia de aplicación entre las pacientes con AFF en comparación a controles sanos.

El objetivo de nuestro trabajo era evaluar si la exposición a diferentes DE era mayor en mujeres con AFF que en controles. Para ello, se analizaron y compararon de forma prospectiva diferentes biomarcadores químicos en muestras biológicas recogidas de una cohorte de mujeres con AFF y de controles sanos de la misma edad.

**Métodos:** Se evaluaron un amplio rango de DE en muestras de orina, sangre y pelo de 10 pacientes con AFF y 10 controles sanos, apareadas por edad. La determinación de los DE se llevó a cabo mediante cromatografía líquida acoplada a espectrofotometría de masas de alta resolución.

**Resultados:** Se analizaron un total de 48 DE (retardantes de llama, químicos industriales, productos naturales y sus metabolitos, productos de cuidado personal, plastificantes y derivados, conservantes y filtros ultravioleta). De ellos, se detectaron 35 compuestos; 30 (63%) en el pelo, 20 (42%) en orina y 13 (27%) en sangre (Figura 1 y 2). Las diferencias entre los casos y los controles en función del predominio de los diferentes DE en las diferentes matrices se muestra en la tabla 1. Los valores que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles fueron la presencia de triphenyl phosphate y mono (2-ethyl-5-oxohexyl) phthalate en orina ( $p < 0.05$ ), un retardante de la llama y un plastificante, respectivamente.

**Limitaciones:** Se trata de un estudio piloto y se requeriría aumentar el tamaño muestral para obtener resultados robustos y con mayores diferencias. Las diferencias entre los DE en casos y controles no pueden atribuirse a causalidad de la AFF sino a una mayor exposición.

**Conclusiones:** Presentamos en primer trabajo en el que se analizan los DE en mujeres con AFF y se comparan con controles. Los 2 DE que han mostrado diferencias estadísticamente significativas pueden estar contenidos en algunas lacas, barnices y esmaltes de uñas (triphenyl phosphate) y en cosméticos (mono 2-ethyl-5-oxohexyl phthalate). Son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral para poder corroborar estos resultados y ver si existen diferencias con otros DE.

### PO-170 TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA GRAVE CON BARICITINIB EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON TOFACITINIB

Paola Maldonado Cid(1), Marta Folcrá González(1), Carolina Garrido Gutiérrez(1), Leticia Calzado-Villareal(1), Gema Vázquez Contreras(1) y Cristina Rubio Flores(1) de (1)Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** Baricitinib es por el momento el único fármaco inhibidor de las Janus quinasas (iJAK) aprobado para tratamiento de alopecia areata grave. La respuesta a baricitinib tras tratamiento con otros iJAK está poco estudiada.

**Casos clínicos:**

**Caso 1:** Mujer de 57 años con alopecia areata universal. Inició tofacitinib 5 mg cada 12 h y tras 7 meses de tratamiento había repoblado cejas y pestañas. Indicamos cambio a baricitinib 4 mg al día hace 4 meses, mantiene el pelo en cejas y pestañas y ha apreciado leve mejoría en el cuero cabelludo.

**Caso 2:** Varón de 13 años con alopecia areata en placas con afectación completa de cejas y pestañas. Inició tratamiento con tofacitinib 5 mg cada 12h más minoxidil oral 0.5 mg al día y a los 4 meses se objetivó repoblación parcial en el cuero cabelludo. Se indicó cambio a baricitinib 4 mg al día hace 6 semanas.

**Caso 3:** Mujer de 23 años con alopecia areata en placas extensas. Inició tratamiento con tofacitinib 5 mg cada 12 h hace más de 2 años con repoblación prácticamente completa aunque han reaparecido algunas pequeñas placas desde hace 2-3 meses. Ha comenzado baricitinib 4 mg al día hace 2 semanas.

**Discusión:** El tratamiento de la alopecia areata con iJAK está cada vez más extendido. Se ha reportado el uso de diferentes fármacos de este grupo terapéutico tanto por vía oral como por vía tópica (tofacitinib, ruxolitinib, upadacitinib...). Describimos la evolución de tres casos de pacientes de nuestro hospital con alopecia areata grave inicialmente tratados con tofacitinib a los que después hemos cambiado a baricitinib una vez autorizada la financiación de éste último en el sistema nacional de salud.

En los ensayos clínicos de baricitinib se incluyeron pacientes previamente tratados con iJAK pero no se describe específicamente la respuesta en este grupo de pacientes. Solo hemos encontrado una serie de casos recientemente publicada acerca del switching de iJAK en pacientes con alopecia areata.

**Conclusiones:** Presentamos tres pacientes con alopecia areata tratados inicialmente con tofacitinib y después con baricitinib. Son necesarios más estudios acerca del switching de iJAK en alopecia areata.

**PO-171 ALGO MÁS QUE UN EFLUVIO - ALOPECIA POR AMILOIDOSIS SISTÉMICA**

Silvia Manso Córdoba(1), Alejandro García Vázquez(1), Pablo López Sanz(1), María Encarnación Alfaro Martínez(1), Alicia Bascañana Mendoza(1) y Alicia Pérez Martín(2) de (1)Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España y (2)Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, (A Coruña) - España.



*Perdida de pelo difusa de predominio parietal.*

Presentamos el caso de una mujer de 67 años que consultó por una alopecia difusa en el cuero cabelludo de años de evolución. La paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, nefropatía IgA y amiloidosis AL de Cadenas Ligeras. Aunque la alopecia fue inicialmente diagnosticada como efluvio anágeno relacionado con el tratamiento sistémico de la amiloidosis, la paciente afirmó que la pérdida de cabello comenzó antes de dicho tratamiento.

La tricoscopia reveló miniaturización del tallo piloso, puntos negros y pérdida de orificios foliculares. El estudio histopatológico reveló la presencia de miniaturización de folículos pilosos y de un material amorfo eosinófilo que con tinción Rojo Congo y bajo luz polarizada mostraba una birrefringencia verde manzana. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de alopecia por amiloidosis sistémica.

Aunque la alopecia por amiloide es infrecuente, su reconocimiento es crucial, ya que a menudo precede al diagnóstico sistémico de la amiloidosis.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se postulan tres mecanismos principales: compresión de la unidad pilosebácea, sustitución del folículo por amiloide y entrada prematura en la fase telógena. La constricción mecánica del folículo y su vascularización pueden conducir a una reducción de la duración del ciclo capilar, justificando la miniaturización del folículo.

El diagnóstico temprano es esencial para evaluar la afectación sistémica, especialmente en casos de amiloidosis de cadenas ligeras, que a menudo se asocian con gammapatía monoclonal y afectación de órganos como riñón y corazón. La identificación precoz de esta manifestación cutánea permite la instauración de un tratamiento temprano, potencialmente reduciendo la morbimortalidad asociada a la amiloidosis sistémica.

En resumen, este caso subraya la importancia de considerar la amiloidosis como un diagnóstico diferencial en pacientes con alopecia inexplicada, especialmente en aquellos con múltiples comorbilidades.

**PO-172 DOS CASOS DE ALOPECIA AREATA TRATADOS DE FORMA SATISFATORIA CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA**

Silvia Marínero Escobedo(1), Isabel Polimón Olabarrieta(1), Berta Pérez Tato(1), Evelina de la Cruz Gómez(1), Belén Lozano Masdemont(1), Raquel Paz Pérez(1), Monserrat Franco Muñoz(1) y Ana María Rodríguez Martín(2) de (1)Dermatología. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España y (2)Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** Presentamos los casos de dos mujeres con alopecia areata extensa, ambas con una espectacular respuesta a iJAK (inhibidores de Janus kinasa).

**Caso clínico:** La primera paciente es una mujer de 52 años con una alopecia universal de seis años de evolución. No había respondido a tratamiento tópico (corticosteroides, minoxidil, sensibilización con difenciprona) y sus comorbilidades desaconsejaban el uso de corticosteroides orales así como de inmunosupresores clásicos. Mes y medio después de iniciar tratamiento con tofacitinib a dosis de 5mg cada 12 horas se objetivó repoblación que llegó a ser completa a los tres meses. Se redujo la dosis a 5 mg diarios con lo que mantiene la respuesta.

La segunda paciente es una mujer de 28 años con dermatitis atópica de larga evolución y alopecia areata extensa en cuero cabelludo de dos años de evolución, tratada con múltiples fármacos sin respuesta (corticosteroides intralesionales y orales, ciclosporina oral y minoxidil oral). En el momento de iniciar baricitinib a dosis de 4 mg diarios su grado era de 4A en la escala SALT. La repoblación fue evidente a los cuarenta

y cinco días de tratamiento llegando a una repoblación casi total a los cuatro meses y mantenida en la actualidad. La dermatitis atópica, sin embargo, solo ha conseguido una mejoría parcial. Ninguna de las dos ha presentado efectos adversos relevantes.

**Discusión:** La alopecia areata es una enfermedad autoinmune frecuente en la que están implicados los linfocitos T CD8, el interferón gamma así como diversas interleucinas. Las formas extensas tienen una gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes y suponen un reto terapéutico para los dermatólogos. Los tratamientos clásicos a base de corticosteroides e inmunosupresores obtienen una respuesta variable y no están exentos de efectos adversos. Los inhibidores de la vía JAK/STAT, utilizados para diversas enfermedades reumatológicas y dermatológicas como la dermatitis atópica, se han incorporado recientemente al tratamiento de la alopecia areata extensa, sobre todo desde la aprobación de baricitinib, un inhibidor de JAK1 y JAK 2, para esta indicación con **resultados** prometedores en los ensayos clínicos.

**Conclusión:** Hemos aportado nuestra experiencia en el uso de fármacos iJAK en alopecia areata con buen resultado y tolerancia.

**PO-173 ALOPECIA CICATRICIAL EN EL SÍNDROME DE TURNER**

Constanza Romina Martínez Mera(1), Mercè Grau Pérez(1), Laura Nájera Botello(2), Ángela María García Miñarro(1), Irene Salguero Fernández(1), Lucía Turrión Merino(1), Rita Cabeza Martínez(1), Marta Elosua González(1), Ángel Manuel Rosell Díaz(1) y M<sup>a</sup> Mercedes Sigüenza Sanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

El síndrome de Turner es un trastorno cromosómico donde hay ausencia total o parcial de uno de los cromosomas X. Presentamos el caso de una mujer de 40 años, con antecedentes de síndrome de Turner, hipertensión arterial y cataratas en tratamiento con norgestrel/estradiol, enalapril e hidroclorotiazida. Es remitida a nuestro servicio, por un cuadro de alopecia que comenzó a los 18 años, que desde sus inicios había dejado una placa alopécica que había progresado debido a los brotes de inflamación recurrente. Previamente había consultado en otros centros sanitarios pero no le habían precisado diagnóstico. A la exploración destacaba en la región de vértex una placa de alopecia nacarada, con lesiones escamocostrosas en su periferia, presencia de pelos en penacho y focos de hiperqueratosis perifolicular severa. Presentaba levemente más densidad pilosa en cejas, pestañas y vello facial, pero el resto de vello corporal era normal y no presentaba otras lesiones cutáneas. Se solicitó una analítica que tenía una TSH normal, pero con presencia de anticuerpos antioideos elevados y ANA negativos. Se realizó estudio histopatológico que señalaba hallazgos compatibles con foliculitis decalvante.

La paciente continúa en seguimiento en nuestro servicio y ha recibido tratamiento con doxiciclina, corticoides tópicos, corticoides intralesionales y ciclosporina, tratando los episodios de brotes y logrando estabilizar su evolución. El síndrome de Turner se caracteriza por talla corta, disfunción gonadal primaria, linfedema y apariencia dismórfica. Tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes, como el hipotiroidismo y la alopecia areata, ésta última sería hasta 3 veces más frecuente. Por otro lado, también se ha descrito mayor predisposición al desarrollo de alopecia androgénica. Sin embargo, sólo hemos encontrado un caso de alopecia cicatricial, en el contexto de un liquen plano diseminado, y no se han descrito casos de tipo foliculitis decalvante. Dentro de las manifestaciones cutáneas, en nuestra paciente destacaba una hipertriosis facial leve. En relación al cuadro de la paciente, ha evolucionado con brotes intermitentes, pero de menor intensidad que en sus comienzos, y que al menos desde que se encuentra en tratamiento ha logrado mantener las áreas afectadas sin progresión e incluso con alguna ganancia de tallos pilosos en puntos focales.

**PO-174 EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA GRAVE: COHORTE DE 15 PACIENTES**

Cristina Miranda Valverde(1), Sara Merino Molina(1), María Dolores Benedicto Maldonado(1), Pedro Navarro Guillamón(1), Marisol Contreras Steyls(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.



A la izquierda SALT 100, basal. A la derecha SALT 0, tras 12 meses de tratamiento con Baricitinib.

**Objetivos:** Describir los resultados de efectividad y seguridad a corto plazo del uso de Baricitinib, inhibidor selectivo de JAK1 y JAK2, en pacientes con Alopecia Areata (AA) grave en un hospital de segundo nivel.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio observacional prospectivo con reclutamiento secuencial de pacientes con AA grave, definida como una pérdida de pelo con una extensión  $\geq 50\%$  del cuero cabelludo, resistente o dependiente del uso de corticoides sistémicos. Para cuantificar la gravedad y extensión empleamos la escala SALT (Severity of ALoppecia Tool), con una puntuación de 0 a 100, antes de iniciar Baricitinib y tras 3 meses de tratamiento.

**Resultados:** Se siguieron a 15 pacientes (8 mujeres y 7 hombres); edad media (DE)  $42 \pm 13$  años, 13 con AA universal y 2 con AA total, una media (DE) de  $5,20 \pm 4.4$  meses. Entre las patologías autoinmunes más comunes destaca hipotiroidismo ( $n = 3$ ) y entre los factores de riesgo cardiovascular la hipertensión ( $n = 2$ ). Los pacientes habían tomado previamente una media (DE) de casi 4 fármacos ( $3,87 \pm 1,59$ ), destacando (i) dexametasona en pauta pulsátil (ii), inmunosupresores orales (ciclosporina y metotrexato), (iii) inmunosupresores tópicos (difenciprona), (iv) minoxidil oral, y (v) suplementos alimenticios (biotina y gluconato de zinc). En todos los casos Baricitinib se inició a dosis de 4 mg. La escala SALT disminuyó de  $95.53 \pm 8.02$  a  $75.08 \pm 24.58$  a los 3 meses, lo que supone una mejoría del 20% desde el estado basal, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.002$ , prueba Wilcoxon con SPSS statistics versión 24.0).

Entre los eventos adversos destacan: (i) dos infecciones de vías aéreas superiores, (ii) un caso de herpes simple labial, y (iii) el empeoramiento de las características de la migraña en dos pacientes. No se han mostrado eventos adversos graves o previamente no descritos en ensayos pivotaes y

ningún paciente requirió la retirada del fármaco. En la esfera psiquiátrica dos pacientes presentaban clínica ansioso-depresiva con debut posterior a la alopecia, pero sin empeoramiento tras el inicio de Baricitinib.

**Conclusiones:** Baricitinib ha demostrado ser un fármaco efectivo y bien tolerado en AA grave en nuestra cohorte. Quedará por determinar cuál será la pauta mínima eficaz de mantenimiento y posibles eventos adversos a largo plazo.

### PO-175 ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE DISFUNCIÓN SEXUAL EN ALOPECIA AREATA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Daniel Muñoz Barba(1), Alberto Soto Moreno(1), Manuel Sánchez Díaz(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción y Objetivos:** La Alopecia Areata (AA) merma la calidad de vida de las personas que la padecen. Sin embargo, no existe evidencia sobre el impacto que esta enfermedad puede tener en términos de disfunción sexual. El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de disfunción sexual en una cohorte de pacientes con AA en comparación con controles sanos, así como evaluar los potenciales factores asociados.

**Métodos:** Estudio transversal de una cohorte de 60 pacientes con AA y 60 controles sanos emparejados por edad y sexo. Los pacientes fueron incluidos con independencia de su gravedad y tratamiento. Se evaluó la función sexual mediante escala numérica, y cuestionarios específicos para hombres y mujeres (International Index of Erectile Function; Female Sexual Function Index). Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos de ambos grupos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 60 pacientes con AA y 60 controles sanos. El 75% de los participantes fueron mujeres. La edad media fue de 40 años. La prevalencia de disfunción sexual fue mayor en mujeres con AA que en controles sanos ( $p < 0,05$ ), sin existir diferencias en términos de disfunción sexual entre pacientes varones y controles. Por otro lado, las mujeres con AA mostraron tasas superiores de disfunción sexual que los varones que también padecían la enfermedad, así como un mayor impacto referido en la escala numérica ( $p < 0,05$ ). La disfunción sexual femenina se asoció con una menor edad, una menor duración de la enfermedad y con mayores tasas de ansiedad y depresión ( $p < 0,05$ ), pero no con una mayor gravedad de la enfermedad. La disfunción sexual masculina se asoció con una mayor edad y con una mayor gravedad de la enfermedad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Las mujeres con AA parecen tener mayores tasas de disfunción sexual que los controles sanos y que los hombres con AA. De igual manera, los factores asociados a la disfunción sexual varían entre hombres y mujeres, siendo de mayor relevancia en mujeres los síntomas de ansiedad y depresión mientras que en los varones la extensión de la enfermedad parece jugar un papel clave.

### PO-176 SOLAPAMIENTO ENTRE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE Y VITÍLIGO, ¿PODRÍAN LOS PRODUCTOS CAPILARES JUGAR UN PAPEL EN SU ETIOPATOGENIA?

María Dolores Pegalajar García(1), Ana Gil Villalba(1), Mar Rodríguez Troncoso(1), María Zulaika Lloret(1), Ricardo Ruiz Villaverde(1) y Francisco Javier de la Torre Gomar(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España.

Paciente mujer de 59 años con antecedentes que consulta por hipopigmentación facial. A la exploración presentaba máculas amelanóticas en región periorbitaria y frontal con fluorescencia blanco-azulada a la luz de Wood, además pérdida de las cejas y retraso de la línea de implantación frontotemporal coincidente con la mácula de vitíligo, que refería tener años de evolución. En la tricoscopia se observaba sobre la línea de implantación frontal piel de aspecto atrófico, hiperqueratosis y eritema peripilar leves, y una disminución del vello de las cejas. Con diagnóstico de alopecia frontal fibrosante (AFF) sobre vitíligo se inició tratamiento con pomada de tacrólimus 0,1% 5 días/semana y propionato de clobetasol 0,5mg/ml solución 2 días/semana.

Existen menos de una veintena de casos de solapamiento entre vitíligo y AAF descritos en la literatura. Suelen ser mujeres caucásicas postmenopáusicas, con una prevalencia relevante de trastornos autoinmunes, en las que el vitíligo suele anteceder al desarrollo de la AFF. Se hipotetiza sobre el origen etiopatogénico común de estas entidades dada la localización isotópica, la asociación conocida entre vitíligo y liquen plano pilaris (considerándose la AFF una variante del mismo) y la influencia del fenómeno de Koebner (compartido por ambas). En ambas una activación de los linfocitos citotóxicos CD8+, y la relación entre queratinocitos y melanocitos como unidad funcional justificarían el daño tisular.

Como posibles desencadenantes se plantean el daño solar subclínico o la aplicación crónica de productos capilares (se ha sugerido como desencadenantes fenol o PPD). La mayor prevalencia de dermatitis alérgica de contacto (DAC) en pacientes con AFF, cuyo consumo de productos capilares y fotoprotectores es más frecuente, y los casos descritos de vitíligo tras DAC podrían indicar que la DAC tendría un papel relevante. Podría ser de utilidad estudiar los excipientes alérgenos contenidos en los tratamientos para AFF en casos de AFF y vitíligo.

### PO-177 INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Alberto Soto Moreno(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Pablo Díaz Calvillo(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Antecedentes y objetivos:** La Alopecia Areata (AA) es un trastorno autoinmune asociado a una pérdida del privilegio inmunitario del folículo piloso. Se hipotetiza que su etiología se debe a una desregulación de los mecanismos inflamatorios. El objetivo del presente estudio fue evaluar marcadores de inflamación sistémica en pacientes con AA y compararlos con controles sanos.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal que incluyó a pacientes con AA y controles sanos emparejados por edad y sexo. Se analizaron diversos índices de inflamación sistémica: índice neutrófilo/linfocito, índice de inmunidad-inflamación sistémica (SII), índice monocito/HDL, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR).

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con AA y 35 controles sanos. Un 71% de los participantes fueron mujeres y la edad media fue de 38,27 años. El SALT basal medio fue de 39,38 (SD: 38,11). Los parámetros asociados a inflamación sistémica fueron significativamente superiores en los pacientes con alopecia areata que en los controles: índice neutrófilo/linfocito ( $p<0,05$ ), SII ( $p<0,01$ ), índice monocito/HDL ( $p<0,05$ ), VSG ( $p<0,05$ ), PCR ( $p<0,01$ )

**Conclusiones:** Los pacientes con alopecia areata podrían tener un mayor grado de inflamación sistémica que los controles sanos. Hacen falta más estudios en esta dirección para evaluar el impacto de esta inflamación subyacente en la enfermedad y su relación con variables como las comorbilidades, el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

## PO-178

## EFECTIVIDAD Y PREDICTORES DE RESPUESTA A BARICITINIB PARA ALOPECIA AREATA EN VIDA REAL: ESTUDIO PROSPECTIVO

Manuel Sánchez Díaz(1), Daniel Muñoz Barba(1), Clara Ureña Paniego(1), Alejandro Molina Leyva(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción y objetivos:** El tratamiento con baricitinib está aprobado para aquellos pacientes con alopecia areata (AA) grave. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad del tratamiento en condiciones de vida real en una cohorte prospectiva de pacientes con AA, así como evaluar los potenciales factores predictores de respuesta.

**Métodos:** Estudio de una cohorte prospectiva de pacientes con AA tratados con Baricitinib. Se evaluó la evolución de la extensión de la enfermedad mediante la Severity of Alopecia Tool (SALT) en el momento basal, y cada 3 meses. Se midieron variables clínicas y de laboratorio como potenciales marcadores de respuesta.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 32 pacientes, con un 56.7% de mujeres y una edad media de 32.6 años. El SALT basal medio fue de 67.2%. Se observó una disminución significativa del SALT ( $p<0.05$ ) a lo largo del periodo de seguimiento, que fue de hasta 15 meses. La mayor extensión de la enfermedad al inicio del tratamiento se asoció con una mayor disminución de SALT ( $p<0.05$ ). No se observaron efectos secundarios graves durante el tratamiento.

**Conclusión:** El tratamiento con Baricitinib es efectivo y bien tolerado para pacientes con AA grave en condiciones de vida real. El seguimiento prospectivo a largo plazo permitirá detectar marcadores clínicos y analíticos que permitan predecir la buena respuesta al tratamiento.

## PO-179

## ALOPECIA PSORIÁSICA PARADÓJICA SECUNDARIA A SECUKINUMAB: REPORTE DE UN CASO

Inés Segovia Rodríguez(1), María Castillo Gutiérrez(1), María de la Soledad Vallejo Ruiz(1), Teresa López Bernal(1), Rosalía Toledo Cañaveras(1), Fernando Pinedo Moraleda(2), Manuel Nevado Santos(3) y Beatriz Van Ingen Arteaga(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España.

**Antecedentes:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo, que se presenta en forma de nódulos, abscesos, fístulas y cicatrices. Predomina en áreas con mayor presencia de glándulas apocrinas y afecta mucho a la calidad de vida de los pacientes. La incidencia de psoriasis en pacientes con HS es más elevada que en la población general. El desarrollo de las terapias biológicas ha posibilitado tratar ambas patologías, aunque también pueden producirse reacciones adversas paradójicas por alteración en las vías patogénicas de alguna de las dos enfermedades.

**Objetivos:** Presentamos un caso de psoriasis paradójica con alopecia psoriásica en una paciente en tratamiento con secukinumab debido a HS.

**Material y Métodos:** revisión de historia clínica y bibliografía. La paciente es una mujer de 42 años, en seguimiento por HS Hurley II y psoriasis en placas. Recibió varios ciclos de antibióticos, acitretino y adalimumab con buena respuesta inicial y fallo secundario tras un año de tratamiento. En diciembre de 2022 se cambió a secukinumab. A los 3 meses del inicio de éste, la paciente refería empeoramiento franco de su psoriasis, con aparición de lesiones generalizadas. En cuero cabelludo, presentaba dos amplias placas queratósicas, con alopecia, pústulas y sensación de fluctuación. Se suspendió secukinumab y se biopsiaron ambas placas, con toma de cultivos bacterianos y fúngicos que fueron negativos. Se pautó tratamiento con tópicos y doxiciclina y se cambió a guselkumab. La biopsia fue compatible con alopecia psoriásica y la paciente mejoró notablemente de ambas patologías con inicio de guselkumab.

**Discusión:** Entre las principales reacciones adversas paradójicas secundarias a tratamientos biológicos, se describen pustulosis palmoplantar (42,9%), psoriasis en placas (14,7%) y psoriasis de cuero cabelludo (7%). La alopecia psoriásica paradójica se ha descrito con mayor frecuencia con fármacos anti-TNF $\alpha$ . Sin embargo, apenas se han reportado casos secundarios con los nuevos inhibidores de IL-17 e IL-23. Se trata de una forma no cicatricial de alopecia, habiéndose descrito formas cicatriciales, cuyo rasgo histológico distintivo es la atrofia de glándulas sebáceas.

**Conclusión:** reportamos un caso de alopecia psoriásica paradójica producida por inhibidores de IL-17 (secukinumab), con buena respuesta a tratamiento con guselkumab.

## PO-180

## EXPERIENCIA CON UPADACITINIB EN ALOPECIA AREATA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Tristán Gabriel Sobral Costas(1), Rafael Escudero Tornero(1), Marta Feito Rodríguez(1) y Raúl de Lucas Laguna(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La alopecia areata (AA) supone una importante merma en la calidad de vida de los pacientes pediátricos que la padecen, especialmente, en sus formas graves. Durante años, se han empleado fármacos fuera de ficha técnica para su tratamiento, con re-

sultados variables. El desarrollo de moléculas inmunomoduladoras que actúan sobre el receptor de Janus quinasas (JAK) y los transductores de señales y activadores de la transcripción (STAT), ha revolucionado el tratamiento de misma. Esto ha llevado a que el fármaco baricitinib sea el primer medicamento sistémico aprobado para AA grave, aunque la utilización de otras moléculas como el upadacitinib ha empezado a reportarse en población pediátrica.

**Métodos:** Presentamos una serie de pacientes pediátricos menores de 18 años con AA tratados con upadacitinib. Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Diagnóstico de AA de cuero cabelludo de más de 6 meses de evolución
- 2) Ausencia de mejoría espontánea en los 6 meses previos a la valoración clínica.

Todos los pacientes presentaban formas totales/ universales o formas en placas con SALT (Severity of Alopecia Tool) > 50% o SALT < 50% con DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10. Se describen las características basales de los pacientes, evaluándose la seguridad y la respuesta terapéutica.

**Resultados:** Los pacientes incluidos fueron tratados con upadacitinib. Se reportarán datos de eficacia (reducciones en la escala SALT y respuesta sostenida), calidad de vida, tratamientos previos, efectos adversos y comorbilidades de los pacientes.

**Conclusiones:** Se comentarán nuestros resultados comparándolos con la literatura disponible hasta el momento. Nuestra experiencia en práctica clínica real con inhibidores de JAK en el tratamiento de la AA refuerza los datos de eficacia publicados hasta ahora y motiva a seguir investigando estas terapias que se postulan como un cambio de paradigma en el tratamiento de la AA.

### PO-181 RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CASO-CONTROL

Alberto Soto Moreno(1), Manuel Sánchez Díaz(1), Daniel Muñoz Barba(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Introducción:** La alopecia areata (AA) es una alopecia de base autoinmune a la que se asocian comorbilidades de naturaleza inmunomediada y de riesgo metabólico. Un mayor riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con AA puede ser fruto de la inflamación crónica y la disfunción endotelial, sin embargo, la evidencia sobre el tema es limitada y los parámetros de RCV en AA están aún por caracterizar. En base a lo anterior, el objetivo de este estudio fue el de comparar el riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de AA con controles sanos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de casos y controles emparejados por edad y sexo. El RCV fue evaluado mediante parámetros físicos y analíticos de disfunción endotelial y síndrome metabólico: velocidad de onda de pulso arterial (VOP, medida mediante el medidor Mobil-O-Graph-PWA®), tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), perfil lipídico e índices de dislipemia relacionados (TG/HDL, LDL/HDL y ratio monocito/HDL), perfil glucémico y ratios relacionados (insulinemia, hemoglobina glucosada e índice HOMA), y reactantes de fase aguda para evaluar la inflamación sistémica (PCR, VSG).

**Resultados:** Se incluyeron 82 participantes (41 casos de AA, 41 controles). Edad media de 40 años, 67% mujeres (55/82). El grupo de pacientes con AA obtuvo valores significativamente superiores en TAS ( $p=0,02$ ) y TAD ( $p<0,01$ ), y una VOP media superior a los controles con diferencias cercanas a la significación estadística ( $p=0,08$ ). La glucemia basal ( $p=0,04$ ), insulinemia ( $p=0,02$ ) e índice HOMA ( $p=0,04$ ) fueron superiores en pacientes con diagnóstico de AA. Los pacientes con AA presentaron niveles séricos de PCR y VSG más elevados que los controles ( $p<0,01$ ).

**Conclusiones:** La disfunción endotelial y la inflamación sistémica pueden elevar el riesgo cardiovascular en pacientes con alopecia areata. Una valoración periódica del riesgo cardiovascular es recomendable en estos pacientes.

### PO-182 EFICACIA Y SEGURIDAD DE COACILLIUM EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ALOPECIA AREATA MODERADA A GRAVE: UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, MULTICÉNTRICO, FASE 2-3

Sergio Vañó Galván(1), Ulrike Blume-Peytavi(2), Bianca Maria Peraccini(3), Pascal Reygagne(4), Bhaswati Mukherjee(5), Emmanuel Baert(6), Alexandre Guichard(7), Jiawei Liu(8), William Pralong(9) y Saad Harti(10) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Department of Dermatology, Venereology and Allergology. Charité-Universitaetsmedizin, Berlin - Alemania, (3)Dermatology Unit. IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria, Bologna (Italy (General)) - Italia, (4)Dermatologie. Centre Sabouraud - Hôpital Saint Louis, Paris (Ile-de-France) - Francia, (5)CliniExperts Research Services, DELHI (Delhi) - India, (6)Legacy Healthcare, EPALINGES (Vaud) - Suiza, (7)Legacy Healthcare, EPALINGES (Vaud) - Suiza, (8)Legacy Healthcare, EPALINGES (Vaud) - Suiza, (9)Legacy Healthcare, EPALINGES (Vaud) - Suiza y (10)Legacy Healthcare, EPALINGES (Vaud) - Suiza.

La solución cutánea Coacillium es uno de los primeros candidatos cuyo perfil de riesgo-beneficio apoya la evaluación en pacientes con AA moderada, además de grave, incluidos los niños.

Se realizó un estudio multinacional, aleatorizado, doble ciego, fase 2-3 (RAAINBOW). Los pacientes de 2 a 18 años con puntaje SALT de 25-50 (moderado) y 50-95 (grave) fueron aleatorizados. El período de tratamiento de 24 semanas fue seguido por un período sin tratamiento de 24 semanas para evaluar la recaída de la enfermedad después de la interrupción del tratamiento. No se permitió ningún tratamiento concomitante para AA.

Un total de 62 pacientes cumplieron criterios de inclusión (Coacillium N=42, placebo N=20). Después de 24 semanas de tratamiento, el cambio medio en la puntuación SALT en el grupo de Coacillium fue de +22,87%, frente a -8,00% en el grupo de placebo. El efecto del tratamiento fue del 30,87% ( $p<0,0001$ ). La mejora de los parámetros de calidad de vida se correlacionó positivamente con el efecto del tratamiento. Tras la interrupción del tratamiento, 82% de los pacientes con Coacillium siguieron mejorando, pasando de la media de SALT 43,6 a 29,0. A la semana 48, 47% de los pacientes con Coacillium alcanzaron SALT 20, versus 9.1% para placebo ( $p=0,0031$ ). En el grupo de Coacillium, ningún evento adverso fue grave, todos fueron locales, transitorios, leves o moderados, excepto un caso de eczema transitorio grave.

Hasta donde sabemos, el Coacillium es uno de los primeros medicamentos que muestra una remisión sostenida fuera del tratamiento en una

enfermedad autoinmune, sin efectos secundarios que alteren el sistema inmunitario. El Coacillium podría ser una opción adecuada para el tratamiento inicial de la AA moderada a grave, en niños y adolescentes.

Dos inhibidores de JAK fueron aprobados recientemente para AA, lo que representa un gran avance. Sin embargo, están indicados solo en AA grave, y no en niños menores de 12 años, lo que les impide abordar la enfermedad de forma temprana, tanto en la etapa como en la edad. Además, su interrupción conduce a la recaída de la enfermedad en la mayoría de pacientes. La solución cutánea Coacillium es uno de los primeros candidatos cuyo perfil de riesgo/beneficio apoya la evaluación en pacientes con AA moderada, además de AA grave, incluidos los niños.

En este estudio de fase 2-3 en el que participaron niños y adolescentes con AA moderada a grave, Coacillium dos veces al día fue superior al placebo después de 24 semanas de tratamiento y bien tolerado. La mayoría de los que respondieron al tratamiento experimentaron una respuesta duradera durante el seguimiento sin tratamiento de 6 meses. Hasta donde sabemos, Coacillium es uno de los primeros medicamentos que muestra una remisión sostenida fuera del tratamiento en una enfermedad autoinmune, sin efectos secundarios que alteren el sistema inmunitario. Coacillium podría ser una opción adecuada para el tratamiento de la AA moderada a grave, en niños y adolescentes al principio. Se justifican ensayos más grandes.

PO-183

RECRECIMIENTO DEL CABELLO EN LA ALOPECIA CICATRICIAL CENTRÍFUGA CENTRAL CON USO DE METFORMINA TÓPICA

Bárbara Vieira-Granja(1), Patricia Amoedo(1), Gilberto Pires Da Rosa(1), Pedro Rolo de Matos(1), Jorge Pinheiro(2), Filomena Azevedo(1) y Ana Filipa Pedrosa(1) de (1)Departamento de Dermatología e Venereología y (2)Departamento de Anatomía Patológica. Hospital São João, Oporto (Porto) - Portugal.



Mes 0 - Metformina tópica 10%

Mes 8 - Metformina tópica 10%

Crecimiento de cabello en la zona del vértice después de 8 meses de tratamiento con metformina tópica 10% y minoxidil 5%.

**Introducción:** La alopecia cicatricial central centrífuga (ACCC) aparece como una pérdida de la densidad capilar en la región del vértex con progresión insidiosa y se extiende en la periferia. Las terapias estándar actuales tienen como objetivo reducir la inflamación. Sin embargo, a diferencia de otras formas de alopecia cicatricial primaria que se caracterizan por inflamación manifiesta, la fibrosis es la respuesta dominante en ACCC.

**Caso Clínico:** Mujer de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial, ingresó a nuestra consulta por pérdida severa de cabello en la zona media del cuero cabelludo desde hace tres años. Al examen físico presentaba alopecia en la región del vértex con prueba de tracción negativa. La tricoscopia demostró una marcada descamación perifolicular y halos perifoliculares de color gris blanquecino. El examen histopatológico reveló fibrosis laminada concéntrica alrededor de unidades pilosebáceas, observándose atrofia de las glándulas sebáceas y moderado infiltrado inflamatorio linfocitario en la dermis. Los hallazgos son compatibles con el diagnóstico de ACCC en la fase 3b. El paciente rechazó el tratamiento con corticosteroides intralesionales y fue tratada inicialmente con minoxidil 5% en loción y clobetasol tópico 0,05% dos veces al día, sin mejoría después de 14 meses.

Suspendimos la pomada tópica de clobetasol y comenzó con una crema tópica de metformina 10% una vez al día en combinación con minoxidil 5% en loción dos veces al día. Se notó un importante recrecimiento en la región del vértex después de 8 meses de tratamiento, sin embargo, con la aparición de nuevas áreas de alopecia en la región frontoparietal derecha con probable actividad de tracción asociada dados los hábitos de recogerse el cabello.

**Discusión:** Un estudio reciente ha identificado una regulación positiva de genes críticos implicados en trastornos fibroproliferativos en pacientes con ACCC, evidenciando que las terapias antifibróticas pueden desempeñar un papel en su tratamiento. La metformina ejerce principalmente sus efectos a través de la activación de la proteína quinasa activada por monofosfato de adenosina (AMPK), cuya actividad es menor en regiones fibróticas. Los datos actuales para su uso en la ACCC son limitados. Araoye et al ha descrito mejora significativa en 2 pacientes con ACCC recalcitrante después del tratamiento con metformina tópica al 10%.

ZONA  
PÓSTER

ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES

PO-184

SARCOIDOSIS CUTÁNEA Y GANGLIONAR Y SENSIBILIZACIÓN A ALUMINIO TRAS INMUNOTERAPIA DESENSIBILIZANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sonsoles María Aboín González(1), David Vega Díez(1), Marta Bandini(1), Ileana Medina Expósito(2) y Alicia Quesada Cortés(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España

**Introducción:** El desarrollo de lesiones persistentes en los sitios de inyección de extractos alérgenos de vacunas o inmunoterapia son raras, relacionándose en gran parte de los casos con el aluminio contenido en las preparaciones. Presentamos el caso de una paciente que desarro-

lló granulomas sarcoideos en lugares de inyección de inmunoterapia y sensibilización a aluminio, lo que permitió el diagnóstico de sarcoidosis cutánea y ganglionar.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma alérgica que consultaba por lesiones pruriginosas de 3 años de evolución en brazos, localizadas en zonas de inyección de inmunoterapia desensibilizante, que recibió durante 6 años. En la biopsia se observaron granulomas de características sarcoideas (con corona linfocitaria escasa, sin necrosis fibrinoide ni polimorfonucleares). Se realizaron pruebas epicutáneas siendo positivas a las 48 y 96 hrs al cloruro de aluminio al 2%, incluido como uno de los componentes de los extractos de la inmunoterapia recibida.

En el estudio de extensión para descartar afectación sistémica (analítica, radiografía de tórax, espirometría y evaluación oftalmológica) sólo destacaba hipercalciuria y en TC torácico se describían adenopatías mediastínicas e hiliares muy sugestivas de sarcoidosis, llegando al diagnóstico de sarcoidosis cutánea y ganglionar.

**Discusión:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica con afectación predominante pulmonar, ganglionar articular, cutánea y ocular. Es bien conocido el hallazgo de granulomas al biopsiar lesiones persistentes tras vacunas o inmunoterapia desensibilizante, relacionándose con el aluminio incluido en los extractos de las preparaciones, como vemos en nuestro caso.

No obstante el nuestro llama la atención por el desarrollo de granulomas de características sarcoideas que permitió, junto con los hallazgos del TC torácico, el diagnóstico de sarcoidosis. No hemos encontrado en la literatura el desarrollo de sarcoidosis cutánea y ganglionar en relación con la inmunoterapia asociada además a sensibilización a aluminio.

PO-185

UTILIDAD DEL TOFACITINIB 2% TÓPICO EN LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA DERMATOMIOSITIS CLÍNICAMENTE AMIOPÁTICA

Alba Álvarez-Abella(1), Francesca Corella Vicente(1), Júlia Pardo Pastor(1), Lidia García Colmenero(1), Oriol Corral Magaña(1), Elena Riera Alonso(1) y Andrea Núñez-Conde(1) de (1)Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa (Barcelona) - España.

**Introducción:** La dermatomiositis clínicamente amiopática (DCA) supone un 5-20% de las dermatomiositis. Las manifestaciones cutáneas suelen ser resistentes a los tratamientos convencionales y requieren, en más de la mitad de los casos, la combinación de tratamientos sistémicos para su control.

**Caso clínico 1:** Niña de 4 años diagnosticada de DCA antiTIF-1 gamma positivo. Se inició tratamiento con hidroxicloroquina, corticoides y tacrolimus 0,1% tópicos con mala respuesta tras 9 meses. Ante la falta de respuesta, se inició tratamiento tópico con tofacitinib 2% en base emolivan (O/W) 2 veces al día con mejoría evidente y progresiva de las lesiones a los 4 meses, que se mantiene 2 años después.

**Caso clínico 2:** Paciente de 33 años con DCA antiTIF-1 gamma positivo de 5 años de evolución con mala respuesta a tratamientos tópicos con corticoides y tacrolimus, así como hidroxicloroquina y que presentó efectos secundarios que motivaron la retirada de metotrexato y tacrolimus vía oral. Por afectación limitada a cara, cuello y dorso de manos, se decidió iniciar tofacitinib 2% en crema base beeler cada 12h, presentando gran mejoría al mes de tratamiento en las zonas de piel fina y respuesta más lenta (precisando oclusión) en el dorso de las manos. Tras 2 años de tratamiento, la paciente se mantiene bien controlada, aplicando el preparado a demanda.

**Resultados:** Presentamos dos casos de dermatomiositis clínicamente amiopáticas con buena respuesta al tratamiento tópico con tofacitinib 2%.

**Discusión:** La DCA supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico. La respuesta al tratamiento tópico convencional suele ser insuficiente. La mayoría de los casos requieren el uso de inmunosupresores orales o inmunoglobulinas intravenosas, siendo necesaria hasta en un 58% de los casos, la combinación de dos tratamientos sistémicos para su control.

El tofacitinib es un inhibidor de JAK que ha demostrado su utilidad vía oral en enfermedades autoinmunes recalcitrantes como la dermatomiositis. A nivel tópico ha mostrado seguridad en el tratamiento de enfermedades cutáneas en la infancia como la dermatitis atópica, el vitíligo y la alopecia areata, con respuestas variables según la literatura. Su formulación tópica al 2% puede ser una alternativa terapéutica segura y efectiva en pacientes con afectación cutánea exclusiva que no responden a los tratamientos tópicos ni sistémicos convencionales.

PO-186

PORFIRIA CUTÁNEA TARDA EN UN PACIENTE POSITIVO PARA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Elsa Benítez García(1), Irene Loizate Sarrionandia(1), Eduardo de la Rosa Fernández(1), José González Rodríguez(1), Carolina Hernández Carballo(2), Ricardo Fernández de Misa Cabrera(1) y José Suárez Hernández(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España.

Las porfirias son trastornos metabólicos causados por alteraciones de las enzimas implicadas en la síntesis del grupo hemo. La porfiria cutánea tarda (PCT) se debe a un déficit de uroporfirinógeno descarboxilasa, suele ser esporádica y se relaciona con factores de riesgo como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Varón de 58 años, exconsumidor de alcohol y VIH no tratado, consulta por lesiones cutáneas de 2 años de evolución. Se inician como ampollas en dorso de manos y antebrazos que empeoran con el sol y que evolucionan hacia erosiones, úlceras y costras de gran tamaño que ocupan gran parte de la superficie fotoexpuesta. Asocia hipertricosis malar, alopecia cicatricial y un estado de caquexia SIDA. En la analítica destaca hipertransaminasemia. Se confirma infección por VIH estadio C3. Se descarta hepatitis C (VHC). La biopsia cutánea es compatible con PCT y los niveles altos de porfirinas en sangre y orina confirman el diagnóstico. Se inició tratamiento antirretroviral (TAR) e hidroxicloroquina, con excelente respuesta clínica y virológica.

La PCT es la porfiria más frecuente. Se distinguen variantes adquiridas (80%) y hereditarias (20%). Clínicamente se caracteriza por fotosensibi-

lidad y fragilidad de la piel, con formación de ampollas, erosiones, costras y cicatrices en áreas fotoexpuestas, además de hipertrichosis, milio, alopecia cicatricial y cambios esclerodermiformes. La histología muestra ampollas subepidérmicas y aspecto festoneado de las papilas dérmicas por depósito PAS+ perivascular superficial. La elevación de porfirinas en sangre y orina confirma el diagnóstico. Los factores precipitantes incluyen, entre otros, alcohol, siderosis hepática, VHC y VIH. La asociación con el VIH ha sido ampliamente descrita, aunque generalmente coexisten otros factores de riesgo como la infección por VHC. En el presente caso, el paciente sufre infección por VIH sin coinfección por VHC, siendo el alcohol el único factor de riesgo adicional.

El papel de los dermatólogos es clave en el diagnóstico de PCT. Se presenta el caso de un paciente con PCT e infección por VIH que debuta con lesiones cutáneas que remiten tras iniciar TAR e hidroxiquina. Esto destaca la importancia del VIH y la alta carga viral en el desarrollo y evolución de la PCT y subraya la necesidad de un enfoque integral tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de esta entidad.

PO-187

LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO INDUCIDO POR PALBOCICLIB: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Blázquez Pérez(1), Lidia Carbonero Jiménez(1), Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1), María Cotarelo Hernández(1), Cristina Romera De Blas(1), Natalia Aranda Sánchez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Juan José Amorós Oliva(1), María José Carrera Hernández(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

El lupus eritematoso (LE) es una patología inmunomediada con afectación multiorgánica que frecuentemente involucra la piel. En su patogenia se incluyen distintos factores, entre ellos los fármacos. El LE secundario a fármacos fue descrito por primera vez en 1985, en relación con la toma de hidroclorotiazida; desde entonces múltiples fármacos se han relacionado con el desarrollo de LE, incluyendo recientemente las inmunoterapias en el campo de la oncología. Su expresión más habitual es en forma de LE cutáneo subagudo (LECS).

Se presenta el caso de una mujer de 56 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER-2) negativo y receptores hormonales positivos, en tratamiento con anastrozol-palbociclib por progresión ósea, en ciclos de veintidós días al mes. En junio de 2023, es valorada en consultas de dermatología por toxicidad cutánea en forma de placas eritematosas pruriginosas en zona proximal de miembros superiores y región dorsal alta. Ante la sospecha de LECS inducido por fármacos (LECS-IF), se extrajo biopsia cutánea para estudio histológico y se indicó pauta de tratamiento con corticosteroides tópicos, con mejoría temporal y empeoramiento con el inicio del ciclo de Palbociclib. El fármaco fue discontinuado por progresión de su enfermedad de base, con resolución completa de las lesiones cutáneas.

El estudio histológico mostró atrofia epidérmica y engrosamiento de la membrana basal con daño vacuolar, con infiltrados perivasculares con positividad para CD123 y depósito de mucina con tinción azul-alcián; siendo compatible con LECS, dado el contexto clínico, asociado a la toma de palbociclib.

Palbociclib es un fármaco inhibidor de las ciclinas dependientes de cinasas 4 y 6, relacionado con distintos efectos adversos cutáneos, entre ellos el LECS-IF, que se cree que podría ser secundario a la liberación de nucleosomas durante la apoptosis celular inducida por el fármaco. En la literatura disponible se presentan casos con similar expresión clínica y estados serológicos variables.

Se expone este caso de LECS-IF secundario a terapia oncológica dirigida con palbociclib, en el que se alcanzó la resolución completa tras la retirada del fármaco.

PO-188

LESIONES CUTÁNEAS TRAS ALOTRASPLANTE HEMATOLÓGICO: ¿ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED O DERMATOMIOSITIS VERDADERA?

Alba Calleja Algarra(1), Borja González Rodríguez(1), Lorena Calderón Lozano(1), Virginia Velasco Tamariz(1), Fátima Tous Romero(1), Jon Fulgencio Barbarin(1), Pablo Luis Ortiz Romero(1) y Carlos Zarco Olivo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

Las manifestaciones cutáneas de la enfermedad injerto contra huésped (EICH) pueden simular enfermedades autoinmunes y por otro lado tras el trasplante pueden aparecer verdaderos cuadros autoinmunes. Presentamos el caso de una mujer que desarrolla un EICH con manifestaciones cutáneas indistinguibles de una dermatomiositis (DM).

Mujer 45 años que a los 6 meses postrasplante desarrolla un cuadro de EICH intestinal y placas descamativas en cuero cabelludo y a nivel de articulaciones MTFC e IF, así como lesiones a nivel de párpados. Se realizó una biopsia cuyos hallazgos apoyaron el diagnóstico EICH crónico DM-like.

La paciente no presentaba debilidad muscular. La CPK fue normal. Los ANAs resultaron negativos. El blot específico de anticuerpos antimiositis resultó negativo. Al año del trasplante, la paciente fallece por una sepsis respiratoria de evolución tórpida.

La presentación de EICH DM-like se ha reportado en escasas ocasiones pudiendo aparecer entre 4-52 meses postrasplante. Las manifestaciones cutáneas pueden ser idénticas a las de una verdadera DM. Se han descrito casos con afectación muscular y afectación pulmonar intersticial de mal pronóstico asociados a anticuerpos MDA5, sin datos diferenciales de una verdadera DM.

La distinción entre un verdadero cuadro autoinmune y una complicación aloinmune es compleja ya que podría deberse al paso de ciertos alelos predisponentes del donante al receptor y a la disregulación inmunológica de este último. Un quimerismo completo de linfocitos del donante en la sangre periférica del receptor postrasplante hace más probable un EICH pero este hallazgo aislado no permite establecer el diagnóstico con certeza dada la persistencia de células con potencial inmunogénico en el receptor.

Se ha propuesto que la determinación de quimerismo mediante técnica FISH en las células del tejido afecto (biopsia muscular) puede determinar si hay predominio de linfocitos T CD4+ del receptor (a favor de un proceso autoinmune) o de linfocitos CD8+ del donante (probable enfermedad injerto contra receptor).

Nuestra paciente presentó un quimerismo del 98% postrasplante, en la biopsia cutánea no se observaron datos específicos de dermatomiositis y dado el curso clínico fatal no se realizó estudio muscular. Por ello, se diagnosticó de EICH dermatomiositis-like considerándose más probable un proceso aloimmune en relación al trasplante.

**PO-189 SÍNDROME DE DEDO AZUL Y ENFERMEDAD DE SJÖGREN**

Lidia Carbonero Jiménez(1), María Cotarelo Hernández(1), Cristina Romera de Blas(1), Sara Plata Clemente(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por disfunción de glándulas exocrinas, con manifestaciones extraglandulares como vasculitis, polineuropatía o artralgias. Serológicamente asocia positividad anti-Ro/SSA y anti-LA/SSB, cuyos títulos se relacionan directamente con producción de IFN-I e intensidad de la clínica sistémica. Entre ellas, mayor incidencia de patología isquémica arterial (infarto de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular agudo (ACVA)) y trombosis venosa (TV), en comparación con SS primario seronegativo y con población control.

Se presenta el caso de una mujer de 54 años, con único antecedente de epilepsia en tratamiento con carbamazepina y aborto espontáneo a las 10 semanas de gestación.

Valorada por primer episodio de dolor súbito en pulpejos de 2do a 4to dedo de mano derecha, con necrosis y pérdida de viabilidad última falange del 3er dedo, junto a afasia súbita transitoria.

Las pruebas complementarias arrojaron positividad ANA 1/2560 con anti-Ro >240 y anti-LA >320, con antifosfolípido, anticoagulante lúpico, crioglobulinas e hipercoagulabilidad negativos. Se realizó angio-TAC de aorta y miembro superior derecho, sin hallazgos. En capilaroscopia se observó microtrombosis capilar y en biopsia cutánea trombos intraluminales en ausencia de vasculitis o depósitos inmunes.

La sospecha de SS fue confirmada con test de schirmer intensamente positivo bilateral y biopsia de glándula salival compatible.

Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona 250mg en tres dosis junto con inmunoglobulinas intravenosas durante 5 días e inicio de anticoagulación, a pesar de ello requirió amputación de la última falange del 3er dedo de la mano dcha.

Tras periodo asintomático, presentó un episodio similar 3 meses más tarde, asociado a disregulación de la anticoagulación iniciada.

En este caso, sin origen etiológico claro, se plantea su asociación directa con SS, en cuyas fases tempranas existe disfunción endotelial notable, asociada a inflamación sistémica, que se ha demostrado causa de episodios tromboembólicos e isquémicos como IAM, ACVA y TVP.

Se presenta un caso de síndrome de dedo azul con isquemia digital en paciente con SS no conocido, sin asociación serológica de SAF, que abre la puerta al estudio de las manifestaciones vasculares periféricas en el SS, asociadas a disfunción endotelial y aterogénesis temprana.

**PO-190 NÓDULOS ULCERADOS Y PSEUDO-QUISTES DE MILLIUM: UNA MANIFESTACIÓN RARA DE UNA PATOLOGÍA COMÚN**

Elena Carmona-Rocha(1), Eduardo Subiela(1), Gemma Camiña-Conforto(1), Lluís Rusiñol(1), Caridad Morales-Munera(1) y Lluís Puig(1) de (1)Dermatología y Venereología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Introducción:** El síndrome de Bartter tipo III es una tubulopatía causada por mutaciones en el gen CLCNKB (cromosoma 1p36), codificador de un canal renal de cloro en el asa de Henle. Predispone a hipopotasemia e hiperuricemia, simulando el uso prolongado de diuréticos del asa.

**Caso clínico:** Varón de 37 años, natural de Guatemala (fototipo III), con antecedentes destacables de infección por VIH con control errático e insuficiencia renal crónica secundaria a síndrome de Bartter tipo III.



Figura 1. A) Imagen clínica de los pseudo-quistes de millium y nódulos ulcerados. B) Imagen clínica de los nódulos periarticulares. C) Imagen histológica (H&E 40x) con agregados dérmicos de material amorfo

Consultó por lesiones cutáneas de un año de evolución, en forma de nódulos milimétricos blanquecino-amarillentos de consistencia firme, que remedaban quistes de millium, y que evolucionaban a nódulos ulcerados que curaban con hiperpigmentación residual (Fig 1A). En manos, asociaba múltiples nódulos periarticulares de mayor tamaño, dolorosos, con importante deformación digital (Fig 1B). Negaba fiebre u otra clínica asociada.

Se planteó el siguiente diagnóstico diferencial: calcinosis cutis, oxalosis cutánea, tofos, xantomas, quistes de millium eruptivos y dermatosis perforante. La histología de un nódulo demostró agregados dérmicos de material amorfo y dermatitis granulomatosa a cuerpo extraño (Fig 1C). La analítica reveló una hiperuricemia de 9,58 mg/dL. Con todo ello, se llegó al diagnóstico de gota miliar.

**Discusión y Conclusiones:** La gota es una enfermedad frecuente, causada por el depósito de cristales de urato monosódico. Los tofos son la manifestación cutánea clásica, aunque se han descrito otras formas infrecuentes de gota cutánea (papulares, pustulosas, ulcerativas y ampollas).

La gota miliar es una variante clínica rara de gota tofácea, caracterizada por pequeñas pápulas de contenido tofáceo que simulan quistes de millium. A diferencia de los tofos, que involucran regiones articulares acras y pabellones auriculares, la gota miliar afecta regiones no articulares, especialmente muslos. Suele afectar a varones de mediana edad, no siempre en contexto de hiperuricemia, y con antecedentes de insuficiencia renal, hipertensión arterial y uso de diuréticos. La clínica cutánea puede mejorar parcial o totalmente con tratamiento hipouricemiante. En el caso reportado, se inició febuxostat, aunque con beneficio limitado por falta de adherencia.

En conclusión, presentamos un caso de gota tofácea y gota miliar diseminada, en un paciente con hiperuricemia en contexto de síndrome de Bartter.

**PO-191** SIGNO DE NIKOLSKY POSITIVO: OTRO DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Alejandro Javier Castillo Botero(1), Celia Campoy Carreño(1), Lucía García Almazán(1), Marina Torrent García(1), Tamara Amanda Hernández Gómez(1), Francisco José de León Marrero(1), Fernando Javier Allegue Gallego(1), Fernando Alarcón Soldevilla(1), José Pardo Sánchez(1) y Ángel López Ávila(1) de (1)Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España.

El diagnóstico diferencial de lesiones con signo de nikolsky positivo puede ser más complejo de lo tradicionalmente propuesto. Presentamos el caso de una entidad poco frecuente que debe tenerse en cuenta en los pacientes con signo de nikolsky positivo y antecedentes de enfermedades del tejido conectivo.

Se valoró a una paciente de 44 años que acudió al Servicio de Urgencias por lesiones con máculas eritematosas con signo de nikolsky positivo en zonas fotoexpuestas. No presentaba afectación de la mucosa ocular, oral, genital ni disfgia. Inicialmente se consideró el diagnóstico de una necrólisis epidérmica tóxica (NET).

La paciente estaba en seguimiento en reumatología por artritis reumatoide (AR) vs enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC); presentado artritis simétrica erosiva deformante con FR+, síndrome seco, hipotiroidismo, Ac anti CCP+, ANA+, AntiRo+ y AntiRNP+. Abandonó el tratamiento y el seguimiento hace 9 años, estando en tratamiento actualmente con: prednisona 5mg, eutirox 50 mcg.

Se realizó biopsia de una de las lesiones. La histología reveló una dermatitis de la interfase compatible lupus (banda lúpica) y en la nueva serología anti DNA >600 (0-50), ANA+ > 1/640 y anti-Sm 22.6 (0-10). Esto, junto al cuadro de artritis simétrica erosiva compatible con artritis reumatoide, y la combinación de anticuerpos positivos, nos hizo llegar al diagnóstico de lupus NET-like en paciente con rhupus.

El rhupus hace referencia a una superposición de AR y lupus eritematoso sistémico (LES). Descrito por primera vez en 1971 por Peter Schur, es una enfermedad rara sin una definición exacta. En estos pacientes la clínica de LES suele ser leve, estando limitada a piel, serosas y alteraciones hematológicas; presentando una evolución similar a la de pacientes con AR.

El lupus NET-like es una presentación poco frecuente de la enfermedad que presenta características distintivas que nos pueden orientar a su diagnóstico. Nos parece interesante presentar un caso de rhupus NET-like, no habiendo encontrado ningún otro caso descrito en la literatura científica.

Podemos concluir que ante un cuadro compatible con NET el objetivo principal es mantener la estabilidad hemodinámica, pero es igual de prioritario identificar su causa, siendo esencial considerar los antecedentes personales y la integración de los hallazgos clínicos y **resultados** de pruebas complementarias.

**PO-192** DERMATOMIOSITIS ANTI-TIF1-GAMMA REFRACTARIA TRATADA CON BARICITINIB EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

Alejandro Claudio Oliva(1), Myriam Viedma Martínez(1), Alicia Jiménez Antón(1), Ricardo Román Cheuque(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), David Jiménez Gallo(1), José Francisco Millán Cayetano(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)UGC Dermatología M.Q. y V. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria autoinmune. La disregulación de las vías JAK-STAT mediada por el interferón tipo I (IFN-I) está implicada en su origen. Los inhibidores de JAK (JAKi) bloquean múltiples citocinas, incluido el IFN-1, lo que convierte a los JAKi en potenciales tratamientos para la DM. Presentamos un caso de dermatomiositis anti-TIF1y refractaria tratada con baricitnib en una paciente con cáncer de mama.

Una mujer de 53 años fue diagnosticada de DM amiopática y tratada con hidroxicloroquina. Tras varios brotes se inició tofacitinib, con buena respuesta. Durante el seguimiento positivizó anticuerpos anti-TIF1y, apareció la clínica muscular y, desafortunadamente, se diagnosticó de un cáncer de mama. Se diagnosticó de una dermatomiositis anti-TIF1y asociada a cáncer (CADm, del inglés cancer-associated dermatomyositis). Se suspendió tofacitinib, con el consiguiente empeoramiento clínico, y se iniciaron metotrexato e hidroxicloroquina. La mejoría clínica tras la erradicación del cáncer permitió suspenderlos. Sin embargo, desarrolló varios brotes graves que requirieron metilprednisolona en pulsos, prednisona oral e inmunoglobulinas intravenosas. Finalmente se decidió iniciar baricitinib, con una mejoría rápida y significativa. Ocho meses después, la paciente mantiene la respuesta, sin signos de recidiva tumoral.

El tratamiento de la CADm es un desafío. Se debe dar prioridad al tratamiento del cáncer, pero los síntomas musculocutáneos también precisan atención. El tratamiento de la DM no asociada a cáncer tampoco es sencillo. Cada vez hay más datos disponibles sobre los JAKi, pero no hay casos publicados en CADm. La diferente selectividad de los JAKi determina presumibles diferencias en sus perfiles de eficacia y seguridad. Basándonos en ello y pese al riesgo de malignidad asociado a los JAKi encontrado en un ensayo clínico con tofacitinib, pensamos que el baricitinib puede ser una alternativa válida en casos de CADm con enfermedad neoplásica controlada.

**PO-193** TRATAMIENTO CON CORTICOIDE INTRALESIONAL DEL MIXEDEMA PRETIBIAL. UNA OPCIÓN RÁPIDA Y EFICAZ

Blanca Díaz Ley(1), Carmen García Acebes(1), Alicia Cabrera Hernández(1), Vanessa Gargallo Moneva(1), Nuria Valdeolivas Casillas(1), María Castellanos González(1) y María Agustina Segurado Rodríguez(1) de (1)Dermatología. Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid) - España.



Imagen 1

**Introducción:** El mixedema pretibial es una manifestación de la enfermedad de Graves que consiste en una acumulación de glucosaminoglicanos en la dermis reticular. Se trata de una patología dermatológica localizada, pero que en ocasiones, puede asociar un deterioro en la calidad de vida. Se debe a una respuesta local del tejido conectivo, probablemente causada por autoanticuerpos contra la hormona estimulante del tiroides, TSH.

Su diagnóstico es principalmente clínico y se basa en la aparición de las típicas pacas en región pretibial, asociadas a el antecedente de oftalmopatía y tirotoxicosis. El tratamiento convencional de esta enfermedad es la aplicación de corticoide tópico en oclusión. Sin embargo, existen trabajos, que muestran una buena respuesta al tratamiento con corticoide intralesional.

**Caso Clínico:** Mujer de 63 años de edad, derivada a nuestro Servicio por la presencia de varias placas de consistencia firme, con acentuación folicular en ambas regiones pretibiales.

Se tratada de lesiones de apariencia muy llamativas que a la paciente le ocasionaban un importan estrés y que condicionaban su calidad de vida. Además la paciente presentaba un claro exoftalmos y había sido diagnosticada de enfermedad de Graves cinco años atrás, tratada con metazolol y yodoterapia y actualmente en tratamiento con levotiroxina.

Tras el diagnóstico clínico de mixedema pretibial, la paciente fue tratada en tres ocasiones con acetónido de triamcinolona 40mg/ml sin diluir. Tras el mismo, se obtuvo la desaparición total de la infiltración, quedando únicamente hiperpigmentación postinflamatoria.

**Discusión:** El mixedema pretibial es una mucinosis cutánea primaria, cuyo tratamiento convencional es la aplicación de corticoides tópicos de media-alta potencia. Como en nuestro caso, hay una suficiente evidencia para recomendar el tratamiento con corticoide itralesional para esta patología cutánea.

Nuestro caso, aporta a los casos anteriormente descritos el hecho de que a pesar de no haber sido diluido, no se produjo atrofia cutánea, fue muy bien tolerado por parte de la paciente y probablemente sea una opción más rápida y eficaz que los tratamientos con corticoide diluido.

**PO-194** LUPUS MASTITIS, UNA FORMA POCO COMÚN DE PANICULITIS LÚPICA

Luis Espin Fernández(1), Leticia Beas Porcel(1), Fernando Martínez Ortiz(2) y Francisca Simón López(1) de (1)Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Unidad de Anatomía Patológica. Hospital Torrecárdenas, Almería - España.

**Antecedentes y Objetivo:** El lupus mastitis es una variante del lupus cutáneo crónico en la que se afecta la grasa del tejido celular subcutáneo. Se considera una entidad poco frecuente con un curso clínico que tiende a la cronicidad intercalando fases de brote y remisión. El objetivo de este trabajo es la descripción de un caso de lupus mastitis con confirmación histológica en un hospital de tercer nivel.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 47 años con antecedentes personales de lupus discoide y artritis reumatoide en tratamiento con abatacept. Acude a consulta de dermatología por presentar una placa eritemato-edematosa indurada al tacto en la mama izquierda de 4 meses de evolución que asocia fiebre intermitente de hasta 39°C. La paciente refería empeoramiento progresivo de las lesiones cutáneas a pesar de recibir tratamiento con hidroxiquina (HCQ) 200 mg/día que le pautaron en una clínica privada donde fue inicialmente valorada. Se le tomó una biopsia cutánea que descartó la etiología neoplásica, mostrando un infiltrado de predominio linfo-plasmocitario en dermis junto con necrosis lobulillar en hipodermis compatible con paniculitis lúpica. Se incrementó la dosis de HCQ a 400 mg/día y se añadió prednisona vía oral, con lo que se frenó la progresión de las lesiones. Entre tanto, se descartó una posible afectación sistémica. Con el paso de las semanas, las lesiones fueron resolviendo progresivamente incluso con la bajada progresiva del tratamiento corticoideo. A día de hoy, nuestra paciente se encuentra completamente asintomática bajo tratamiento de mantenimiento con HCQ 200 mg/día.

**Conclusiones:** El lupus mastitis es una entidad rara que afecta más frecuentemente a mujeres. Por su presentación clínica, el diagnóstico diferencial debe realizarse con la mastitis infecciosa, el carcinoma inflamatorio y la mastitis crónica granulomatosa, entre otros. Los hallazgos histológicos más característicos son la necrosis grasa hialina, el infiltrado linfocitario, la paniculitis lobulillar y las microcalcificaciones. La combinación de antipalúdicos orales junto con corticoides orales ha demostrado buenos resultados en la mayoría de los pacientes.

**PO-195** TERAPIA FOTODINÁMICA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE MORFEA EN PLACA CON CALCIFICACIONES DISTRÓFICAS

Laura Fernández de la Fuente(1), Sara Pilar Herrero Ruiz(1), Helena Álvarez Garrido(1), Ana Martínez Lauwers(1), Cristina Sobrino García-Yanes(1), Begoña Echeverría García(1), Almudena Hernández Núñez(1) y Jesús Borbujo Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

Mujer de 21 años con diagnóstico de TEA, déficit cognitivo, DM2, obesidad y pubertad precoz.

Consultó por lesión en espalda en 2016, que producía dolor y prurito. A la exploración, presentaba una placa de gran tamaño dorsolumbar derecha, de bordes eritematosos y centro amarillento, de tacto pétreo y con imposibilidad para pellizcar la piel.



Placa eritematosa pétreo con quistes de milium y microcalcificaciones centrales.

Se solicitó analítica sanguínea con serologías de Borrelia y perfil de autoinmunidad, con resultado negativo. Con la sospecha clínica de una esclerodermia localizada (morfea en placa), se realiza una biopsia que muestra una dermatitis fibrosante dermo-hipodérmica sin componente proliferativo fusocelular, compatible histopatológicamente con una esclerodermia.

Durante cuatro años, la paciente se mantiene parcialmente controlada alternando ciclos de corticoides orales en las fases de mayor actividad y tratamientos tópicos las fases más estables. Se propone tratamiento con metotrexate, pero su uso es desaconsejado por las comorbilidades de la paciente.

A pesar de los tratamientos utilizados, la lesión sigue progresando. Dado el insuficiente control, y con el fin de evitar tratamientos sistémicos que pudieran causar efectos adversos, en 2020 se inicia tratamiento con terapia fotodinámica (TFD), con buena tolerancia y respuesta. Ha recibido 15 sesiones de TFD a dosis de 37-40J/cm<sup>2</sup> y 3h.

La esclerodermia localizada es una enfermedad inflamatoria cutánea que produce esclerosis de la piel y de los tejidos subyacentes. Puede producir gran morbilidad, debido a la deformidad y discapacidad física secundaria. No existe un tratamiento eficaz y universal para esta enfermedad. Su manejo debe basarse en la extensión y gravedad de cada caso. El tratamiento de las complicaciones es complicado, por lo que es esencial un enfoque preventivo.

La ecografía ayuda a determinar si las lesiones están activas o estables. Los tratamientos más aceptados para el tratamiento de la esclerodermia localizada son los corticoides sistémicos y el metotrexate, casi siempre en combinación. Varias formas de fototerapia han demostrado beneficio, así como otros inmunosupresores.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años con diagnóstico de: "Morfea en placas + milium en placa + calcificaciones distróficas" con buena respuesta y tolerancia a TFD. Es una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes con contraindicación a fármacos inmunosupresores sistémicos.

**PO-196** SÍNDROME ANTISINTETASA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA PULMONAR

María Elena Hernández Salas(1), Carlos Palomar Prieto(1), Begoña Frutos Pérez(2), Ana Martínez Lauwers(1), Laura Fernández de la Fuente(1), Sara Pilar Herrero Ruiz(1), Celia Horcajada Reales(1) y Jesús Borbujo Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

Se presenta el caso de un paciente de 68 años con antecedentes relevantes de fibrilación auricular y EPOC que presenta inicialmente un cuadro de distrés respiratorio, precisando ingreso en UCI para ventilación mecánica invasiva. Durante su estancia en UCI se realiza un perfil de autoinmunidad, observando positividad Anti-Jo y Anti-Ro. Tras el ingreso presenta empeoramiento de la clínica respiratoria, así como debilidad muscular, principalmente a nivel proximal en miembros inferiores, asociada a elevación importante de CK, por lo que se decide nuevo ingreso para completar estudio y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas, rituximab y corticoides sistémicos.

A nivel cutáneo, las principales alteraciones eran lesiones descamativas e hiperqueratósicas con alguna grieta en dedos de las manos, principalmente en las caras laterales del 2º dedo de ambas manos, y la posterior aparición de máculas y pápulas eritematosas en el pecho y la espalda.

Durante el ingreso se realiza un PET-TC en el que se observa captación patológica en 3 nódulos en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. La biopsia con aguja gruesa de uno de los nódulos aporta el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar mal diferenciado.

El síndrome antisintetasa es una enfermedad sistémica englobada dentro de las miopatías inflamatorias. Se caracteriza principalmente por enfermedad pulmonar intersticial, miopatía y presencia de anticuerpos antisintetasa (anti-Jo-1) en plasma. Las principales manifestaciones dermatológicas incluyen las manos de mecánico, el signo del chal y eritema periungueal. Al igual que la dermatomiositis aunque con menor frecuencia, puede tratarse de un cuadro paraneoplásico, por lo que debe valorarse el despistaje de tumores ocultos.

**PO-197** AVANZANDO EN EL TRATAMIENTO DEL ESCLEREDEMA: EL PAPEL DE LA FOTOTERAPIA UVA-1 EN LA MEJORÍA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD

Carlos Llamas-Segura(1), Francisco Javier de la Torre-Gomar(1), Laura Linares-González(1), Marta Cebolla-Verdugo(1), Álvaro Prados-Carmona(1), Juan Pablo Velasco-Amador(1) y Ricardo Ruiz-Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España.

**Introducción:** El escleredema es una condición infrecuente caracterizada por una induración simétrica de la parte superior del cuerpo, causada por engrosamiento de la dermis y depósitos de mucina. Afecta a todas las etnias y puede asociarse a la diabetes mellitus. Se describen 3 casos en seguimiento por nuestro servicio, tratados con fototerapia UVA-1 con éxito en sucesivas revisiones.

**Caso clínico:** Presentamos 2 mujeres y 1 hombre con edades comprendidas entre la 6ª y 8ª década de vida. Los 3 eran diabéticos, 2 de ellos tipo 2 de larga data, y la última diabética tipo 1 desde la infancia. El hombre y una de las mujeres sufrían una gammopatía monoclonal de significado incierto de años de evolución. Los 3 individuos presentaban signos clínicos similares con endurecimiento cutáneo que restringía la movilidad a nivel cervical y torácico, uno de ellos presentaba también afectación dorsal y lumbar, y otro a nivel malar y periocular. La biopsia fue concluyente en 2 de los casos, siendo diagnosticados de escleredema. Los intervalos de tiempo desde el diagnóstico variaban en los 3

casos entre los 2 y los 6 años. Las pacientes experimentaron mejoría clínica notable, incluyendo aumento de la movilidad cervical, tras un ciclo de fototerapia UVA-1. El paciente masculino, tratado con luz ultravioleta de onda larga previamente, mostró mejoría al reiniciar la fototerapia junto con bortezumib.

**Discusión:** La enfermedad se observa principalmente en hombres obesos de mediana edad con diabetes, presentando inicio sutil y afectación persistente. El eritema y la induración de la parte posterior del cuello y de la espalda, que dificultan la movilidad, son signos clínicos característicos. Histológicamente, se caracteriza por engrosamiento de la dermis reticular con haces de colágeno separados por espacios llenos de mucina. No hay tratamiento específico, pero la fototerapia, especialmente UVA-1 y PUVA, se considera de primera línea, estimulando la síntesis de colagenasa. En casos asociados a gammopatía monoclonal, el bortezumib puede ser eficaz. La serie de casos presentados respalda la eficacia de la fototerapia UVA-1, sola o combinada con otros tratamientos, en pacientes con escleredema.

Los resultados coinciden con las últimas actualizaciones terapéuticas, posicionando la terapia con luz ultravioleta de onda larga como vanguardia en el tratamiento de esta enfermedad.

**PO-198 SÍNDROME ANTISINTETASA Y “MANOS DE MECÁNICO”: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Alba Llorens López(1), Cristina Fernández Romero(1), Lorena Vila Cobreros(1), Osvaldo Gabrel Pereira-Resquin Galván(1), Esther Quecedo Estébanez(1), Nagore Fernández-Llanio Comella(2), José Belda Ramírez(3), Rafael Peris Cardells(3) y Pedro Navarro Conde(4) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Reumatología, (3)Servicio de Neumología y (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España.

**Introducción:** El síndrome antisintetasa (SAS) es un trastorno poco frecuente incluido dentro del grupo de las miopatías inflamatorias autoinmunes, caracterizado por miositis, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), artralgias o artritis, fiebre, lesiones hiperqueratósicas en manos y fenómeno de Raynaud.

**Caso Clínico:** Mujer de 40 años, sin antecedentes relevantes, que precisó ingreso hospitalario por fiebre vespertina, artralgias, astenia y disnea. Refería además episodios de eritema en región malar y en escote. No refería fenómeno de Raynaud. En la exploración cutánea observamos lesiones descamativas en cuero cabelludo, así como lesiones hiperqueratósicas y fisuradas, bilaterales y simétricas, en palmas de manos y dedos.

Los hallazgos radiológicos fueron compatibles con una EPID. El análisis reveló elevación de CK en una única ocasión, ANA positivos (1/640), y anticuerpos anti-Ro, anti-La y anti-EJ, este último con positividad fuerte.

Los anticuerpos anti-EJ se asocian frecuentemente al SAS. Son mucho más raros que los anticuerpos anti-Jo, relacionados por excelencia con este síndrome, por esta razón las características clínicas asociadas a estos anticuerpos no están del todo bien estipuladas. Según la bibliografía estos pacientes suelen presentar patrones amiopáticos, una EPID con afectación en bases y manifestaciones cutáneas más frecuentes y diversas. Además, también se caracteriza por presentar una buena respuesta al tratamiento inmunosupresor, como fue en nuestro caso. Con todas estas características clínicas se estableció el diagnóstico de SAS.

**Discusión:** El SAS se categorizaba en el pasado como dermatomiositis por su clínica, pero desde 1992 se considera una entidad separada. Existen diversos anticuerpos antisintetasa conocidos: anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ, anti-OJ, anti-KS, anti-Zo, anti-Tyr/YRS. Los anticuerpos anti-EJ son raros pero presentan características diferenciales respecto al resto que pueden resultar útiles para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

**Conclusiones:** Se resalta la complejidad del diagnóstico en las enfermedades sistémicas con afectación cutánea, destacando la correlación entre manifestaciones cutáneas y los análisis serológicos, subrayando la importancia de otras pruebas complementarias en el diagnóstico diferencial de las dermatomiositis sistémicas.

**PO-199 TRATAMIENTO DE LA FASCITIS EOSINOFÍLICA RECALCITRANTE CON ANTI-IL5: NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE CASOS**

Sergio López Alcázar(1), Rafael Escudero Tornero(1), Andrés Vidal González(1), Elena Sendagorta Cudos(1), Mª Mercedes Petrino(2), Tristán Gabriel Sobral Costas(1), Esther Fiz Benito(1), Rafaela Souza de Moraes(1), José Ángel Amat Sánchez(1) y Francisco Vergara Barría(1) de (1)Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España.

La fascitis eosinofílica es una enfermedad incapacitante que provoca induración cutánea y fascial, con limitación funcional. El tratamiento estándar incluye corticoides y metotrexato, pero en casos resistentes, no hay consenso sobre las opciones de tratamiento posteriores. Se presenta el caso de una mujer de 60 años con fascitis eosinofílica, con síntomas sistémicos y refractaria a corticoides y metotrexato.

La paciente, con antecedentes de asma, mostró lesiones cutáneas y eosinofilia. Las pruebas serológicas fueron negativas, pero la biopsia confirmó la fascitis eosinofílica. Inicialmente tratada con corticoides y metotrexato, experimentó un empeoramiento con limitación para caminar. Dado su historial de asma no controlada, se optó por iniciar mepolizumab, un fármaco biológico anti IL-5. Tras un mes y medio de tratamiento, la paciente experimentó una mejora significativa, persistiendo cierta induración abdominal a los 6 meses.

Se revisaron casos de fascitis eosinofílica refractaria tratados con fármacos biológicos anti IL-4, IL-13 e IL-5. De 7 estudios con 9 pacientes (dupilumab, benralizumab, reslizumab y mepolizumab), la combinación con corticoides y/o inmunosupresores clásicos logró mejoras sustanciales con mínimos efectos secundarios.

En conclusión, la fascitis eosinofílica, al ser discapacitante, requiere un enfoque terapéutico enérgico. Aunque no hay consenso sobre las opciones de tratamiento posterior a corticoides y metotrexato, la patogenia centrada en los eosinófilos sugiere el uso lógico de fármacos biológicos, especialmente aquellos dirigidos contra IL-5. El caso presentado destaca el éxito del mepolizumab en un escenario refractario, subrayando la importancia de explorar opciones biológicas en casos resistentes de fascitis eosinofílica.

**PO-200** SÍNDROME DE RAYNAUD EN ESCLERODERMIA: TOXINA BOTULÍNICA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Ana María Antón Márquez(1), Teresa Lucía Vega López(1), Irene González Jiménez(1), María José García Gamero(1), Pilar Manchado López(1) y Ana Mateos Mayo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** El Fenómeno de Raynaud (FR) es un signo presente en la mayoría de pacientes con esclerodermia, siendo una de las condiciones que más impotencia y comorbilidad supone para los enfermos. Las opciones de tratamiento incluyen desde medidas no farmacológicas y fármacos vasodilatadores hasta la simpatectomía periarterial en los casos resistentes a tratamiento médico. La inyección de toxina botulínica tipo A (Btx-A) se ha postulado en los últimos años como una posible alternativa terapéutica.

**Caso Clínico:** Varón de 81 años diagnosticado hace 22 años de esclerodermia con afectación pulmonar y FR con úlceras digitales en tratamiento con nifedipino. Ante mal control de los síntomas, se decidió realizar tratamiento con inyecciones de toxina botulínica en los pliegues interdigitales. Se realizaron en dos ocasiones: la primera en primavera, con menos dolor y buena respuesta de las úlceras en los siguientes meses. La segunda tuvo lugar en diciembre, aunque con peores resultados una semana después de las inyecciones, apareciendo cianosis y dolor intenso que provocaba impotencia funcional. Por ello se intensificó su tratamiento basal con bosentan.

**Discusión:** La inyección de Btx-A ha demostrado mejoría en síntomas como el dolor, el entumecimiento y las úlceras digitales asociadas al FR primario en numerosos estudios. Sin embargo, en otros trabajos que estudiaban la eficacia en el FR secundario a esclerodermia los resultados no han sido tan prometedores, objetivando incluso un empeoramiento en la vascularización de los dedos. Algunos de los efectos secundarios descritos fueron dolor local y debilidad de la musculatura, ambos temporales. Además, en algunos casos los resultados parecieron estar influidos por el clima en el momento de la inyección, como podría haber pasado a nuestro paciente.

**Conclusión:** La inyección de Btx-A ha demostrado ser una alternativa interesante y segura en el FR resistente a los tratamientos convencionales. Sin embargo, conviene tener en cuenta la posibilidad de que los pacientes con FR secundario respondan menos y que el procedimiento no está exento de efectos secundarios.

**PO-201** ANIFROLUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO: EXPERIENCIA EN MÚLTIPLES CENTROS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Daniel Martín-Torregrosa(1), Miguel Mansilla-Polo(1), Rosa Ballester-Sánchez(2), Andrés Grau-Echevarría(3), Rebeca Alcalá-García(4), Miguel Navarro-Mira(1), Ignacio Torres-Navarro(1) y Rafael Botella-Estrada(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (3)Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España y (4)Servicio de Dermatología. Hospital de Sagunto, Valencia - España.

Anifrolumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe la subunidad 1 del receptor de interferón tipo I (IFNAR1), ha demostrado eficacia en el tratamiento de lesiones de lupus eritematoso cutáneo (LEC) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en diversos ensayos clínicos, aunque como objetivo secundario. Aprobado por la FDA en julio de 2021 y por la EMA en febrero de 2022, anifrolumab está indicado para el LES moderado a grave en pacientes que reciben terapia estándar. Desde su aprobación, han surgido múltiples informes que muestran casos de LEC refractario que presentaron una mejora significativa con anifrolumab.

Presentamos una serie de casos multicéntrica de LEC refractario tratados con anifrolumab en la que participaron varios hospitales de la Comunidad Valenciana. Todos los pacientes incluidos tenían confirmación histológica de LEC y no lograron un control adecuado de la enfermedad con múltiples terapias estándar, incluidos antipalúdicos, inmunosupresores (principalmente metotrexato, micofenolato de mofetilo) y belimumab. Anifrolumab se administró por vía intravenosa a una dosis de 300 mg cada 4 semanas durante un mínimo de 16 semanas. La respuesta al tratamiento se evaluó utilizando las herramientas CLASI y DLQI.

A falta de incorporar los datos de los pacientes de otros hospitales, la experiencia en nuestro servicio es excelente. Todos los pacientes que recibieron tratamiento con anifrolumab mostraron una rápida mejoría en las lesiones de lupus. Además, fue un fármaco bien tolerado y no se reportaron efectos adversos. Anifrolumab fue eficaz tanto en formas de LECS, como en formas de perniosis lúpica.

**PO-202** ENFERMEDAD DE KIKUCHI – FUJIMOTO COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO

Pedro Martínez Arredondo(1), Ángela del Espino Navarro Gilabert(1), José Antonio Parra Martín(2), Juan Manuel Morón Ocaña(1), Julia Clavijo Herrera(1) y Amalia Pérez Gil(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla - España.

**Introducción:** La Enfermedad de Kikuchi – Fujimoto (EKF) es una linfadenitis necrosante histiocítica de predominio en mujeres que se caracteriza por un curso autolimitado y una expresión clínica consistente en adenopatías y síntomas sistémicos similares a un cuadro gripal. La piel es el órgano extralinfático más frecuentemente afectado. En cuanto a su etiopatogenia, se sospecha un mecanismo autoinmune dada su asociación con el lupus eritematoso sistémico.

**Caso Clínico:** Mujer de 40 años con Enfermedad de Crohn asociada a espondiloartritis e hidrosadenitis supurativa bajo tratamiento con infliximab que, coincidiendo con inicio de metotrexato, acude a consulta por lesiones eritematosas y pruriginosas en áreas fotoexpuestas. Se realiza biopsia cutánea, se interrumpe metotrexato y se inicia tratamiento tópico con corticoides y tacrolimus. A nivel histológico se observa dermatitis de interfase de tipo vacuolar con infiltrado inflamatorio linfocítico – histiocitario que presenta imágenes de cariorrexis y positividad para CD123, realizándose diagnóstico de Enfermedad de Kikuchi – Fujimoto. En analítica de sangre se aprecia leve neutropenia, anticuerpos anti – nucleares positivos y descenso de C4. En body TC se informa de aumento del tejido adenoideo nasofaríngeo.

Posteriormente, se inicia hidroxiquina a raíz de la aparición de aftas bucales y alteraciones en cuero cabelludo. Un mes después se produce reaparición de las lesiones cutáneas que obligan a la suspensión de hidroxiquina, metotrexato e infliximab, así como a tratamiento

con pauta descendente de corticoides orales. Tras una semana se observa gran mejoría y se reinicia infliximab. Actualmente se encuentra realizando tratamiento tópico con corticoides y tacrolimus.

**Discusión:** Este caso muestra una Enfermedad de Kikuchi – Fujimoto probablemente secundaria a un lupus eritematoso sistémico con una expresión clínica caracterizada por una afectación mayoritariamente cutánea. La experiencia de este caso enfatiza la necesidad de un diagnóstico histopatológico y una evaluación continua de la respuesta terapéutica y de los posibles efectos adversos de los diferentes fármacos.

### PO-203 VESTIGIOS VIOLÁCEOS; CUANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA SARCOIDOSIS ESTÁ EN LA PIEL

Lucía Martínez Rozas(1), Diego de la Vega Ruiz(1), Joseph Simon Griffiths Achas(1), Diana Patricia Ruiz Genao(1), Marta Menéndez Sánchez(1), M<sup>a</sup> Uxúa Floristán Muruzábal(1), Giulia Greta Dradi(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiopatogenia desconocida que afecta frecuentemente a la piel. Las manifestaciones cutáneas pueden ser específicas, con formación de granulomas no caseificantes, o inespecíficas, destacando principalmente la paniculitis tipo eritema nodoso. Así, presentamos el caso de una mujer de 56 años que inicialmente fue diagnosticada de sarcoidosis con afectación cutánea y pulmonar, siendo tratada con corticoterapia sistémica. Dos años después, la paciente experimentó una agudización de su clínica cutánea, coincidiendo con un empeoramiento de su disnea basal. Ante la sospecha de una recidiva de su enfermedad, se procedió a biopsiar las lesiones de nueva aparición, consistentes en placas violáceas de unos dos centímetros de diámetro, circinadas, y de distribución parcheada, en tronco, extremidades y cara. El estudio anatomopatológico evidenció la presencia de granulomas no caseificantes, permitiendo identificar estas lesiones como específicas de sarcoidosis y confirmar la sospecha diagnóstica.

En definitiva, las lesiones cutáneas de la sarcoidosis son una manifestación clínica accesible que, en ocasiones, puede facilitar el diagnóstico de esta entidad.

### PO-204 INHIBIDORES JAK EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL AMIOPÁTICA Y SUS COMPLICACIONES

Marta Menéndez Sánchez(1), Elena Naz Villalba(1), Javier Martín Alcalde(1), M<sup>a</sup> Uxúa Floristán Muruzábal(1), Giulia Dradi(1), Natalia Bueno Betes(1), Sara de Benito Mendieta(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una conectivopatía sistémica infrecuente en la edad pediátrica.

Presentamos una paciente de 18 años de edad sin antecedentes familiares de interés, que acudió a nuestra consulta a los 13 años por lesiones cutáneas faciales, en dorso de manos, codos y rodillas de años de evolución. No presentaba sintomatología sistémica.

En la exploración física destacaba un eritema malar y palpebral, y lesiones papulosas en dorso de articulaciones interfalángicas de manos. La analítica no presentaba alteraciones, siendo negativos los ANA, Anti SS-A, Anti SS-B, Anti RNP, Anti SCL-70, Anti SM... las transaminasas y las enzimas musculares fueron normales. Ante los hallazgos cutáneos patognomónicos y una biopsia cutánea compatible con una conectivopatía, se llegó al diagnóstico de DMJ.

En la RMN no se hallaron datos de edema muscular. Ante la ausencia de clínica muscular, normalidad de enzimas musculares y los hallazgos del EMG se clasificó como dermatomiositis juvenil clínicamente amiopática (DMJA) en su variante hipomiopática. El estudio de anticuerpos específicos de miositis (Anti-Jo1, Anti-MI2, MDA5, NXP-2, TIF-1), no reveló ninguna positividad.

Se inició tratamiento con hidroxicloroquina, que fue suspendida por la aparición de pigmentación grisácea facial y fue sustituido por metotrexato subcutáneo. A los 6 meses de tratamiento con metotrexato, comenzaron a aparecer lesiones induradas subcutáneas en muslos. Con la sospecha de calcinosis se realizó una serie ósea que confirmó el diagnóstico, evidenciando numerosas calcificaciones subcutáneas en pelvis, codos y miembros inferiores. Se solicitó un nuevo estudio de afectación muscular, siendo normales tanto las enzimas musculares como la RMN, a excepción de las calcificaciones descritas. Se decidió iniciar tratamiento con tofacitinib como uso compasivo. Tras 12 meses la clínica cutánea se ha resuelto y las lesiones de calcinosis han mejorado tanto clínica como radiológicamente.

Durante la evolución de la DMJA, pueden aparecer complicaciones como la calcinosis, de ahí la importancia de su reconocimiento temprano para iniciar un tratamiento adecuado. Aunque son necesarios más estudios, existen varias publicaciones que avalan el uso de inhibidores JAK para estabilizar las lesiones.

### PO-205 SÍNDROME DE LUPUS NEONATAL ASOCIADO A ANTICUERPOS U1RNP

Andrea Monedero de la Orden(1), José Antonio Llamas Carmona(2), Rubén Muriel Cantarero(1), Alejandro Arroyo Córdoba(1), Daniel Jesús Godoy Díaz(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España y (2)Dermatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga - España.

**Introducción:** El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una enfermedad infrecuente del recién nacido debido al paso transplacentario de anticuerpos maternos anti-Ro/SSA, anti-La/SSB y/o anti-U1RNP, que provoca lesiones cutáneas y bloqueo cardíaco fundamentalmente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un lactante de 1 mes de edad, que acudió a nuestra consulta con una historia de placas anulares eritematosas, ligeramente descamativas de 1 semana de evolución, localizadas en cara y tórax. Su madre tenía antecedentes de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. No tuvo brotes durante el embarazo y no tomaba tratamiento.

La analítica del paciente mostró anemia Coombs negativa (10,2 g/dl) y trombocitopenia (55000 × 10<sup>9</sup>/L). Los estudios fueron positivos para anticuerpos antinucleares (título de 1:320 en patrón moteado) y muy positivos para anticuerpos anti-U1RNP. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal.

En la analítica de la madre, los ANA y los anti-U1RNP fueron positivos a títulos altos.

Se realizó un diagnóstico clínico de lupus eritematoso neonatal (LEN). Se pautó tratamiento con hidrocortisona tópica una vez al día durante 3 semanas y evitar la exposición al sol. A los 3 meses, las lesiones del paciente se habían resuelto y las alteraciones en la analítica sanguínea se normalizaron, incluidos los autoanticuerpos.

**Discusión:** El desarrollo de LEN debido a la transferencia placentaria de anticuerpos anti-RNP de una madre negativa para anticuerpos anti-SSA/SSB es raro, ya que solo se han descrito 20 casos en la literatura.

Las manifestaciones clínicas del LEN se producen por el paso transplacentario de autoanticuerpos maternos dirigidos frente a los tejidos que presentan antígenos asociados a ARN como Ro/SSA y muy raramente La/SSB o U1 RNP. El 50 % de los pacientes sintomáticos presentan manifestaciones cutáneas y el otro 50 %, manifestaciones cardíacas; ambos coexisten en el 10 % de los casos. Otras manifestaciones descritas incluyen alteraciones hepáticas, hematológicas, neumonitis, esplenomegalia, diarrea hemorrágica, prematuridad y bajo peso al nacer.

### PO-206 PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE HAILEY HAILEY

José Juan Parra García(1), Marta Segado Sánchez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Diego López Martínez(1), Julia Román Gómez(1), María Castillo Landete(1), Ana López Mateos(1), Esther García Martínez(1), Miguel Lova Navarro(1), Ana Mercedes Victoria Martínez(1), Carolina Pereda Carrasco(1), Teresa Martínez Menchón(1), Raúl Corbalán Vélez(1) y Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España.

**Introducción:** La Enfermedad de Hailey-Hailey es una rara dermatitis ampollosa de herencia autosómica dominante, penetrancia completa y expresividad variable. Clínicamente presenta vesículas o ampollas sobre una base eritematosa que produce erosiones, fisuras y crecimiento vegetante. Afecta a zonas intertriginosas de forma simétrica y son habituales las complicaciones como sobreinfecciones y maceración. Durante el tratamiento, que incluye tópico, sistémico, así como técnicas más invasivas, pueden aparecer complicaciones, como el caso de la paciente expuesta que añade una pustulosis aguda a su enfermedad de base.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años, diagnosticada de Enfermedad de Hailey-Hailey desde hace años, aceptablemente controlada con Acitretina y Doxiciclina hasta 2022, momento en el que tiene que suspenderse Acitretina por alteraciones lipídicas y hepáticas. Desde entonces ha encadenado brotes y sobreinfecciones, recibiendo tratamiento con corticoides sistémicos, tópicos, Ciclosporina, Metotrexato, Dupilumab, Levofloxacino y Minociclina, consiguiendo control satisfactorio solamente con ciclosporina, que tuvo que interrumpir por nueva alteración de la función hepática. Los tratamientos locales como terapia fotodinámica e infiltración de toxina botulínica fueron mal tolerados por la paciente. En el último brote se recurre de nuevo a la Minociclina, sin respuesta adecuada.

Tres semanas después de acabar dicho tratamiento, acude a urgencias por exantema pustuloso en tronco y cara interna de los muslos de menos de una semana de evolución, que, en el momento de la exploración comienza a descamar en las zonas más periféricas.

Tras realización de biopsia y analítica, se decide iniciar corticoterapia oral en pauta descendente, consiguiendo mejoría de las lesiones agudas.

Se diagnostica de pustulosis exantemática generalizada aguda secundaria al tratamiento de su enfermedad de base con Minociclina.

**Conclusiones:** La Enfermedad de Hailey-Hailey supone un reto terapéutico, siendo en ocasiones complicado alcanzar el control de las lesiones cutáneas sin provocar toxicidad a otros niveles que hagan necesario el cese del tratamiento.

Así mismo, son posibles las complicaciones a nivel cutáneo, no solo las infecciosas, sino también las farmacoinducidas, lo que dificulta aún más el control de esta genodermatosis.

### PO-207 DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 20 CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Francisco Javier Pérez Bootello(1), Amanda Rodríguez Villena(2), Jorge Naharro Rodríguez(1), Ruth del Cristo Cova Martín(1), María González Ramos(1), Luis Alfonso Pérez González(1), Emilio Berna Rico(1) y María Asunción Ballester Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es un patrón clínico-patológico de dermatitis granulomatosa que se caracteriza por la formación de placas eritematosas, a menudo de forma anular o de cordones lineales (cord sign), preferentemente en flancos, axilas, nalgas, cara interna de muslos e ingles. Presenta un patrón histológico típico de «rosetas» pequeñas de histiocitos en empalizada alrededor de pequeños focos aislados de colágeno degenerado en el seno de un infiltrado intersticial dérmico denso de neutrófilos y eosinófilos.

Se asocia típicamente a enfermedades autoinmunes, aunque en ocasiones puede verse en contexto de neoplasias y exposición a fármacos.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se analizaron los datos clínicos de 20 pacientes en seguimiento por el Servicio de Dermatología entre 2003 y 2023.

**Resultados:** Presentamos los datos de 7 varones y 13 mujeres con una edad media al debut de 54.9 años (21 – 76). El 80% de los pacientes (16/20) debutó con lesiones en alguna de las localizaciones típicas: tronco, axilas, ingles, muslos o glúteos; siendo la región más afectada la de ingles-glúteo-muslos, encontrándose afectada esta zona la mitad de los pacientes de nuestra serie. El 20% de los pacientes presentó afectación exclusiva de localizaciones más distales, a nivel de manos y/o tobillos. No se identificó el cord sign en ningún paciente.

El desencadenante al que se atribuyó la enfermedad fue en la mayoría de los casos (55%) una enfermedad autoinmune concomitante, en un 20% de los casos una neoplasia hematológica maligna, un 15% se atribuyó a fármacos y en un 10% de los casos no se identificó enfermedad subyacente en el seguimiento. El diagnóstico de la DGI precedió al de la neoplasia hematológica y la enfermedad autoinmune en 3 de los 4 y en 2 de los 11 casos, respectivamente.

La mayoría de los pacientes (15/18) presentaron resolución completa con el control de su enfermedad de base o la retirada del fármaco sospechoso asociando únicamente tratamiento sintomático con corticoides orales o tópicos.

**Conclusiones:** La DGI es una enfermedad poco frecuente que debe ser tenida en cuenta en un contexto de coexistencia de enfermedades autoinmunes. Por otro lado, si se trata de un hallazgo aparentemente aislado, es recomendable realizar un estudio de extensión para la detección precoz de patología asociada.

PO-208

ERUPCIÓN FOTODISTRIBUIDA EN UN PACIENTE CON PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA TRATADO CON SECUKINUMAB

Anton Emilov Popov Popov(1), Vicente Peris Espino(1), Elena del Alcázar Viladomiu(1), Lourdes Mateo Soria(2), Ariadna Quer Pi-Sunyer(3) y José Manuel Carrascosa Carrillo(4) de (1)Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (2)Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España y (4)Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona (Barcelona) - España.

Presentamos el caso de un varón de 64 años con psoriasis y artritis psoriásica con antecedentes de pérdida de respuesta a adalimumab que inició tratamiento con secukinumab. Al cabo de tres meses de iniciar tratamiento, coincidiendo con el principio del verano, consulta por una erupción maculopapular confluyente en zonas fotoexpuestas. En el estudio analítico destacaban linfopenia, plaquetopenia y ANA 1/640 (patrón homogéneo). El estudio histológico mostró dermatitis perivasculas superficial y media con depósito intersticial de mucina y daño vacuolar basal.

La suspensión de secukinumab, bajo la propuesta diagnóstica de LEC inducido por el inhibidor de IL-17, junto con tratamiento con corticoides tópicos, fotoprotección y evitación de la exposición solar, se acompañó de una rápida mejoría.

Aunque son los inhibidores del TNF los medicamentos biológicos más frecuentemente asociados al LEC inducido por fármacos, se han descrito casos por anti-IL-17 o anti-IL-12/23. Los mecanismos inmunopatogénicos son poco conocidos, aunque parecen tener que ver con la desregulación inmunológica que ocurre en algunos pacientes al inhibir citocinas clave del proceso inflamatorio.

PO-209

ANIFROLUMAB: UNA NUEVA ERA PARA EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO REFRACTARIO

Iolanda Prats Caelles(1), Tatiana Cobo Ibáñez(2), Abraham Santacruz Martín(3), Luis Feito Sancho(3), Dulce M<sup>a</sup> Arranz Sánchez(3) y Ricardo Valverde Garrido(3) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Reumatología y (3)Dermatología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** El lupus eritematoso cutáneo (LEC) es un trastorno crónico autoinmune, que se caracteriza por su gran diversidad de manifestaciones clínicas en la piel. En todas sus variedades clínicas, hay un hiperexpresión de la familia de los interferones, que se correlaciona con el grado de actividad y severidad de la enfermedad.

El curso evolutivo del LEC puede ser tórpido y el arsenal terapéutico para su manejo, con fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores, puede ser insuficiente para su remisión. Las lesiones cutáneas del LEC pueden impactar muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Los excelentes resultados de anifrolumab en el lupus eritematoso sistémico, han abierto una nueva vía de tratamiento para el LEC recalcitrante.

**Casos Clínicos:** Se presentan dos casos clínicos de lupus eritematoso cutáneo, de años de evolución, refractarios a diferentes líneas de tratamiento. En ambos casos, se instauró tratamiento con anifrolumab con mejoría espectacular de las lesiones cutáneas.

**Discusión:** El LEC refractario es una condición cutánea con un arsenal terapéutico limitado. Recientemente se ha aprobado la indicación de anifrolumab en el lupus eritematoso sistémico. Anifrolumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo inmunoglobulina G1 kappa (IgG1κ) que se une a la subunidad 1 del receptor del interferón de tipo I (IFNAR1) con gran especificidad y afinidad. Esta unión disminuye los niveles de IFN tipo I regulando los procesos inflamatorios e inmunológicos del lupus eritematoso. La mejoría de las lesiones cutáneas de los pacientes con LES en tratamiento con anifrolumab observadas en los estudios Fase III, ha generado varias publicaciones con series de pocos pacientes con LEC, sin afectación sistémica. Prácticamente todos los casos reportados en la literatura, han evidenciado el control y estabilización de las lesiones cutáneas a las pocas semanas de iniciar el tratamiento con anifrolumab.

**Conclusión:** Presentamos nuestra experiencia en el manejo del LEC refractario con anifrolumab. El desarrollo de tratamientos dirigidos para el LES puede abrir la puerta a intervenciones terapéuticas más precisas en el LEC. Para avanzar hacia opciones de tratamiento personalizadas, es necesario comprender mejor las vías moleculares y los factores individuales que mantienen la enfermedad.

PO-210

MUCINOSIS PRIMARIA DÉRMICA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Alicia Quesada Cortés(1), Raquel Pérez Mesonero(1), Cristina Guirado Koch(1), Ileana Medina Expósito(2) y Laura M. Pericet Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

Las mucinosis cutáneas son un grupo heterogéneo de trastornos por acumulo anormal de mucina de forma primaria o secundaria asociada a otros procesos. Las mucinosis primarias se clasifican en degenerativas-inflamatorias (pueden ser dérmicas o foliculares) y en hamartomas-neoplásicas. Se han descrito asociadas a múltiples patologías, especialmente paraproteinemias, conectivopatías, patología tiroidea y diabetes mellitus.

Presentamos el caso de un varón de 71 años con antecedentes de celiaquía y DM-II, que consulta por prurito en cuero cabelludo asociado a seborrea y notando un aumento de grosor de la piel de la región fronto-temporal, parietal y del vértex de forma difusa y abullonada, con



Detalle de la frente al presionar lateralmente

engrosamiento de los pliegues cutáneos al presionar y sin que se aprecien alteraciones inflamatorias epidérmicas ni alopecia asociada. No presentaba lesiones en otras áreas de tronco ni acrales, ni las ha desarrollado a lo largo de la evolución.

El estudio ecográfico no reveló alteraciones, y en la biopsia cutánea se evidenció separación de los haces de colágeno en dermis y presencia de mucina con azul alcian tanto en dermis superficial como profunda con un discreto infiltrado inflamatorio intersticial con algunos mastocitos. La IFD fue negativa. Se solicitó analítica incluyendo proteinograma, recuento de Ig, EEF de sangre y orina, autoinmunidad, perfil glucémico y tiroideo, serologías y marcadores tumorales.

Además estudio de GH y de IGF-1 por rasgos acromegálicos del paciente, que resultan en el límite alto de la normalidad solicitándose por ello RMN de hipófisis donde se detecta un microadenoma hipofisario. Los niveles de cortisol se muestran ligeramente elevados con ACTH normal y sin presentar el paciente rasgos cushingoides. La radiografía de tórax muestra cambios de tipo bronconeumopatía crónica.

A propósito de este caso de localización poco habitual de mucinosis dérmica y asociado a microadenoma hipofisario, se revisan las diferentes formas clínicas y el amplio espectro de asociaciones según la forma de presentación, discutiendo sobre si nuestro caso se engloba en una variante localizada de liquen mixedematoso o de escleredema diabetorum, así como el diagnóstico diferencial que se nos planteó con entidades como el cuero cabelludo lipedematoso o el cutis verticis gyrata.

### PO-211 SÍNDROME ESCLERODERMIFORME A ESTUDIO

Lluís Rusiño(1), Elena Carmona-Rocha(1), Gemma Camiña-Conforto(1), Lluís Puig(1) y Esther Roé Crespo(1) de (1)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Caso clínico:** Mujer de 73 años, sin antecedentes destacables, que consulta a dermatología por pérdida de peso y endurecimiento cutáneo generalizado de 6 meses de evolución, con afectación de abdomen, espalda y extremidades.

A la exploración, destaca en brazos el signo del surco y aspecto en piel de naranja. La cara, manos y pies se hallan respetados. No presenta ulceraciones, esclerodactilia, ni microstomía. Niega fenómeno de Raynaud, así como exposiciones laborales a polvos o RM previas.

Inicialmente, se orienta el caso como una posible fascitis eosinofílica, realizando biopsia cutánea en huso, en la que se observa engrosamiento septal del panículo adiposo y leve infiltrado linfohistiocitario en dermis, sin otros hallazgos destacables. La analítica no muestra alteraciones y el estudio de autoinmunidad es negativo. Se realiza una RM corporal que muestra engrosamiento de panículo adiposo sin afectación de la fascia muscular, y un PET-TC sin hallazgos patológicos.

Ante los hallazgos descritos, se realiza el diagnóstico de morfea profunda generalizada. Se inicia prednisona a 60mg/día en pauta descendiente y metotrexato (MTX) a 15mg/semana, presentando leve mejoría del endurecimiento cutáneo a las 2 semanas. Sin embargo, al disminuir la prednisona a 20mg/día, presenta empeoramiento clínico, requiriendo aumentar el MTX a 25mg/semana. La paciente se encuentra actualmente pendiente de control evolutivo.

**Discusión:** La morfea, o esclerodermia localizada, es una enfermedad inflamatoria que conduce a la esclerosis de la piel y tejidos subyacentes. En la "morfea profunda", la esclerosis ocurre en dermis profunda, pudiendo afectar el panículo adiposo e incluso fascia y músculo. El término "generalizada" hace referencia a la amplia extensión de la afección (más de 2 áreas anatómicas). Clínicamente, se diferencia de la esclerosis sistémica por la ausencia de afectación facial, esclerodactilia, ulceraciones, alteraciones en la capilaroscopia y fenómeno de Raynaud. El manejo de la morfea profunda generalizada supone un reto terapéutico. Las guías proponen corticoides sistémicos y MTX como primera línea, reservando el micofenolato de mofetilo como segunda opción. Otros tratamientos descritos en la literatura, con beneficio limitado, incluyen hidroxicloroquina, apremilast, roflumilast o rituximab, entre otros.

### PO-212 SIGNO DE CARTUCHERA Y DE GOTTRON: UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE UN LUPUS CUTÁNEO

Alejandro Sánchez Herrero(1), Elia Samaniego González(1), José Castiñeiras González(1) y Ana Isabel de la Hera Magallanes(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León (León) - España.

**Introducción:** El signo de holster o de la cartuchera (poquiodermia localizada en cara externa de los muslos) y el signo de Gottron (maculas liquenoides en rodillas y codos) son signos clásicos de la dermatomiositis, su presencia es mucho más rara en el contexto de un lupus cutáneo.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 64 años, con historia de hipotiroidismo autoinmune, que acude a consulta por presentar los últimos diez inviernos lesiones cutáneas localizadas en cara externa de los muslos y cara interna y anterior de rodillas, asintomáticas y autorresolutivas pero con brotes más intensos cada año. No refería la práctica ecuestre ni tampoco uso de motocicleta los meses de frío, tampoco clínica sistémica ni debilidad muscular.

Se realiza una biopsia con una dermatitis de interfase con engrosamiento de la basal y amplios depósitos de mucina compatible con una colagenosis. En la analítica de sangre se encontró anticuerpos antinucleares positivos 1/80 de patrón moteado con antiRo positivos. En biopsia glándula salival se compatible con una enfermedad de Sjögren.

Resto de estudios como complemento, autoanticuerpos de miositis, crioglobulinas, anticuerpos antifosfolípido, enzimas musculares, capilaroscopia y electromiograma negativas. Durante los meses más cálidos, la paciente mejora de las lesiones de las piernas con aparición de



Foto 1

lesiones en cara, nariz, orejas y dorso de manos que sugieren un lupus cutáneo. El tratamiento con hidroxicloroquina y amlodipino controla parcialmente las lesiones cutáneas, por lo que actualmente también se ha añadido metotrexato a su tratamiento.

**Discusión:** La presencia de poiquilodermia en zonas fotoexpuestas, en codos, rodillas o en las cartucheras, es un signo que nos suele llevar al diagnóstico clínico de la dermatomiositis. La presencia de poiquilodermia en el lupus es menos frecuente, se suele describir más rojiza que violácea y suele asentar en estos casos en zonas fotoexpuestas y las lesiones más típicas que presentan estos pacientes en invierno son las pernióticas o vasculopáticas.

El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes sistémicas es complejo y sus manifestaciones se solapan ocasionalmente. Presentamos lo que para nuestro conocimiento es la primera descripción de un lupus cutáneo que se presenta con el signo de la cartuchera y de Gottron, para que se incluya en el diagnóstico diferencial de estas lesiones.

### PO-214 ESCORBUTO, ¿UNA ENFERMEDAD DEL PASADO?

Rosalía Toledo Cañaveras(1), Teresa López Bernal(1), María Castillo Gutiérrez(1), Inés Segovia Rodríguez(1), Alberto Guerrero Torija(1), Pedro Pablo García Montero(1) y Beatriz Aranegui Arteaga(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España.

**Introducción:** El escorbuto es una enfermedad secundaria al déficit de vitamina C. En un pasado se asociaba a los marineros, por la escasa ingesta de frutas y verduras, sin embargo, aún podemos detectarlo en la actualidad. Engloba diversas manifestaciones sistémicas, pero existen ciertos signos cutáneos determinantes para sospecharlo.

**Caso clínico:** Varón de 56 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de Dermatología por disminución del vello corporal de seis meses de evolución, respetando el cuero cabelludo y la región facial. En la exploración física el paciente presentaba hiperqueratosis folicular en la cara lateral de las extremidades, con la presencia de pelos "en sacacorchos" en la dermatoscopia manual. Ante la sospecha de escorbuto se solicitaron los niveles de vitamina C, con valores de 0.09 mg/dl que confirmaron la sospecha clínica. Se indicó la suplementación de vitamina C junto con recomendaciones dietéticas, con total recuperación del cuadro en la revisión a los tres meses.

**Discusión:** La vitamina C o ácido ascórbico es una vitamina hidrosoluble esencial, de aporte exógeno que se encuentra en frutas y verduras. Aportes inferiores a 75 mg/día en mujeres y 90 mg/día en hombres, mantenidos durante dos a cuatro meses pueden dar lugar al cuadro conocido como escorbuto. Este se caracteriza por síntomas sistémicos, alteraciones gingivales, equimosis, petequias, xerosis y mala cicatrización de las heridas. Son características las pápulas foliculares hiperqueratósicas con hemorragia perifolicular y pelos "en tirabuzón", siendo este último signo clave en el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones. El diagnóstico de confirmación se realiza determinando los niveles de ácido ascórbico plasmático o leucocitario. No obstante, un correcto aporte de vitamina C es suficiente para la confirmación y resolución del cuadro.

**Conclusión:** El escorbuto asocia manifestaciones cutáneas claves para su diagnóstico. A pesar de ser una enfermedad del pasado poco frecuente en nuestro medio, ciertos factores de riesgo como el bajo nivel socioeconómico, el alcoholismo, las dietas restrictivas, determinadas alteraciones gastrointestinales (...) hacen que debamos seguir teniéndola en mente en pleno siglo XXI.

### PO-215 MÁCULAS QUE TOCAN EL CORAZÓN, ¿O VICEVERSA?

Javier Torres Marcos(1), Clara Chiloeches Fernández(1), Isabel Zapata Martínez(1), José María Camino Salvador(1), Alicia Martínez Fernández(1) y Esther de Eusebio Murillo(1) de (1)Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España.

**Introducción:** El mixoma auricular es el tumor cardíaco primario más frecuente, aunque sigue siendo una enfermedad rara. Es de difícil diagnóstico dada la ausencia de síntomas específicos y puede simular una vasculitis sistémica. La piel es uno de los órganos donde se manifiesta y puede resultar de gran ayuda en la sospecha diagnóstica de esta afección.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente mujer de 50 años ingresada en la planta de cardiología por taquicardia supraventricular sin otra sintomatología cardiopulmonar acompañante. Además, presentaba una clínica de lesiones cutáneas en plantas y palmas recurrentes e intermitentes acompañadas de dolor y fatiga desde hace 6 meses. Como antecedentes personales es fumadora de 20 cigarrillos/día y tuvo una tiroidectomía total por tiroides multinodular en tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

A la exploración física presentaba máculas eritematovioláceas atenuadas no descamativas en planta y cara medial de los pies. La paciente no presenta léntigos, ni nevus azules, ni lesiones sugerentes de mixoma cutáneo. La auscultación cardiopulmonar era rítmica sin soplos sobreañadidos y las constantes fueron normales.

Analíticamente no presentaba hallazgos reseñables, con un electrocardiograma y radiografía de tórax sin hallazgos. Se realizó un ecocardiograma observando una masa pediculada de 4,5x2 cm.

**Discusión:** Las manifestaciones clínicas del mixoma auricular se pueden clasificar en tres formas: síntomas cardíacos (palpitaciones, dolor torácico, síncope, fallo cardíaco), síntomas sistémicos (fiebre, pérdida de peso, artralgias) y fenómenos embolígenos (cerebrales o en extremi-

dades). A nivel cutáneo la afectación es muy diversa, y además de las manifestaciones asociadas al mixoma cardíaco en el complejo Carney (nevus azules, mixomas mucocutáneos, léntigos), existen manifestaciones asociadas a los émbolos mixoides como hemorragias en astilla, máculas livedoides, pápulas acrales eritematosas, livedo reticularis, petequias acrales, úlceras o isquemia digitales, fenómeno de Raynaud o erupción eritematosa malar. La biopsia cutánea suele ser inespecífica y poco rentable, visualizando los émbolos en pocas ocasiones.

**Conclusión:** Los dermatólogos pueden apoyar el diagnóstico del mixoma cardíaco gracias a las manifestaciones cutáneas, y se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de entidades que imitan a vasculitis.

**PO-216** ESCLERODERMIA LOCALIZADA JUVENIL: SERIE DE CASOS

Elisabeth Vanrell Büse(1), Aniza Giacaman Contreras(1), Carlos Manuel Martorell Moreau(1), Laura Moreno Hernández(1), María Nazaret Olmos García(1), María Concepción Mir Perelló(2), Amelia Muñoz Calonge(2) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Dermatología y (2)Pediatría. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

La esclerodermia localizada juvenil o morfea, es una enfermedad inflamatoria esclerosante de la piel que cursa con atrofia de los tejidos. La incidencia es de solo 0,3-2,7/100.000 niños y representa la forma más frecuente de esclerodermia en la infancia. Puede extenderse hacia la fascia, el músculo e incluso al hueso subyacente y producir manifestaciones extracutáneas como la afectación articular, neurológica u oftalmológica.

Presentamos una serie de 11 pacientes diagnosticados de morfea en nuestro centro en los últimos 10 años. El 83% eran mujeres, un 66% de origen caucásico. La edad media al inicio de la enfermedad fue de 4.6 años (0-11) y el tiempo medio de demora del diagnóstico fue de 1.5 años. El subtipo de morfea más frecuente fue la lineal (50%), seguido de la forma circunscrita (33%) y generalizada (17%). La mitad de los pacientes presentaban afectación de la cabeza, un 67% del tronco y un 33% de las extremidades. Ningún paciente presentó afectación neurológica, pero dos presentaron afectación oftalmológica y otros dos articular.

Se objetivaron ANA+ en 5 pacientes. Un 75% de los pacientes realizaron tratamiento con metotrexato, que de forma inicial se asociaba a corticoides sistémicos. En dos pacientes se utilizó micofenolato y en otros dos tocilizumab. Todos habían utilizado corticoides tópicos y el 83% también inhibidores tópicos de la calcineurina. En relación a los efectos adversos, hubo dos casos de intolerancia digestiva y uno de infecciones respiratorias de repetición con metotrexato. A todos los pacientes se les aplicó la escala LoSCAT en la visita de inclusión a la recogida de datos (con mínimo 1 año de tratamiento). La media de LoSAI fue 2.9 (0-12), de LoSDI fue 13.7 (5-28), PGA-A de 10 (0-40) y PGA-D de 37.7 (5-80). La media de DLQI fue de 4 (0-10), aunque varios pacientes referían importante afectación psicológica en años previos. Entre las comorbilidades destacan 2 casos de artritis idiopática juvenil, uno de lupus sistémico, uno de vitíligo, uno de psoriasis y dos de migraña no asociadas a afectación cefálica.

En nuestra serie, un elevado porcentaje de pacientes presentan comorbilidades y manifestaciones extracutáneas, probablemente por tratarse de un hospital de tercer nivel. Consideramos que los bajos valores en las escalas de gravedad son debidos a que se realizaron cuando los pacientes ya estaban correctamente tratados.

ZONA PÓSTER

ENFERMEDADES VASCULARES Y VASCULITIS

**PO-217** VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO: UN NUEVO CASO DE UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA

Xabier Atxutegi Ayesta(1), Olatz Lasa Elgezua(1), Joel Sanz Casero(2), Manuel Pascual Ares(1), Joseba Ugedo Alzaga(1), Rebeca Pérez Blasco(1) y Nerea Agesta Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Urología. Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España.

**Caso Clínico:** Varón de 21 años que acudió a la Urgencia por fiebre y úlceras escrotales recientes. No presentaba otra clínica, no tenía contactos sexuales de riesgo y como antecedente destacaba únicamente el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda 10 días antes. A la exploración, presentaba una úlcera escrotal negruzca de 10x20 mm, dolorosa a la palpación y de borde eritematoso, sin otros hallazgos.

La analítica mostró elevación de PCR, PCT, leucocitosis y neutrofilia y los cultivos y serologías fueron negativos. Se realizó una interconsulta a Urología, quienes ante la ausencia de mejoría con tratamiento médico a las 24 horas procedieron a la escisión de la úlcera y colocación de un drenaje.

Durante el posterior ingreso, se realizó una biopsia del borde de la herida con resultado compatible con vasculitis gangrenosa juvenil del escroto (VGJE). El paciente evolucionó de forma favorable con buen estado de la lesión.

**Revisión bibliográfica:** La VGJE es una entidad poco frecuente con menos de 30 casos publicados.

Se trata de una causa idiopática de escroto agudo que aparece bruscamente en varones jóvenes sanos. Al menos la mitad de los casos, presentan una faringoamigdalitis aguda en las tres semanas previas. Lo mas frecuente es la aparición de fiebre junto a úlceras escrotales (de una a cinco), bien delimitadas, redondeadas, dolorosas y no supurativas en ausencia de otras alteraciones locales como edema, adenopatías, lesiones testiculares o epididimarias.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, en la elevación de los reactantes de fase aguda y en la negatividad de los cultivos (úlceras, orina, sangre) y serologías (agentes causantes de ITS, VEB, influenza, etc.). La biopsia puede mostrar signos inespecíficos de capilaritis, siendo lo más frecuen-

te la combinación de necrosis epidérmica con un infiltrado neutrofílico dérmico. El diagnóstico diferencial se debe hacer con otras causas de úlcera escrotal aguda (ITS, gangrena de Fournier, etc.).

Suele resolverse completamente en menos de un mes, de forma espontánea o tras tratamiento médico, sin recidivas. Sin embargo, en ocasiones se recurre a un abordaje quirúrgico debido al diagnóstico tardío de la entidad y su similitud al debut con la gangrena de Fournier.

**Conclusión:** Presentamos un nuevo caso de VGJE y una revisión de la bibliografía, señalando la similitud de esta entidad con la úlcera de Lipschütz en mujeres jóvenes.

**PO-218 GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS ... ¿INDUCIDA POR COCAÍNA?**

María José Carrera Hernández(1), Obdulia Agustina García Olmedo(1), Manuel García Rivas(2), Juan José Amorós Oliva(1), Cristina Romera de Blas(1), María Cotarelo Hernández(1), Natalia Aranda Sánchez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1), Paula Blázquez Pérez(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

Varón de 44 años que consulta en urgencias por lesiones cutáneas pruriginosas en miembros inferiores de cinco meses de evolución. La aparición de las lesiones se había visto acompañada de alteraciones sensitivas a modo de parestesias e hipoestesia en ambos pies, dificultad para la movilización de uno de ellos, y parestesias en la mano derecha. Como antecedentes de interés, es alérgico al ácido acetilsalicílico, exfumador, consumidor de alcohol y de cocaína (0.5-1 gramo diario).

Se trata de placas infiltradas violáceas y lesiones úlcero-costrosas de localización pretibial y en dorso de ambos pies. El estudio analítico realizado mostró elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con intensa eosinofilia así como positividad para anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) con patrón c-ANCA IgG anti proteinasa 3 (PR3); y la radiografía de tórax mostró opacidades «en vidrio deslustrado» de distribución periférica. Además, el paciente presentaba un engrosamiento de la mucosa nasal de larga evolución, que fue biopsiado por parte de otorrinolaringología (ORL). Las alteraciones sensitivo-motoras fueron valoradas por neurología con diagnóstico de mononeuritis múltiple.

Se realizó biopsia cutánea de una lesión, mostrando focos de necrosis con hipervascularización y eosinófilos tisulares, ausencia de trombos intravasculares ni granulomas. Se ingresó con sospecha de vasculitis tipo granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPEA) con afectación cutánea, ORL, respiratoria y neurológica; y recibió tratamiento con corticoides intravenosos a dosis de 1 miligramo por kilo por día, así como corticoides tópicos, con mejoría de los síntomas.

La GPEA es una vasculitis necrotizante de pequeño y mediano vaso que afecta a pacientes entre 40-60 años. Su diagnóstico es clínico y se ve apoyado por unos criterios clasificatorios. Su etiología es incierta, habiéndose relacionado con la exposición a alérgenos o antígenos inhalados. En la literatura existen escasos casos que se hayan achacado al consumo de cocaína, como parece ser el caso de nuestro paciente, aunque es bien conocida la relación entre el consumo de esta droga y el desarrollo de vasculitis asociadas a ANCA (VAA).

Destacamos la GPEA como una entidad infrecuente que puede verse asociada al consumo de cocaína dentro del espectro de VAA, y la importancia de las lesiones cutáneas en su diagnóstico.

**PO-219 VASCLITIS POSINFECCIOSA CON AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA**

Rúben Costa(1), Helena de Oliveira(2), Patrícia Gomes(1), Gilberto P. da Rosa(1), Ana Paula Cunha(1), Marta Patacho(2), Jorge Almeida(2) y Filomena Azevedo(1) de (1)Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Medicina Interna. Hospital São João, Oporto (Porto) - Portugal.



*Vasculitis (ampollas hemorrágicas y petequias digitales)*

La vasculitis se define por la presencia de leucocitos en las paredes de los vasos sanguíneos, causándoles daño con pérdida de la integridad del vaso, provocando sangrado y, si se alcanza el lumen, puede provocar isquemia y necrosis tisular distal al sitio afectado. La vasculitis puede ocurrir como un proceso primario o secundario.

Paciente de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca de etiología hipertensiva, ingresa al servicio de Medicina Interna por púrpura palpable que afecta las extremidades con ampollas hemorrágicas y petequias digitales asociadas compatibles con vasculitis. Historia de infección de vías respiratorias superiores en la semana anterior a las lesiones cutáneas, sin cambios recientes de medicación. Se realizó biopsia de piel con características de vasculitis leucocitoclástica.

Del estudio etiológico realizado destaca una tomografía computarizada cérvico-toraco-abdomino-pélvica con tromboembolismo pulmonar bilateral, nodularidades pulmonares periféricas sospechosas y engrosamiento parietal de colon transverso, descendente

y ciego. Ecocardiograma transtorácico sin trombos o vegetaciones. Estudio autoinmune negativo. Tomografía de emisión de positrones con densificaciones pulmonares bilaterales, ganglios laterocervicales izquierdos y mediastínico-hiliares bilaterales con captación de 18FDG.

Se realizaron biopsias por aspiración transtorácica de 2 nódulos pulmonares con hallazgos compatibles con infarto pulmonar y broncoscopia con lavado broncoalveolar sin evidencia de patología maligna. Se realizó TC de tórax de alta resolución tras 2 semanas de internamiento con regresión total de las lesiones pulmonares. Por tanto, se supone que existe vasculitis posinfecciosa por daño endotelial difuso. Fue dado de alta con prednisona en un programa de destete que continuó durante 3 meses sin recurrencia.

La evaluación diagnóstica de vasculitis incluye la obtención de una historia clínica detallada, incluyendo el uso de medicamentos, la exposición a enfermedades infecciosas y buscando síntomas o manifestaciones que puedan confirmar o excluir un diagnóstico sospechado. El tratamiento se define dependiendo del tipo de vasculitis, siendo la terapia con corticosteroides uno de sus pilares.

**PO-220 UN LABERINTO VASCULAR: TEK, EL PROTAGONISTA DE LAS MALFORMACIONES VENOSAS**

Marc Falguera Mayoral(1), Trinidad Repiso Montero(1), Marta Velasco Guidonet(1), María Irene Valenzuela Palafoff(2), Berta Ferrer Fàbrega(3), Eugenia Hernández Ruiz(1), Ernesto Lavernia Granell(1), Laia Clavero Rovira(1), Sergi Pujadas Vilà(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Genética Clínica y Molecular y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** Las malformaciones venosas (MV) ocasionadas por alteraciones en el gen de la tirosina-cinasa TEK (también llamado angiopoyetina 1, receptor CD202b, TIE-2 o VMCM) pueden manifestarse con diferentes fenotipos. Estos incluyen las MV comunes (unifocales o esporádicas multifocales), las MV cutáneo-mucosas familiares y el síndrome de Bean (Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome). Presentamos seis casos que ilustran este espectro.

**Casos clínicos:** Los tres primeros casos corresponden a una madre y sus dos hijos con múltiples malformaciones vasculares de bajo flujo confirmadas mediante ecografía y angio-RM. La biopsia en el caso índice confirmó que se trataba de una MV. En los tres casos, se identificó una mutación germinal heterocigota en el gen TEK (c.2545C>T, p.Arg849Trp), confirmando el diagnóstico de malformación vascular cutáneo-mucosa familiar. El cuarto y el quinto caso corresponden a un padre y a su hija, una paciente de 4 años con un cordón vascular en la sien izquierda, que se expandía con las maniobras de Valsalva. Las pruebas de imagen evidenciaron una malformación vascular de bajo flujo y en los dos casos se detectó la misma mutación en TEK. En el sexto caso, una mujer de 30 años con múltiples episodios de hemorragias digestivas desde la infancia, fue remitida por una lesión vascular congénita plantar izquierda, además de otras lesiones similares en otras regiones corporales. Las pruebas de imagen y la fibrocolonoscopia mostraron lesiones compatibles con MV en múltiples localizaciones. Se confirmó una mutación somática en TEK en la variante c.2362\_2364del, p(Val788del), confirmando el diagnóstico de síndrome de Bean.

**Conclusiones:** Estos casos de MV enfatizan la necesidad de un enfoque clínico integral para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. La correlación clínico-genética es crucial en el diagnóstico de diversos fenotipos en el espectro de MV asociadas al gen TEK. Las pruebas de imagen (ecografía Doppler y resonancia magnética con contraste) junto con el análisis histopatológico y genético de sangre periférica y/o de la biopsia pueden brindar una mayor precisión diagnóstica. En cuanto al manejo, las opciones terapéuticas actuales para aquellas MV sintomáticas o desfigurantes incluyen la escleroterapia, la cirugía y el uso de sirolimus, especialmente en aquellos casos refractarios a las terapias convencionales.

**PO-221 VASCULITIS IGA. SERIE DE SIETE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES**

Elena Gil de la Cruz(1), Adrián Ballano Ruiz(1), Ricardo Francisco Rubio Aguilera(1), Ariel Díaz Menéndez(2), Nuria Barrientos Pérez(1) y José Domingo Domínguez Auñón(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital de Henares, Coslada (Madrid) - España.

La vasculitis por inmunoglobulina A es una vasculitis de pequeño vaso de origen autoinmune, con depósito de inmunocomplejos IgA. Aunque se trata de una vasculitis con afectación multisistémica, la clínica principal es cutánea, digestiva, articular y renal.

Desde nuestro centro, aportamos una serie de siete casos, con pacientes diagnosticados de esta patología entre los años 2016 y 2023. Todos ellos eran adultos, con edades comprendidas entre los 37 y los 81 años. La afectación cutánea se acompañaba en tres de los casos de daño renal, confirmado histológicamente con hallazgo de depósitos de IgA en el estudio de inmunofluorescencia directa. En la vasculitis por IgA el compromiso cutáneo es frecuente y suele ser la primera manifestación. Aunque la clínica puede variar, es especialmente característica la presencia de púrpura palpable con representación histopatológica de vasculitis leucocitoclástica. Los inmunocomplejos de IgA se acompañan de depósitos de complemento y reclutamiento de neutrófilos. Es la vasculitis infantil más frecuente, existiendo en la edad pediátrica una tetrada clásica que incluye púrpura palpable sin trombocitopenia ni coagulopatía, artritis o artralgia, dolor abdominal y nefropatía

Pero puede aparecer también en adultos, con dos diferencias principales. En primer lugar, la clínica digestiva en general y la invaginación intestinal en particular es mucho menos habitual que en los niños. En segundo lugar, el riesgo de desarrollar enfermedad renal es significativamente mayor, con peor pronóstico. Además, esta enfermedad se asocia a neoplasias en aproximadamente un 2.5% de los casos, fundamentalmente de los tractos gastrointestinal y urinario. El diagnóstico se basa en la correlación de los hallazgos clínicos e histopatológicos. No obstante, en pacientes que no presentan las manifestaciones clásicas o con presentaciones incompletas, una biopsia en la que se objetiven los hallazgos previamente mencionados confirma el diagnóstico.

A modo de conclusión, cabe destacar que pese a la mayor incidencia en niños que en adultos, es en éstos últimos en los que se asocia con mayores tasas de lesión renal, complicaciones gastrointestinales, recurrencia de las lesiones después del primer episodio y tiempos de hospitalización prolongados. Así, resulta esencial, también en este grupo de población, el diagnóstico temprano y la rápida instauración de tratamiento.

**PO-222 CALCIFILAXIS NO URÉMICA: ÚLCERAS CON UN PRONÓSTICO FATAL**

Ángel González García(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Carolina Labrandero Hoyos(1), Andrés Grau Echevarría(1), Malena Finello(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Amparo Pérez Ferriols(1), José Ángel García García(1) y Junisbel Janet Gutiérrez Rivero(1) de (1)Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

Se presenta el caso de una paciente de 78 años, ingresada en la planta de medicina interna por un tromboembolismo pulmonar bilobar y trombosis venosa profunda bilateral. La profesional a su cargo realizó interconsulta al servicio de Dermatología por úlceras pretibiales en miembro inferior derecho de difícil manejo, asociando gran dolor y sin conseguir reepitelización.

Entre los antecedentes de la paciente, destaca un importante historial de enfermedades autoinmunes: polimialgia reumática, PTI en la infancia, cirrosis biliar primaria e hipotiroidismo; hipertensión arterial, diabetes mellitus y encontrarse en seguimiento por cirugía vascular por existencia de patología vascular múltiple. A la exploración, presentaba lesiones de púrpura retiforme con ampollas necróticas y úlceras en el centro de las lesiones, localizadas en la parte posterior de la pierna.

Ante la presencia de dichos signos de alarma que planteaban diferentes diagnósticos diferenciales, se decidió realizar una biopsia de las lesiones, mostrando trombosis generalizada de todos los vasos, necrosis fibrinoide, calcificaciones en la pared y luz de los vasos, cariorrexis paniculítica, dérmica y necrosis epidérmica. Además, el estudio de inmunofluorescencia directa arrojó un resultado positivo para C3 (2+). Con ello se llegó al diagnóstico de calciflaxia no urémica.

Se pautó tratamiento off-label con tiosulfato sódico 2 veces por semana, con buena evolución tanto de la clínica como de las lesiones. Sin embargo, al mes siguiente volvió a ingresar por un empeoramiento de las úlceras, con necrosis de distribución retiforme y clínica séptica. Los acompañantes reconocieron que la paciente había abandonado el tratamiento por decisión propia. Finalmente, la paciente fallece a causa de la sepsis.

Las úlceras son una patología muy frecuente y conforman un importante grueso de la carga asistencial de nuestra especialidad. En algunas ocasiones no se las da la relevancia que merecen. Este caso pretende ayudar a concienciarnos y ver al paciente con úlceras como un todo; debemos buscar más allá de pérdida de integridad cutánea e integrar todos los antecedentes y síntomas para llegar a un diagnóstico más acertado. Prestar atención a los signos y síntomas de alarma nos permite discernir aquellas úlceras que subyacen a otras patologías sistémicas y graves de aquellas que son más frecuentes y sencillas de tratar.

### PO-223 ÚLCERAS VERANIEGAS: VASCULOPATÍA LIVEDOIDE, UN RETO DIAGNÓSTICO

Ana María González Pérez(1), Néstor Segurado Tostón(1), Alberto Romo Melgar(1), Elena Godoy Gijón(1), Jesús Pinto Blázquez(2) y María Teresa Bordel Gómez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora, Zamora - España.

**Introducción:** La vasculopatía livedoide (VL) es una enfermedad crónica trombótica no inflamatoria que afecta a la microcirculación cutánea de los miembros inferiores.

**Caso clínico:** Varón de 57 años que consultó por ulceración recurrente en ambos pies en los meses estivales desde hacía más de 20 años. Refería además infarto de miocardio hacía tres años por el que tomaba ácido acetilsalicílico y rosuvastatina. Las lesiones eran intensamente dolorosas y resolvían dejando áreas atróficas blanquecinas. En el primer brote presentó además aftas orales, siendo estudiado en Reumatología con sospecha de síndrome de Behçet, que finalmente se descartó. Se realizaron también biopsias cutáneas que fueron inespecíficas. El paciente había realizado desde entonces tratamiento con curas locales y corticoides orales en los brotes más dolorosos, con relativo control. A la exploración física presentaba una placa edematosa violácea con múltiples úlceras superficiales cribiformes en maléolo interno de pie derecho y áreas atróficas nacaradas en polo inferior. Repetimos la biopsia, observando trombos de fibrina en capilares, hallazgo que, junto con la clínica, orientó nuestro diagnóstico a una vasculopatía livedoide. Se solicitó estudio analítico, que fue normal y ecografía Doppler con hallazgos compatibles con insuficiencia venosa crónica y sin signos de trombosis.

**Discusión y Conclusiones:** La VL es una enfermedad idiopática caracterizada por ulceración recurrente que resuelve dejando áreas cicatriciales atróficas (atrofia blanca). Puede afectar a cualquier edad y, aunque se describió inicialmente como "livedo reticularis con ulceraciones de verano", lo cierto es que su curso clínico es impredecible y no todos los casos presentan cadencia estacional. Las alteraciones histológicas son inespecíficas, aunque junto con la clínica pueden ayudar a orientar el diagnóstico, observándose trombos intraluminales en ausencia de inflamación perivasculosa. Se ha asociado a procesos autoinmunes, neoplasias hematológicas y coagulopatías. Por ello es importante, además del estudio histológico, realizar estudio analítico para descartar posible patología subyacente. Si llegar al diagnóstico es el primer reto, encontrar un tratamiento satisfactorio es el siguiente. Hasta la fecha se han ensayado numerosos tratamientos: desde anticoagulantes y antiagregantes hasta luz UV y, recientemente, baricitinib.

### PO-225 TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE LA TROMBOANGIITIS OBLITERANTE

Marina Montero García(1), Araceli Jiménez Lara(2), Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Mónica Gómez Manzaneros(1), Marcos Carmona Rodríguez(1), María del Prado Sánchez Caminero(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de este poster es exponer los síntomas cutáneos y los hallazgos en la biopsia cutánea que pueden ser claves para llegar al diagnóstico de una tromboangiitis obliterante

**Caso clínico:** Paciente varón de 47 años que consultó por un nódulo inflamatorio doloroso en cara externa de pierna derecha de reciente aparición y aspecto lineal, sin otros síntomas sistémicos acompañantes

Como antecedentes médicos presentaba fenómeno de Raynaud, claudicación intermitente y una úlcera subungueal de etiología isquémica en el primer dedo del pie derecho. Recientemente, mediante arteriografía, se había objetivado la oclusión completa de la arteria tibial posterior derecha. El paciente había sido sometido a varios estudios, habiéndose descartado trombofilias, procesos embolígenos y autoinmunes. Destacaba el hábito de fumador como único factor de riesgo cardiovascular. Se realizó una biopsia del nódulo inflamatorio, donde se identificó una vena de mediano calibre con un trombo intraluminal, en el cual se observaban microabscesos y células gigantes multinucleadas. Estos hallazgos fueron compatibles con una trombosis venosa superficial en el contexto de una tromboangiitis obliterante

**Resultados:** La tromboangiitis obliterante es una enfermedad inflamatoria y oclusiva que afecta a vasos de mediano y pequeño tamaño. El diagnóstico suele ser clínico y requiere la exclusión de otras causas de isquemia de las extremidades. Entre las manifestaciones cutáneas encontramos el fenómeno de Raynaud, tromboflebitis migratoria y úlceras distales. El diagnóstico histológico es posible solo en lesiones agudas, las cuales pueden encontrarse al biopsiar una trombosis venosa superficial, con el hallazgo clave de células gigantes multinucleadas en el interior del trombo.

**Conclusiones:** La tromboangiitis obliterante es una enfermedad inflamatoria, oclusiva y segmentaria que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Los síntomas isquémicos se acompañan de una serie de manifestaciones cutáneas, que, junto con una biopsia confirmatoria y una historia detallada del paciente, pueden guiarnos para realizar el diagnóstico de esta enfermedad

**PO-226 MISMA FAMILIA, MISMA MUTACIÓN RASA1, ¿DIFERENTE FENOTIPO?**

Sara Isabel Palencia Pérez(1), M. Teresa Sánchez Calvín(2), M<sup>a</sup> Concepción Postigo Llorente(1), Rosa María Ceballos Rodríguez(1), Monserrat Morales Conejo(3), Dolores Delgado Muñoz(4), Jesús V. Redondo Sedano(4) y Carmen Gallego Herrero(5) de (1)Dermatología, (2)Genética, (3)Medicina Interna, (4)Cirugía Pediátrica y (5)Radiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

**Introducción:** Las malformaciones vasculares y el sobrecrecimiento segmentario son características clínicas prevalentes de síndromes causados por mutaciones germinales y/o postcigóticas en diferentes genes, que pertenecen principalmente a 2 rutas de señalización: RAS/MEK/ERK y PI3K/AKT/mTOR. El espectro fenotípico varía ampliamente en severidad y localización, dependiendo del gen, tipo celular afectado y tiempo en el que surgió la mutación. No existe una buena correlación genotipo-fenotipo.

**Caso Clínico:** Varón de 16 años previamente diagnosticado de síndrome de Klippel-Trenaunay, que presentaba malformaciones vasculares de alto flujo, fístulas arteriovenosas y sobrecrecimiento en miembro inferior derecho. Su madre y uno de sus dos hermanos presentaba lesiones a nivel cutáneo, en forma de malformaciones vasculares de alto flujo distribuidas asimétricamente en tronco y miembros. El estudio genético en sangre de los tres demostró heterocigosis en variante patogénica c.2690+1G>A en gen RASA1. Establecimos el diagnóstico de síndrome de Parkes-Weber (SPW) en nuestro paciente y de síndrome de malformaciones capilares-malformaciones arteriovenosas (MC-MAV) en su madre y en su hermano.

**Discusión:** Los síndromes con anomalías vasculares y/o sobrecrecimiento no presentan buena correlación genotipo-fenotipo: diferentes mutaciones pueden producir clínica similar y la misma mutación puede producir fenotipo diferente, como sucede en nuestros pacientes.

Presentamos 3 casos de la misma familia con la misma mutación germinal en RASA1: 1 paciente con SPW y su madre y un hermano, con síndrome de MC-MAV. El SPW asocia malformación capilar (MC), venosa, linfática y arteriovenosas e hipercrecimiento de la extremidad. Se considera incluido dentro del síndrome MC-MAV. El síndrome MC-MAV se caracteriza por MC pequeñas y múltiples que asocian malformaciones o fístulas arteriovenosas. Actualmente se sabe que las consideradas MC son en realidad manchas vasculares de alto flujo.

Ambas entidades se deben a mutaciones germinales en RASA1 y una segunda mutación postcigótica en RASA1 sobreimpuesta, que sucede en diferentes momentos evolutivos, siendo más precoz en el SPW, originando un mosaicismo sobreimpuesto y más tardía en Sdr MC-MAV, causando un mosaicismo diseminado. Esta segunda mutación origina una inactivación completa de RASA1 que conlleva el desarrollo de lesiones vasculares de alto flujo.

**PO-227 VASCULOPATÍA LIVEDOIDE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA**

Carmen Ruiz Iglesias(1), Guillermo Moreno Casas(1), Antonio Pereira González(1), José Javier Márquez Rojas(1), Francisco Peral Rubio(1), Prudencio Ambrojo Antúnez(2), Alejandro Rubio Fernández(3) y Isabel M<sup>a</sup> Rodríguez Nevado(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital de Don Benito, Don Benito (Badajoz) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz - España.

La vasculopatía livedoide es una vasculopatía infrecuente que cursa con úlceras próximas a maléolos, recalcitrantes y dolorosas junto con cicatrices blancas y estrelladas conocidas como atrofia blanca, rodeadas de livedo reticularis. Es más frecuente en mujeres, especialmente entre los 15 y los 50 años.

Se presentan dos casos que hemos atendido este año. El primero es un varón de 37 años con insuficiencia venosa crónica severa que ingresó por úlceras muy dolorosas en miembros inferiores de meses de evolución, con atrofia blanca. Se confirmó el diagnóstico mediante biopsia y se trató con pentoxifilina y curas locales, con buena evolución. El segundo caso es una mujer de 65 años con hepatitis autoinmune que ingresó por lesiones similares. Igualmente se realizó biopsia y se administró pentoxifilina, también con buenos resultados. Se han descrito casos idiopáticos de vasculopatía livedoide, pero también se ha asociado a estasis venoso, enfermedades autoinmunes, trombofilias y neoplasias. El diagnóstico requiere biopsia de confirmación, junto con pruebas complementarias que descarten otras enfermedades asociadas.

No existe tratamiento de elección, aunque se han visto casos con mejoría considerable con el cuidado de heridas, el abandono del hábito tabáquico y el empleo de pentoxifilina, anticoagulantes, antiagregantes, inmunoglobulinas intravenosas e inmunomoduladores como adalimumab o baricitinib. El pronóstico dependerá de las enfermedades subyacentes, además de la instauración de tratamiento precoz.

Cabe decir que, los dos casos presentados no correspondían al perfil típico de pacientes con vasculopatía livedoide. Nos alertaron el aspecto clínico de las lesiones y que los dos tuvieran patologías de base asociadas a esta enfermedad. Se resalta la importancia de tenerla en cuenta a la hora de realizar diagnóstico diferencial de las úlceras, especialmente si se trata de pacientes con comorbilidades. Dada la evolución favorable de ambos casos con pentoxifilina, podría ser considerada una opción terapéutica con buenos resultados y más económica que otras, aunque quizá sería conveniente realizar una serie de casos más amplia.

**PO-228 LA «VASCULITIS DEL FIN DE SEMANA»: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UNA VASCULITIS INDUCIDA POR EL EJERCICIO**

María del Prado Sánchez Caminero(1), Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Marina Montero García(1), Mónica González Manzanares(1), Pamela Zamberk Majlis(1), Mónica García Arpa(1), Jesús González García(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

**Introducción:** La vasculitis inducida por el ejercicio es un cuadro frecuente, posiblemente infradiagnosticado, por lo que existen pocos casos descritos en la literatura. Presentamos un caso curioso por su forma de presentación y la extensión de las lesiones.

**Caso Clínico:** Mujer de 18 años de edad, sin antecedentes de interés, consulta por erupciones cutáneas recurrentes, asintomáticas y sin síntomas sistémicos. Aparecen de forma súbita y se autorresuelven en 5 o 6 días sin dejar lesiones residuales. Los brotes son cada vez más fre-

cuentas, casi semanales y aparecen los fines de semana que sale de fiesta y hay bipedestación prolongada. En la exploración se objetiva un exantema formado por máculas eritematosas confluentes, que no blanquean a la digitopresión y que afectan a extremidades principalmente y menos extensas en abdomen y cara. La biopsia cutánea muestra alteraciones compatibles con vasculitis leucocitoclástica, sin necrosis fibrinóide. La inmunofluorescencia revela mínimos depósitos de IgM perivasculares. Los estudios analíticos y de autoinmunidad son normales. Con los datos clínicos y las pruebas complementarias se realiza el diagnóstico de vasculitis inducida por el ejercicio.

**Discusión:** Se trata de una enfermedad cutánea benigna que afecta a individuos sanos. Ocurre después de un prolongado y excesivo ejercicio en ambientes calurosos. En la literatura hay descritos casos aislados en personas jóvenes, desencadenados por la salida nocturna de fiesta, similar a nuestra paciente. Histológicamente el hallazgo más frecuente es una vasculitis leucocitoclástica. Puede existir una inmunofluorescencia positiva aunque no es constante. El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con la capilaritis inducida por el ejercicio, en la cual no se demuestra leucocitoclasia, la púrpura de Schönlein-Henoch y las vasculitis sistémicas. Evoluciona a la resolución espontánea en pocos días, aunque la recurrencia es la norma. Se recomienda evitar ejercicio intenso en ambientes calurosos, ropa ligera y medias de compresión.

**Conclusión:** Es importante conocer este cuadro por su naturaleza benigna y tranquilizar a los pacientes. Pero debido a la al hallazgo de una vasculitis leucocitoclástica, debe ser un diagnóstico de exclusión y siempre debe descartarse la afectación sistémica.

**PO-229 VASCULITIS REUMATOIDE, DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Ana Isabel Sánchez Moya(1), Raquel Sánchez Simón(2), Ana Belén Gargallo Quintero(1), María Cotarelo Hernández(1), Cristina Romera de Blas(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Natalia Aranda Sánchez(1), María José Carrera Hernández(1), Juan José Amorós Oliva(1), Paula Blázquez Pérez(1), Javier Moreno-Manzanaro García Calvillo(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.



Vasculitis reumatoide en miembro inferior derecho

**Introducción:** La vasculitis reumatoide (VR) es una manifestación sistémica extraarticular rara pero potencialmente grave de la artritis reumatoide (AR). La VR se considera una de las complicaciones extrarticulares más graves de la AR y se asocia con un mal pronóstico con tasas de mortalidad a los 5 años del 60%. La alta morbilidad también se asocia con VR, tanto por complicaciones relacionadas con la enfermedad como por efectos secundarios de la terapia inmunosupresora.

La piel es el órgano principalmente afectado y se muestra como úlceras dolorosas de evolución tórpida y afectación de nervios periféricos como mononeuritis múltiple sensitiva seguido de afectación ocular, pericárdica y pulmonar(1).

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 62 años que ingresa por celulitis de repetición por ulcera en miembro inferior derecho inicialmente

diagnosticada como venosa asociado a dolor lancinante talar derecho. En la anamnesis refería astenia y dolor articular en carpos de características inflamatorias de más de dos años de evolución. En estudio de extensión biopsia cutánea se demostró vasculitis de pequeño y mediano vaso y en el TAC pulmonar múltiples nódulos sólidos subcentimétricos de predominio subpleural diagnosticados de nódulos necrobióticos. En la analítica destacaba factor reumatoide FR 607 U/ml y péptido citrulinado > 300 U/ml con Estudio de hipercoagulabilidad negativo Crioglobulinas negativas, Serologías virus hepatotropos negativos ANA negativo y ANCA + 1/40 Atípico (MPO, R3 negativos).

Tras el diagnóstico de sospecha de Vasculitis reumatoidea se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona 500mg/día tres días consecutivos y metotrexato 20 mg semanal. Tras progresión se inició tratamiento con Rituximab a dosis de 1000 mg 0-6 meses con excelente respuesta y mejoría de parámetros clínicos y analíticos.

**Discusión:** La incidencia de la VR como complicación extraarticular en la AR ha disminuido desde el inicio del uso de terapias biológicas en AR, probablemente debido a una mejora significativa en la gravedad de la AR(2). Esta baja prevalencia y el hecho de que aún no existen criterios validados uniformes para su diagnóstico, dificulta y retrasa su diagnóstico. Subrayamos la importancia de valorar esta entidad ante unas úlceras de evolución tórpida con dolor articular asociado.

**PO-230 PUZZLE DERMATOLÓGICO: PANARTERITIS NODOSA CUTÁNEA EN UNA JOVEN**

Ivânia Soares(1), Inês Pereira Amaral(1), Madalena Pupo Correia(1), Pedro de Vasconcelos(1), Paulo Leal Filipe(1) y Luís Soares de Almeida(1) de (1)Serviço de Dermatologia. Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa - Portugal.

La panarteritis nodosa cutánea es una forma rara de vasculitis que impacta las arterias de pequeño a mediano tamaño, con una etiología desconocida. Sus manifestaciones clínicas abarcan nódulos subcutáneos dolorosos, livedo reticularis, úlceras cutáneas y necrosis. Aunque difiere de la panarteritis nodosa sistémica al no involucrar significativamente órganos internos, puede presentar manifestaciones extracutáneas. La exclusión de la panarteritis nodosa sistémica es crucial para el diagnóstico. El curso clínico es crónico, caracterizado por remisiones, recaídas y un pronóstico favorable. Afecta con mayor frecuencia a individuos de mediana edad.

En este caso, se describe el diagnóstico y manejo de una joven de 23 años que consultó al servicio de urgencias por la presencia de papulonódulos eritematovioláceos y úlceras circulares punched out en los miembros inferiores, dolorosas y con 8 meses de evolución. La paciente negó fiebre, pérdida de peso, artralgias, infecciones recientes y fenómeno de Raynaud. La biopsia cutánea reveló infiltrado linfocitario perivascular e intersticial, destrucción de vasos de tamaño medio con trombos intravasculares, depósito de fibrina y leucocitoclasia. Se sugiere periarteritis nodosa. Lo analítico estaba dentro de la normalidad, sin alteraciones en el hemograma o la función renal, y resultó negativo para autoinmunidad (incluyendo anti-MPO, anti c-ANCA) y enfermedades infecciosas (hepatitis B, C, VIH, IGRA). Así, se realizó el diagnóstico de

panarteritis nodosa cutánea y la paciente comenzó la terapia con prednisolona, mostrando una respuesta favorable con cicatrización total de las lesiones, sin recurrencias. Así, la panarteritis nodosa cutánea se presenta como una variante localizada sin compromiso significativo de órganos internos. La evaluación clínica, estudios histopatológicos y análisis serológicos son esenciales para el diagnóstico. En este caso, la paciente experimentó una respuesta positiva al tratamiento con corticosteroides, destacando la importancia del diagnóstico temprano y la terapia adecuada para prevenir complicaciones.

El seguimiento clínico es crucial para la monitorización y prevención de recurrencias. Este caso ilustra la complejidad del diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas, resaltando la necesidad de un enfoque multidisciplinario y un seguimiento continuo para una atención integral del paciente.

**PO-231 PÚRPURA HIPERGAMMAGLOBULINÉMICA DE WALDENSTRÖM ASOCIADA A VIRUS DE LA HEPATITIS C**

María Zulaika Lloret(1), Mar Rodríguez Troncoso(1), David Moyano Bueno(1), Marta Cebolla Verdugo(1), Carlos Llamas Segura(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1) Dermatología M-Q y Venereología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años que acude a consulta por equimosis cutáneas en miembros superiores e inferiores de 1 año de evolución. En la exploración física se observaron máculas eritematovioláceas pruriginosas confluentes en las localizaciones referidas. Las lesiones cursaban en brotes y no asociaban clínica sistémica acompañante. La analítica reveló Hb 10,7 g/dL, elevación de PCR, VSG, IgA monoclonal e IgM policlonal, así como una serología positiva para VHC. El estudio histológico mostró una vasculitis leucocitoclástica de vaso de tamaño mediano y pequeño en dermis superficial y media. La inmunofluorescencia directa mostró depósito de IgA, IgG, IgM (débil) y C3 (focal) en paredes vasculares. Se realizó el diagnóstico de púrpura hipergammaglobulinémica de Waldenström (PW) secundaria a VHC, iniciándose tratamiento con pauta descendente de prednisona, colchicina y sofosbuvir-velpatasvir, con lo que se consiguió una disminución en la recurrencia de los brotes.

La PW es una púrpura recurrente crónica, de predominio en miembros inferiores, que cursa con hipergammaglobulinemia policlonal, VSG elevada y anemia leve. Afecta principalmente a mujeres jóvenes de edad media y puede aparecer de forma aislada o secundaria a otras patologías, por lo que su diagnóstico obliga a realizar una serie de pruebas complementarias orientadas a esta última posibilidad. A nivel histológico se han descrito casos de vasculitis leucocitoclástica, aunque en la mayoría de ocasiones los hallazgos anatomopatológicos son inespecíficos.

El mecanismo etiopatogénico de la PW es desconocido. Se cree que determinados factores, como viremias u otros, podrían dar lugar a inmunocomplejos circulantes, que al depositarse en los pequeños vasos provocarían la consiguiente extravasación sanguínea. La naturaleza benigna del proceso permite la abstinencia terapéutica, siendo fundamental tratar el proceso subyacente en los casos pertinentes. Se han empleado hidroxicloquina, colchicina, corticoterapia e inmunosupresores en su manejo.

ZONA PÓSTER

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN

**PO-232 ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA DERMATOLÓGICA ESPAÑOLA ENTRE 2015 Y 2021: ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO MAIND Y MAPA INTERACTIVO EN LÍNEA**

Ángela Ayén Rodríguez(1), Manuel Sánchez Díaz(2), Mercè Grau Pérez(3), Ignacio García Doval(3) y Miguel Ángel Descalzo(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (3)Unidad de Investigación AEDV, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La evaluación de la investigación clínica dermatológica en España durante el periodo de 2005 a 2014 se llevó a cabo a través del proyecto MaIND (Mapa INvestigación Dermatología). Este análisis identificó las provincias o centros con un mayor número de publicaciones, revelando, no obstante, un bajo nivel de evidencia en la producción científica a nivel global. El objetivo de este estudio es actualizar la investigación clínica dermatológica española en términos bibliométricos para el periodo comprendido entre 2015 y 2021, permitiendo así la comparación entre diferentes intervalos de tiempo.

**Métodos:** Estudio bibliométrico de los artículos de investigación clínica en dermatología publicados entre el año 2015 y 2021, replicando la metodología usada en el artículo que se pretende actualizar. Se consideraron los artículos en los cuales la dirección del autor de correspondencia perteneciera a un centro dermatológico español y cumpliera con los criterios de investigación clínica en dermatología, entre los cuales se encontraba tener un nivel de evidencia ≤ 4. Finalmente, se generó un mapa interactivo online a partir de los resultados obtenidos.

**Resultados:** De los 10,199 artículos identificados, se cumplieron los criterios de inclusión en 1,674 casos. Se presenta un mapa interactivo que ilustra los indicadores cuantitativos y cualitativos medidos durante el periodo de 2005 a 2021. Durante el periodo estudiado, se observa una tendencia al alza tanto en el número de artículos publicados (p-valor <0.002) como en la media de citas-año por artículo (p-valor <0.01). Un 22% de los artículos presentan un nivel de evidencia superior a 4, y se detecta una tendencia positiva hacia un aumento en el porcentaje de artículos con niveles de evidencia superiores (p-valor <0.03). La revista Actas Dermosifiliográficas sigue liderando las revistas en las que se publica la investigación clínica dermatológica española, con el mayor número de artículos recibidos (18%, 302 artículos).

**Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio indican que la producción científica en el campo de la dermatología en España está experimentando una tendencia ascendente en términos de cantidad, impacto en la comunidad científica y nivel de evidencia.

**PO-233 ESTUDIO TRANSVERSAL RETROSPECTIVO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES**

Elena González Guerra(1), Ana Isabel Sánchez Fructuoso(2), Alberto Conde Taboada(1), Lucía Campos Muñoz(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Dermatología y (2) Nefrología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

**Introducción:** La evolución de las queratosis actínicas (QA) a CE, pone en peligro la vida de los pacientes por presenta una mayor agresividad. En este trabajo se estudia la incidencia de QA en los pacientes trasplantados renales (PTR), los factores de riesgo asociados a las mismas así como la relación con el CE.

**Material y Métodos:** Durante el periodo 2012 y el 2022 se han valorado periódicamente a 799 PTR. Tras un análisis de regresión logística, se ha calculado la incidencia de las QA, los factores de riesgo para desarrollarlas (sexo, edad, fármacos inmunosupresores, diálisis, fototipo, exposición solar durante más de 10 años, asociación con CE y CE de alto grado y causa de la enfermedad renal.

**Resultados:** La mayoría de los PTR con QA son hombres (64,2% hombres) con una edad media de 61,71 años (DS 13,93). La incidencia de las QA es de 29,4%. Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de QA encontramos: sexo masculino (76% de los pacientes,  $p < 0,05$ ), edad avanzada (media: 71 años), fototipo II (53%), quemaduras solares (79,4%), administración de ciclosporina (43,6%;  $p = 0,002$ ) y azatioprina (OR 2,88 (IC 95% 1,46-5,70)  $p = 0,002$ ). No se ha encontrado asociación con la enfermedad intersticial crónica, tratamiento con micofenolato mofetilo, rapamicina o everólimus, diálisis y la exposición solar durante más de 10 años aunque sí se considera que existe una tendencia al desarrollo de QA en estos pacientes. Las QA se han asociado de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de CEC. No existe asociación entre la presencia de QA y el desarrollo de CEC de alto riesgo ( $p = 0,623$ ).

**Conclusión:** Los PTR tienen un riesgo aumentado de desarrollar QA frente la población general. Los factores de riesgo más importantes son la edad avanzada, el sexo masculino, fototipo II, las quemaduras solares a lo largo de la vida, la exposición a ciclosporina y azatioprina y algunas patologías renales.

**PO-234 FOTOPROTECCIÓN PERSONALIZADA Y MEDICALIZADA: CONSENSO INTERNACIONAL DE EXPERTOS MEDIANTE METODOLOGÍA DELPHI MODIFICADA**

Salvador González Rodríguez(1), Alba Rodríguez Martínez(2), Francisco Rivas Ruiz(2), Andras Subert(2), Nuria Blázquez Sánchez(3) y Magdalena de Troya Martín(3) de (1)Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares (Madrid) - España, (2)Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España y (3)Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Los avances en la investigación fotobiológica y en el desarrollo de nuevos fotoprotectores cada vez más sofisticados y específicos, están complicando la prescripción médica en fotoprotección. Para una optimización de la indicación se requiere de un diagnóstico preciso de factores individuales tales como el fototipo cutáneo, estado de salud de la piel, estilo de vida y factores ambientales como niveles de UVI y contaminación, o exposición a sustancias fotosensibilizantes entre otros. El objetivo de este estudio fue obtener un consenso en cuanto a las indicaciones de fotoprotección personalizada y medicalizada.

**Métodos:** Se diseñó un estudio Delphi modificado internacional de dos rondas, para la determinación del grado de acuerdo y relevancia existente sobre diferentes aspectos relacionados con la fotoprotección medicalizada y personalizada, implementado de forma on-line a través de SurveyMonkey. El consenso para cada uno de los items evaluados se estableció en  $\geq 80\%$  de tasa de respuesta -de acuerdo o -totalmente de acuerdo en escala Likert de 5 puntos. Del mismo modo, se estableció la relevancia de los item para una tasa de respuesta  $\geq 80\%$  de respuesta-muy importante y -extremadamente importante. Se consideraron aceptados aquellos items con una media de consenso y relevancia  $\geq 80\%$ .

**Resultados:** El panel de expertos estaba integrado por 8 especialistas en dermatología de 7 países distintos, con avalada trayectoria en investigación en fotoprotección. En la primera ronda del análisis 15/26 (57,7%) items propuestos fueron aprobados por su consenso y relevancia, 9 de ellos fueron rechazados y 20 comentarios fueron recibidos por el panel de expertos. En la segunda ronda del análisis 25 items fueron propuestos atendiendo a las aportaciones del panel de expertos, de los que 13 (58%) items fueron aprobados. Como resultado final 28 recomendaciones y afirmaciones sobre fotoprotección medicalizada y personalizada fueron aprobadas, 9 de ellas con un 100% de consenso y relevancia.

**Conclusiones:** Se trata del primer consenso de expertos avalado por metodología Delphi sobre fotoprotección médica personalizada que permitirá mejorar la calidad de la indicación en fotoprotección de los especialistas de dermatología en su práctica clínica diaria.

**PO-235 PROYECTO PILOTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE CÁNCER DE PIEL DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA**

Guillermo José Pozuelo Sánchez(1), María Álvarez de Sotomayor(2), Francisco Rivas Ruiz(3), Alba Rodríguez Martínez(3), Andrés Subert(3), Augusto González Borrego(4), Nuria Blázquez Sánchez(5) y Magdalena de Troya Martín(5) de (1)Proyecto Soludable. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (2) Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla, Sevilla - España, (3)Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (4)Vocalía de Dermofarmacia. Real Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, Sevilla - España y (5)Unidad de Gestión Clínica y Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes y Objetivo:** El cáncer de piel representa más de un tercio de la totalidad de los cánceres que padece la población en España. Es uno de los tumores más prevenibles y cuya evolución favorable está relacionada directamente con la detección de la lesión en estadios tempranos, por lo que la prevención es fundamental.

La Farmacia Comunitaria está ampliamente distribuida y es muy accesible para toda la población. Andalucía es la comunidad autónoma con mayor número de farmacias, siendo Sevilla con 870, la provincia que lidera. Además, el farmacéutico, experto en el medicamento, es una figura referente para la salud del paciente.

El objetivo principal de la investigación es evaluar el impacto de una intervención de promoción de la salud y prevención del cáncer de piel que se desarrolla en el ámbito de la farmacia comunitaria, y donde el farmacéutico/a es el mediador/a de la intervención.

**Materiales y Métodos:** Estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo de control para evaluar el impacto de una intervención piloto de promoción de la salud y prevención del cáncer de piel en farmacias de la provincia de Sevilla. La intervención consiste en una formación online de 30 horas a los farmacéuticos/as y una jornada presencial de 6 horas, para que después realicen una intervención a sus pacientes, en consejo de fotoprotección médica-personalizada, aportándoles infografías y muestras gratuitas. Las herramientas de evaluación son cuestionarios validados y otros expresamente diseñados para el estudio, a cumplimentar por los farmacéuticos y los pacientes.

**Resultados esperados:** Este pilotaje tiene un alcance directo estimado en la salud de 4.500 pacientes derivados de las 90 farmacias, gracias a la capacitación de los farmacéuticos. Los resultados esperados del primer año del pilotaje son: conocer y mejorar los hábitos y actitudes de los pacientes asociados a la exposición solar y cáncer de piel y, por otro lado, conocer y mejorar los conocimientos y hábitos de los farmacéuticos en fotoprotección personalizada.

**Conclusiones:** Los resultados de esta intervención pionera permitirán determinar la eficacia de la incorporación del farmacéutico como agente clave en promoción de hábitos fotosaludables, prevención primaria y secundaria, y detección de factores de riesgos asociados al cáncer de piel.

PO-236

### EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL MELANOMA CUTÁNEO EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN EL PERIODO 1985-2017

Teresa Ródenas Herranz(1), Miguel Rodríguez Barranco(2), Laura Linares González(3), María José Sánchez Pérez(2) y Ricardo Ruiz Villaverde(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia - España, (2)Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España.

**Antecedentes:** El melanoma cutáneo (MC) es un tumor de origen melanocítico que representa un 2-7% de los tumores cutáneos si bien es el responsable del 80% de las muertes por cáncer de piel. En Europa, se ha observado un aumento en la incidencia del MC aunque las tasas de mortalidad parecen estabilizarse. En las últimas décadas, se ha registrado una mejora en la supervivencia, situando la tasa media europea a cinco años en un 86%. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de la mortalidad y supervivencia según sexo, edad, grupo histológico, Breslow y Clark en la provincia de Granada entre 1985-2017.

**Métodos:** Se incluyeron los casos diagnosticados entre 1985-2017 de MC (C43 en CIE-10) del Registro de Cáncer de Granada. Se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad y se aplicaron modelos de JoinPoint para estimar el porcentaje de cambio anual (PCA). La supervivencia neta se calculó mediante el método de Pohar-Perme.

**Resultados:** Durante el período 1985-2017, la tasa de mortalidad ajustada por edad aumentó de 0,98 a 1,17 muertes por 100.000 habitantes, con una tendencia creciente en los hombres (PCA +1,7%). La mortalidad en mujeres mostró un aumento significativo de 1985 a 1993 (PCA +18,5%) y luego comenzó una fase de caída hasta el final del período, aunque sin alcanzar significación estadística. Por edad, se observó una tendencia creciente en hombres y mujeres de 65 años o más con tendencias bajas estables en personas más jóvenes. El grupo 80 años o más, presentó las tasas de supervivencia más bajas. El melanoma nodular mostró el peor pronóstico, con una supervivencia observada a 5 años del 67,1% en comparación con una supervivencia superior al 90% en otros subtipos. La supervivencia neta a 5 años mejoró del 78,3% en 1985-1997 al 88,6% en 2008-2017, con una clara tendencia según el índice de Breslow (100% en  $\leq 1$ mm, 49,4% en  $\geq 4$ mm) y Clark (100% en Clark II, 43,3% en Clark V).

**Conclusiones:** Las tasas de mortalidad del MC aumentan en los grupos de edad avanzada aunque se están estabilizando en pacientes más jóvenes. La supervivencia por melanoma ha mejorado en 10 puntos en las últimas tres décadas, lo que sugiere la posible eficacia de las medidas de prevención y los nuevos regímenes de tratamiento. Es imprescindible continuar con campañas de detección precoz del MC, especialmente en varones y grupos de mayor edad.

ZONA  
PÓSTER

## GENODERMATOSIS

PO-237

### XERODERMA PIGMENTOSO GRUPO C CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA

Alberto Alegre Bailo(1), Loreto Luna Bastante(1), Rocío Muñoz Martínez(1), Lucía Ascanio Armada(1), Nelly Marlene Román Mendoza(1), José Javier Mateos Rico(1) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** El xeroderma pigmentoso (XP) es una enfermedad genéticamente heterogénea, de herencia autosómica recesiva. En ella debido a mutaciones en el sistema de reparación genómico global mediante escisión de nucleótidos (GG-NER), se acumula daño ultravioleta (UV), aumentando el riesgo de cáncer de piel. Dependiendo de la proteína mutada de la vía NER, se han descrito 7 grupos de XP (de XP-A a XP-G) junto al XP tipo variante (debida a mutación de ADN polimerasa  $\eta$ )

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 3 años de fototipo V con retraso madurativo y del lenguaje leves. Derivado por que se iniciaron a los 9 meses de edad, con aumento progresivo. Se tratan de múltiples máculas de menos de 1 mm hipo e hiperpigmentadas, en confeti, dispersas

por toda la superficie corporal, respetando palmas, plantas, dorso de pies y área del bañador. La semimucosa labial se encuentra afectada, pero las mucosas están respetadas. Además, en región facial, asocia pápulas planas descamativas no infiltradas, que recordaban a queratosis actínicas. No existen antecedentes familiares de clínica similar. Ante la sospecha clínica de XP se realiza estudio genético, demostrándose una variante genética patológica en homocigosis en el gen XPC, confirmando el diagnóstico.

**Discusión:** La incidencia del XP en países occidentales es de en torno a 1/1000000 recién nacidos vivos. Dentro de los grupos, los XP-A y C presentan una frecuencia relativamente alta, seguidos por XP-D y F, siendo el resto excepcionales.

Debido al defecto en la reparación del ADN, se produce fotosensibilidad, daño actínico precoz y cáncer de piel en los primeros años de vida. Hasta un tercio de los pacientes con XP presentan síntomas neurológicos variables (microcefalia, neuropatía, hipoacusia neurosensorial, neurodegeneración progresiva), siendo más frecuente en XP-A, B, F y G, pero no en XP-C ni E. Por otro lado, se ha observado que los pacientes con XPC tienen una susceptibilidad alta al daño ocular. Por ello, requieren medidas específicas de fotoprotección, incluyendo el uso de pantallas protectoras, filtros en ventanas, fuentes de luz artificial libres de radiación UV, etc.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de XP-C, una entidad rara que aumenta el riesgo de cáncer cutáneo y otros tumores debido al defecto de la reparación del ADN mediante GG-NER. Estos pacientes requieren medidas específicas de protección solar.

**PO-238 ENFERMEDAD DE DARIER SEGMENTARIA DE DEBUT TARDÍO EN CONTEXTO DE HERPES ZÓSTER MULTIMETAMÉRICO**

José Luis Alejo Fernández-Baíllo(1), Carlos Calvo Asín(1), Paula Hernández Madrid(1), Elena Porres López(1), Jon Fulgencio Barbarin(1), Verónica Monsalvez Honrubia(1), Belén Rosales Trujillo(1) y Juan Carlos Palazón Cabanes(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

**Introducción:** La enfermedad de Darier (ED) es una genodermatosis autosómica dominante poco común causada por mutaciones en el gen ATP2A2 con afectación de piel, uñas y mucosas. Se caracteriza por la presencia de pápulas pruriginosas costrosas de coloración eritemato-marronócea con distribución en áreas seboreicas. En un 10% de los casos se presenta de modo localizado, siendo la forma de presentación más común la tipo 1, que se caracteriza por una distribución unilateral de las lesiones siguiendo las líneas de Blaschko debido a un mosaicismo resultado de mutaciones postcigóticas. (1)

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 87 años que debutó con unas lesiones segmentarias en hemitórax y hemiabdomen izquierdos, siendo diagnosticado de herpes zoster (HZ) tras un cultivo microbiológico positivo para el virus varicela-zoster (VVZ), recibiendo tratamiento con aciclovir. Cuatro meses después, acudió a nuestras consultas por persistencia de las lesiones. Se trataban de lesiones costrosas, algunas de ellas erosionadas, de coloración eritemato-parduzca que seguían una distribución similar a la descrita previamente con afectación también de axila izquierda.

Debido a la persistencia de las lesiones a pesar del correcto tratamiento, se decidió biopsiar una de ellas. En la histología se apreciaba una ampolla intraepidérmica producida por un mecanismo de acantólisis suprabasal con aislados queratinocitos disqueratósicos dentro de la ampolla acompañado de un denso infiltrado liquenoide en banda con dermatitis de interfase. Estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de ED. En ese momento se pautó acitretina 10mg/día con gran mejoría de las lesiones y sin efectos adversos relevantes.

**Discusión:** El diagnóstico diferencial de la ED segmentaria incluye la infección por VVZ. En nuestro caso, el inicio tan tardío de las lesiones, así como la detección microbiológica del VVZ en el exudado de una de ellas orientaban al diagnóstico de HZ. Sin embargo, el aspecto clínico, así como la persistencia tras el tratamiento antiviral, motivó la realización de una biopsia, llegando al diagnóstico de ED.

Se han descrito en la literatura otros casos de inicio tardío de ED segmentaria adquirida en el contexto de neoplasias subyacentes (5,6), infección por VIH (3) y radioterapia (4), sugiriendo una relación causal entre estos acontecimientos y el desencadenamiento de una ED hasta el momento subclínica. También se han publicado casos aislados de sobreinfección por VVZ de las lesiones de ED (2). En nuestro caso, el HZ podría haber sido el desencadenante del inicio de la clínica de una enfermedad genética que característicamente debuta mucho más temprano, hasta el momento silente, o bien un nuevo caso de ED segmentaria sobreinfectada por VVZ.

**Conclusión:** Proponemos un caso de una ED segmentaria tras un diagnóstico de HZ en un paciente anciano que sugiere una relación causal entre ambas entidades.

**PO-239 ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY: EXCELENTE RESPUESTA A NALTREXONA Y MAGNESIO ORAL**

Ivonne Buitrago González(1), Xavier García-Navarro(1), Cristina Pla Ferrer(1), María Teresa Fernández-Figueras(2) y Juan Ramón Garcés Gatnau(1) de (1)Derma Associats - ISADMU. Centro Médico Teknon, Barcelona - España y (2)Anatomía Patológica. Grupo Quirón Salud. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - España.

La enfermedad de Hailey-Hailey es una genodermatosis vésico-ampollar infrecuente de herencia autosómica dominante, que afecta los pliegues y constituye para el dermatólogo un desafío tanto diagnóstico como terapéutico.

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudía de otro centro sin diagnóstico, por presentar placas costrosas erosionadas, dolorosas que asentaban sobre fondo de piel eritematosa, localizadas en cara anterior y lateral de cuello, fosas poplíteas y tronco superior. Así mismo, presentaba en axilas placas hipertróficas eritematosas y maceradas asociadas a ardor y en la región inguinal placas eritematodescamativas vegetantes malolientes.

Las lesiones descritas, presentaban un curso crónico, con brotes recurrentes y sobreinfección de 4 años de evolución. Por ello había recibido múltiples tratamientos tópicos con corticoides y antibióticos así como ciclos de antibioterapia oral sin respuesta. Ante este cuadro clínico nos planteamos dentro del diagnóstico diferencial el pénfigo vegetante, la enfermedad de Darier y la enfermedad de Hailey-Hailey.



Hayley Hayle pre tratamiento

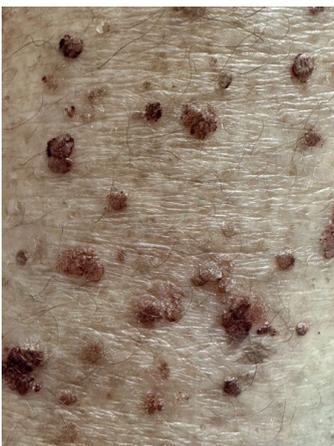
Se realizó biopsia cutánea compatible con enfermedad de Hailey- Hailey, con Inmunofluorescencia directa sin evidencia de depósitos IgA, IgM, IgG y C3. Se decidió iniciar tratamiento con naltrexona 6.25 mg/día y cloruro de magnesio 300 mg día. Al mes del tratamiento se constata una cesación del ardor y el dolor, así como una notable mejoría clínica de las lesiones cutáneas sin efectos adversos asociados al tratamiento

El Hailey -Hailey, es una enfermedad infrecuente, hay múltiples opciones terapéuticas descritas en la literatura , no siendo ninguna de ellas hasta la fecha un tratamiento específico ni totalmente efectivo; es importante evaluar un tratamiento personalizado y adaptado a cada paciente. Al tratarse de una enfermedad crónica y recalcitrante el control y seguimiento es fundamental para el acompañamiento del paciente, con la intención de brindarle una mejor calidad de vida.

El objetivo de la presentación es enfatizar la importancia de un diagnóstico precoz, ya que nuestro paciente presentaba las lesiones desde hacía 4 años y destacar la buena respuesta al tratamiento con naltrexona y magnesio, por lo que consideramos que puede ser un buen abordaje terapéutico para pacientes con Hayley-Hailey.

**PO-240 HALLAZGOS CLÍNICOS, DERMATOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS DE LA ACROQUERATOSIS VERRUCIFORME DE HOPF**

Raquel María Domínguez López(1), Jorge Naharro Rodríguez(1), Pedro Fernández Esparcia(1), Camino Pacho Guerra(1), Blanca Santos Latasa(1), Alejandra Veliz Domínguez(2) y Montserrat Fernández Guarino(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.



Acroqueratosis Verruciforme de Hopf

Se expone el caso de una mujer de 58 años, que acude a la consulta de dermatología por la presencia de lesiones cutáneas verrucosas a en tronco y extremidades no pruriginosas ni dolorosas que han ido apareciendo progresivamente desde la infancia. No reconoce ningún desencadenante ni lesiones similares en familiares.

La exploración física reveló pápulas marrónáceas verrucosas, hiperqueratósicas, aplanadas en región anterior de tronco y extremidades, especialmente en su zona distal, así como en dorso de dedos, manos y pies.

A la dermatoscopia se observaban áreas homogéneas con una red blanca central. En la periferia se forma un patrón en empedrado, así como puntos marrones dispuestos de forma regular en piel no lesional.

El estudio histológico reveló hiperqueratosis ortoqueratósica asociada a hiperplasia epidérmica, observándose áreas focales de hiperqueratosis picuda "en capitel" y acantosis. La correlación clínico-patológica permitió llegar al diagnóstico de acroqueratosis verruciforme. La paciente no aquejaba sintomatología por lo que no se inició terapia específica.

**Discusión:** La acroqueratosis verruciforme es una genodermatosis autosómica dominante causada por una mutación en el gen ATPA2 que codifica una ATPasa dependiente de calcio. Muchos la consideran una forma incompleta de enfermedad de Darier, ya que es el mismo gen el que se encuentra

afectado. Sin embargo, esta mutación tiene penetrancia incompleta, por ello los pacientes no siempre tienen antecedentes familiares afectados, como en nuestro caso. Clínicamente se caracteriza por pápulas asintomáticas aplanadas marrónáceas en el dorso de las manos y zona extensora de las muñecas, pudiéndose extender por brazos y piernas.

La dermatoscopia suele mostrar una red central blanquecina. Es típico el aspecto de empedrado junto con un patrón de rayos de sol en la periferia, así como puntos marrones dispuestos de forma homogénea sobre un fondo eritematoso perilesional. Histológicamente destacan las elevaciones epidérmicas "en capitel de iglesia", acantosis e hiperqueratosis.

A pesar del curso crónico de esta entidad y sus frecuentes recurrencias, suele presentar buena respuesta a retinoides orales, considerados tratamiento de elección y consiguiendo en muchos casos la mejoría e incluso resolución de las lesiones.

**PO-241 EL TONO HACE LA MÚSICA: QUERATODERMIA ESPINULOSA Y SUS MÚLTIPLES ASOCIACIONES**

Marta Folcrá González(1), Alberto Sáez Vicente(1), Silvia Salinas Moreno(2), Olivia López-Barrantes González(1), Luis Feito Sancho(1) y Gema Vázquez Contreras(1) de (1)Sección de Dermatología y (2)Sección de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** La queratodermia espinulosa (SpK) o en caja de música es una entidad infrecuente que se presenta como espículas hiperqueratósicas en palmas y/o plantas. En un tercio de casos se hereda con patrón autosómico dominante, siendo el resto de casos esporádicos. Se han descrito múltiples asociaciones, entre ellas neoplasias y fármacos, especialmente las estatinas.

**Caso clínico:** Varón de 73 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y reciente diagnóstico de dislipemia, consulta por aparición abrupta de lesiones hiperqueratósicas en palmas, sin otra clínica asociada. Se realizó una biopsia que mostró columnas de paraqueratosis e hipogranulosis subyacente, sin otros hallazgos, compatible con SpK. Ante este diagnóstico, se completó el estudio con hemograma, proteinograma y TAC corporal, con resultados normales. Se suspendieron las estatinas, dado su inicio seis meses antes de comenzar la clínica

cutánea, y se indicó tratamiento con tazaroteno 0,05% tres días en semana. A pesar del tratamiento y la suspensión del fármaco, las lesiones no remitieron.

**Discusión:** Se han descrito múltiples asociaciones de la SpK: EPOC, tuberculosis, enfermedades metabólicas, fármacos, etc. Si bien su origen paraneoplásico es controvertido, se ha descrito asociación con neoplasias como la leucemia linfocítica crónica, el cáncer colorrectal o tumores cutáneos.

El diagnóstico se apoya en el estudio histopatológico, que muestra hallazgos similares a las poroqueratosis, si bien se diferencia en la ausencia de células disqueratóticas, vacuoladas o displásicas. Respecto a las lesiones cutáneas, no presentan riesgo de malignización, a diferencia de las poroqueratosis. El tratamiento de la SpK es generalmente poco efectivo y se basa en la utilización de queratolíticos, la extirpación mediante curetaje o los retinoides sistémicos. La resolución definitiva es infrecuente, pero no suele causar preocupación en los pacientes por su naturaleza asintomática. La asociación con neoplasias apoya la realización de pruebas complementarias al diagnóstico, aunque no existen guías al respecto, por lo que se recomienda un cribado acorde a otros factores de riesgo.

**Conclusiones:** Se presenta un caso de SpK adquirida resistente al tratamiento a pesar de suspensión de estatinas y uso de retinoides tópicos. No se encontró relación en este caso con ninguna de las neoplasias descritas en la literatura.

### PO-242 SÍNDROME DE LEIOMIOMATOSIS Y CARCINOMA RENAL HEREDITARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Carmen Rosa García Acebes(1), Blanca Díaz Ley(1), María Castellanos González(1), Vanessa Gargallo Moneva(1), Alicia Cabrera Hernández(1), Nuria Valdeolivas Casillas(1), Lone Nielsen(2) y María Agustina Segurado Rodríguez(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid) - España.

**Introducción:** El Síndrome de leiomiomatosis y carcinoma renal hereditario es una enfermedad rara. Se trata de una patología de herencia autosómica dominante, que cursa con leiomiomas cutáneos (75%), leiomiomas uterinos (90%) y carcinoma renal papilar tipo (10-15%), este último de inicio temprano y comportamiento agresivo. Es debido a una mutación en el gen FH (1q42.3-43), que codifica la proteína fumarato hidratasa. Es una enzima del ciclo de Krebs que actúa como supresor tumoral.

**Caso Clínico:** Varón de 24 años con antecedentes personales de rinoconjuntivitis alérgica y asma. Amigdalectomía y apendicectomía. Consulta por múltiples lesiones dolorosas en miembros superiores e inferiores. A la exploración presenta varios nódulos violáceos en muslo derecho, pierna izquierda, MMSS y tronco, de bordes bien delimitados, dolorosos a la palpación, de consistencia dura. Se extirpó la lesión del muslo derecho y la pierna izquierda. En la Anatomía patológica se observan fascículos de fibras de músculo liso entrelazadas con fibras de colágeno, distribuidas de forma irregular en la dermis y respetando la epidermis. Las células tienen un núcleo con forma alargada. Ante la sospecha de leiomiomatosis hereditaria o síndrome de Reed, se solicita estudio genético del gen Fumarato hidratasa, que detecta una variante patogénica: c.301C>T (p.Arg101Ter o FH Arg58Ter). Da lugar a una variante nonsense, que genera un codón de parada prematuro (CGA>TGA). Esta variante, ha sido reportada en varias familias con leiomiomatosis hereditaria y en síndrome de cáncer de células renales. En el estudio ecográfico, ambos riñones de tamaño, localización y morfología normales, con adecuada diferenciación corticomedular y parénquima conservado. No se identifican lesiones focales, imágenes líticas ni signos de UPO en el momento actual. Se observa un microquiste cortical en el tercio medio del riñón izquierdo. Pendiente de RMN.

**Discusión:** En los pacientes que presentan la mutación del gen FH, las actividades preventivas deben incluir: una evaluación dermatológica anual o bianual (se han descrito algunos casos de degeneración a leiomiomasarcoma), evaluación ginecológica anual y RMN abdominal anual. Revisada la literatura, se aconseja la realización de RMN desde la adolescencia, ya que el carcinoma renal papilar tipo II suele ser hipoecoico en la ecografía y puede ser interpretado como un quiste.

### PO-243 ICTIOSIS, HIPOGONADISMO Y OLIGOFRENIA

Alejandro García Vázquez(1) y María Jesús Torres(2) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España y (2)Clínica Dermatológica Dra. M<sup>a</sup> Jesús Torres, Barcelona - España.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 18 años, nacida en República Democrática del Congo, que presenta xerosis y descamación ictiosiforme generalizada desde la infancia. Además, asocia talla baja, desarrollo incompleto de caracteres sexuales y retraso mental. El síndrome de Rud es una entidad descrita en 1927, caracterizada por la tríada de ictiosis, hipogonadismo y oligofrenia, aunque puede asociarse a síntomas neurológicos variados. Es una enfermedad rara y escasamente descrita en la literatura. La heterogeneidad de los casos descritos y la superposición genética con otras formas de ictiosis ha llevado a que muchos autores pongan en duda su existencia como entidad propia. Se describe un patrón de herencia autosómica recesiva en la mayoría de los casos, y algunos se han relacionado con deleciones en el gen de la sulfatasa esteroidea. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras ictiosis con síntomas neurológicos, como el síndrome de Sjögren-Larsson, el síndrome de Conradi-Hünemann-Happle y el síndrome de Refsun.

Presentamos el caso de una paciente valorada en República Democrática del Congo, describimos sus características clínicas más importantes y discutimos el diagnóstico diferencial.

### PO-244 SÍNDROME DE SJÖGREN-LARSSON

Irene Loizate Sarrionandia(1), Eduardo de la Rosa Fernández(1), José González Rodríguez(1), Elsa Benítez García(1), Estela García Peris(1) y José Suárez Hernández(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España.

**Introducción:** El síndrome de Sjögren-Larsson es un trastorno neurocutáneo autosómico recesivo caracterizado por la tríada clínica de ictiosis congénita, di- o tetraplejía, y retraso mental. Está causado por mutaciones en el gen FALDH3A2.

**Material y método:** Niño de 5 años con antecedente de nacimiento pretérmino (edad gestacional 33 semanas), eritrodermia congénita y diplejia espástica. Es dependiente para todas las actividades de la vida diaria, se desplaza en silla de ruedas y presenta prurito generalizado. En la exploración física presenta una piel de tono marrónáceo y engrosado, xerosis generalizada con descamación fina, liquenificación en zona de la nuca y rodillas y queratodermia palmo-plantar leve. El estudio genético muestra una mutación recesiva en el gen FALDH3A2 que es diagnóstico de síndrome de Sjögren-Larsson.

**Resultados:** Se pauta tratamiento con emolientes y antihistamínicos y se inicia un abordaje multidisciplinar a largo plazo, en conjunto con neurología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y nutrición. Durante el seguimiento presenta afectación neurológica severa con retraso mental y defectos del habla, por lo que acude a clases adaptadas en la escuela. Presenta luxación de cadera que se maneja de forma conservadora y contracturas musculares que se manejan con fisioterapia. Presenta sordera por tapones de cerumen recurrentes que se extraen regularmente. Presenta un estrabismo divergente controlado con lentes.

**Discusión:** La mutación en FALDH3A2 produce una deficiencia del aldehído deshidrogenasa grasa (FALH), enzima que cataliza la oxidación de aldehídos alifáticos de cadena larga a ácidos grasos. Esta vía es importante, para la síntesis de lípidos epidérmicos, y por otro lado, para el catabolismo de fosfolípidos de éter y esfingolípidos en el cerebro. El diagnóstico se confirma mediante estudio genético. El diagnóstico diferencial clínico con la eritrodermia ictiosiforme congénita y otras ictiosis recesivas congénitas suele retrasarse hasta la aparición de síntomas neurológicos. No hay tratamiento curativo y el manejo debe ser multidisciplinar con dermatología, neurología, oftalmología, ortopedia, sin olvidar la ayuda psicosocial.

**PO-245**

**TRATAMIENTO CON SONIDEGIB ORAL DE CARCINOMAS BASOCELULARES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GORLIN**

Fernando Moro Bolado(1), Cristina Abraira Meriel(2), María del Amparo Sánchez López(2), Saray Simón Coloret(2), Cristina Naharro Fernández(2), Lucía Quintana Castanedo(2), Marcos Antonio González López(2), Leandra Reguero del Cura(1), Marina Lacalle Calderón(1), Ana Mª Salas Martínez(1) e Inés Quintana Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.

**Introducción:** El manejo de los carcinomas basocelulares (CBC) presentes en el síndrome de Gorlin resulta un reto terapéutico. Los inhibidores de la vía Hedgehog (IHH) representan una alternativa de creciente importancia para el manejo de estos pacientes.

**Caso clínico:** Varón de 42 años con diagnóstico clínico de síndrome de Gorlin. Presenta múltiples CBC desde los 20 años, por los que ha precisado más de 100 intervenciones quirúrgicas hasta la fecha, con necesidad de anestesia general en las últimas intervenciones. Su hermano, padre y abuelo paterno presentan el mismo cuadro clínico. Además tiene un hijo varón de 15 años sin signos clínicos en el momento actual.

En la exploración física presenta más de 100 lesiones compatibles con CBC en cuero cabelludo, región facial, región torácica y tercio superior de la espalda. También se observan pits palmoplantares y ha tenido hace años quistes odontogénicos. Se solicitan pruebas de imagen, con radiografía de cráneo, mandibular, columna, tórax y parrilla costal sin hallazgos reseñables. En la resonancia magnética cerebral se objetiva meningioma en surco olfatorio de 15 mm de diámetro y calcificaciones de la hoz del cerebro. Además se solicita estudio genético identificándose la presencia en heterocigosis de la variante patogénica en el gen PTCH1 c.1526G>A p.(Gly509Asp).

Dado el elevado número de lesiones se solicita autorización y se comienza tratamiento con sonidegib 200 mg a diario. A los 3 meses tras inicio del tratamiento se objetiva desaparición de unos 30 CBC menores de 10 mm de diámetro, y reducción y aplanamiento del resto de lesiones. Solo reporta dispepsia grado 1 CTCAE, sin alteraciones analíticas, calambres musculares, disgeusia, náuseas, diarrea, astenia ni alopecia.

**Discusión:** El tratamiento con IHH está aprobado para el tratamiento del CBC localmente avanzado o metastásico. En los últimos años se ha comenzado a utilizar en el tratamiento de pacientes con síndrome de Gorlin, constituyendo una alternativa a la extirpación quirúrgica periódica que requieren estos pacientes. Aunque se han descrito efectos adversos, los pacientes tienen, por lo general, buena tolerancia al tratamiento, que puede mejorarse realizando cambios en el estilo de vida o tratamientos farmacológicos añadidos. Todo ello mejora la adherencia al tratamiento y la consecución del objetivo terapéutico.

**PO-246**

**PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE SÍNDROME DE GORLIN**

Ana Sirgado Martínez(1), Alberto Conde Taboada(1), Alfredo García Mares(1), Ricardo Moreno Borque(1), Elena Lozano Martínez(1), Lucía Campos Muñoz(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

Presentamos el caso de una paciente de 60 años que fue derivada a nuestro servicio por Cirugía General tras la extirpación de una lesión en cuero cabelludo con diagnóstico de presunción de quiste epidermoide. Como antecedentes personales, se le había diagnosticado un síndrome de Klippel Feil incompleto 30 años atrás. Presentó complicaciones post quirúrgicas, sufriendo una dehiscencia de la herida y una infección postquirúrgica que se trató con Amoxicilina/Ácido Clavulánico y curas. Para facilitar las curas, se rasuró el pelo, evidenciándose múltiples lesiones en cuero cabelludo que eran clínicamente compatibles con carcinomas basocelulares. El resultado histopatológico de la lesión inicial fue un carcinoma basocelular de patrón expansivo. En la exploración física, se hallaron otros carcinomas en tronco y extremidades.

Los antecedentes personales de la paciente y la localización de las lesiones, en zonas no fotoexpuestas y sin radioterapia previa, nos hizo plantearnos la posibilidad de que sufriera un síndrome de Gorlin. Se pidió un TC dental para valorar la presencia de quistes odontogénicos y derivamos a consulta de Consejo Genético, donde se realizó un panel NGS para cáncer hereditario y, además, se estudió el gen PTCH1. Las mutaciones en este gen son las más frecuentemente asociadas a este síndrome. El panel para cáncer hereditario fue negativo. En el estudio del gen PTCH1, se halló la mutación c.945+5G>A, considerada probablemente patogénica en la base de datos ClinVar.

El síndrome de Gorlin es una enfermedad hereditaria poco frecuente, autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de carcinomas basocelulares y quistes odontogénicos a edades tempranas, junto con malformaciones vertebrales y costales. Presenta alta penetrancia y

expresividad variable. El diagnóstico requiere 2 criterios clínicos mayores o 1 criterio mayor y 3 menores, entre los que se encuentran las malformaciones vertebrales. La presencia de una mutación patogénica o probablemente patogénica en PTCH1 o SUFU establece el diagnóstico cuando los criterios clínicos no son suficientes.

En nuestro caso, la paciente presentaba un cuadro clínico poco habitual, con un debut tardío de la enfermedad y malformaciones vertebrales filiaadas como un síndrome Klippel Feil incompleto. La presencia de una mutación poco frecuente y la variable expresividad pueden justificar estos hallazgos.

ZONA  
PÓSTER

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

PO-247

### INFECCIONES GENITALES POR VIRUS HERPES EN URGENCIAS DERMATOLÓGICAS DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Lía Bejarano Antonio<sup>(1)</sup>, Laura Puebla Tornero<sup>(1)</sup>, Adolfo Alejandro Cabanillas Cabral<sup>(1)</sup>, Mónica Martins Lopes<sup>(1)</sup>, José Antonio Fernández Oliva<sup>(1)</sup>, Sergio Rodríguez Conde<sup>(1)</sup>, María Alejandra Ruiz Villanueva<sup>(1)</sup> y Virginia Velasco Tirado<sup>(1)</sup> de <sup>(1)</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.

**Introducción y Objetivo:** El herpes genital es la segunda infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en el mundo por detrás del condiloma acuminado y la primera causa de úlcera genital en la población sexualmente activa de nuestro medio. El virus herpes simple tipo 2 (VHS-2) es considerado la causa más frecuente de herpes genital, pero en los últimos años se ha descrito un aumento de la incidencia del virus herpes tipo 1 (VHS-1). El objetivo de nuestro estudio consiste en llevar a cabo una descripción de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de herpes genital en urgencias dermatológicas.

**Material y Métodos:** Se diseñó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes diagnosticados por el servicio de dermatología de herpes genital entre mayo de 2020 y diciembre de 2023 en urgencias hospitalarias de un hospital de cuarto nivel. Las muestras de las lesiones genitales se recogieron mediante hisopos estériles en medio de transporte vírico y eran enviados al servicio de Microbiología para llevar a cabo una reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

**Resultados:** Se diagnosticaron 203 ITS, de las cuales 56 fueron un herpes genital (28%), 17 (30,4%) en mujeres y 39 (69,6%) en hombres. Se llevó a cabo PCR en 48 pacientes (85,7%). En 38 de ellos (79,2%) se confirmó el diagnóstico por la detección de ADN viral. Se diagnosticaron 28 casos de VHS-1 (73,7%) y 10 casos de VHS-2 (26,3%). El VHS-1 se detectó en el 58% de los hombres y en el 80% de las mujeres. La edad media de las mujeres diagnosticadas de VHS-1 fue de 25 años y de VHS-2 fue de 43 años. El 12.5% de los VHS-1 tuvieron al menos 1 recurrencia. En 9 de los pacientes con VHS, 2 mujeres y 7 hombres, se objetivó otra ITS concomitante, siendo más frecuente la Chlamydia trachomatis.

**Conclusión:** Destaca un aumento de la prevalencia del VHS-1 en nuestro medio como agente causante de herpes genital. Dado el menor riesgo de recurrencias que tiene el VHS-1, conocer este dato resulta relevante a la hora de ofrecer información pronóstica. Se debe incidir en el potencial riesgo de transmisión del VHS-1 de localización labial a genital.

Como limitaciones del estudio destacan que se suspendió la realización de PCR de VHS debido a la pandemia mundial por SARS Cov-2 y que la población femenina es frecuentemente atendida por ginecología sin valoración dermatológica.

PO-248

### SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN AUTOINMUNE EN CONTEXTO DE SARCOMA DE KAPOSI DISEMINADO: REPORTE DE DOS CASOS

Cristina Fernández Romero<sup>(1)</sup>, Lorena Vila Cobreros<sup>(1)</sup>, Juan Flores Cid<sup>(2)</sup>, Tamara Fenollosa Sanz<sup>(3)</sup>, Marta Valero Núñez<sup>(4)</sup>, Víctor Carlos Puglia Santos<sup>(5)</sup>, Laura Andrea Galeano Paniagua<sup>(5)</sup>, Osvaldo Gabriel Pereira-Resquin Galvan<sup>(1)</sup>, Alba Llorens López<sup>(1)</sup>, Rafael Carmena Ramón<sup>(6)</sup> y Esther Quecedo Estébanez<sup>(1)</sup> de <sup>(1)</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna, sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, <sup>(3)</sup>Servicio de Oncología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, <sup>(4)</sup>Servicio de Hematología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, <sup>(5)</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España y <sup>(6)</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Plana, Villarreal (Castellón) - España.

**Introducción:** El síndrome inflamatorio de reconstitución autoinmune (SIRI) asociado al sarcoma de Kaposi (SK) se presenta como un empeoramiento paradójico de las lesiones tras el inicio de la terapia antiviral.

**Caso 1:** Varón de 36 años, natural de Brasil que ingresó por fiebre recurrente, cuadro constitucional, pancitopenia y lesiones cutáneas en forma de placas y nódulos eritematovioláceos generalizados que habían comenzado hace unas semanas. Tras descartar múltiples etiologías infecciosas y proceso linfoproliferativo, se detectó positividad no conocida para VIH. Las muestras en piel, ganglio y médula ósea fueron compatibles con Sarcoma de Kaposi, iniciando tratamiento antiviral y doxorrubicina liposomal. Al mes del inicio del tratamiento, el paciente ingresó con un SIRI, rápida progresión del SK y falleció por fracaso multiorgánico.

**Caso 2:** Varón de 45 años, natural de Ecuador, que acudió por lesiones compatibles con sarcoma de Kaposi a nivel cutáneo y ganglionar, en contexto de infección no conocida por VIH y sífilis. Al mes del inicio del tratamiento antiviral, el paciente ingresó por cuadro de disnea y pancitopenia, compatible con SIRI, progresión del SK y, finalmente, falleció.

**Discusión:** Clásicamente, el SIRI se ha descrito como un empeoramiento paradójico de infecciones preexistentes o subclínicas del paciente con VIH como consecuencia del inicio de la terapia antiviral. Sin embargo, en el contexto de SK, la clínica se presenta con empeoramiento de las lesiones cutáneas preexistentes, linfedema y extensión a otros órganos, siendo necesario el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Castleman y el síndrome de citoquinas inflamatorias por SK (KICS). No se recomienda la interrupción del tratamiento antiviral y debe iniciarse terapia sistémica con antraciclinas liposomales.

**Conclusión:** Presentamos dos casos de SK-SIRI, una entidad con una alta morbi-mortalidad que debe tenerse en cuenta ante un rápido empeoramiento tras el inicio de la terapia antiviral.

#### PO-249 CONDILOMATOSIS GIGANTE DE BUSCHKE LOWENSTEIN

Olga González Angulo(1), Juan Bosco Repiso Jiménez(1), Luz María Arcas Marín(2), Fermín Palma Carazo(2), María Inés Fernández Canedo(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Dermatología y (2)Cirugía General. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Introducción:** La condilomatosis gigante es la manifestación más extrema y desfigurante de la infección anogenital por el virus del papiloma humano (VPH) de bajo riesgo. Presentamos tres casos que, por sus manifestaciones clínicas, particularidades y resolución consideramos de gran interés para su difusión.

**Casos Clínicos:** Una mujer de 28 años, y dos varones de 52 y 77 años consultaron por lesiones tumorales anogenitales de gran tamaño. Se descartó inmunosupresión. En el primer caso se apreciaron grandes tumores verrucosos que borrarían por completo los genitales externos femeninos y el margen anal, confirmándose en las biopsias el diagnóstico de condilomas acuminados. En el segundo caso, además de lesiones verrucosas perianales y escrotales de gran tamaño se demostró mediante la exploración, la toma de biopsias y las pruebas de imagen un carcinoma escamoso en la zona perianal. El tercer caso, en el que las lesiones afectaban sobre todo a los pliegues inguinoescrotales, tras el tratamiento quirúrgico se pudo comprobar en las muestras histológicas la degeneración neoplásica. La cirugía fue resolutoria por completo en dos de los casos, con buenos resultados estéticos y funcionales. En el segundo caso se optó por quimiorradioterapia con resolución del carcinoma anal y de la mayoría de los condilomas.

**Discusión:** El tumor de Buscke-Lowenstein es una enfermedad rara que se presenta en forma de grandes tumores verrucosos en región anogenital. Presenta crecimiento muy lento, y el factor tiempo es un factor reconocido. Se asocia en más del 90% a la infección por VPH subtipos 6 y 11. Puede producir destrucción de los tejidos en los que asienta y transformación maligna, que se debe siempre considerar. La cirugía es de elección, también en los casos malignos. En la zona perianal en tumores de diámetro mayor a 2 cm y en todos los tumores del canal anal, la quimiorradioterapia es de elección por la frecuente dificultad de conseguir exéresis completas sin recurrir a amputaciones, como en nuestro tercer paciente. La radioterapia puede ser una alternativa en los condilomas gigantes, como pudimos apreciar en nuestro segundo paciente. La mortalidad global de la enfermedad se ha estimado en torno al 20%, en su mayoría debido a sobreinfección o a degeneración maligna, siendo frecuentes las recidivas.

#### PO-250 VIH POSITIVO: UNA LESIÓN, DOS PATOLOGÍAS

Bárbara Lada Colunga(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandón(1), Ane Lobato Izagirre(1), Isabel Gainza Apraiz(1), Juan Luis Artola Igarza(1), Rosa María Izu Beloso(1) y Goikoane Cancho Galán(1) de (1)Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

Tanto el sarcoma de Kaposi (SK) como la angiomasosis bacilar (AB) son lesiones angiomasóticas con gran similitud clínica que aparecen principalmente en pacientes con VIH. Ante la presencia de este tipo de lesiones debemos plantearnos el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades cuya etiopatogenia difiere.

Se presenta el caso de un varón de 31 años y de origen nigeriano que ingresa por importante afectación del estado general y edemas en extremidades inferiores. Se nos interconsulta por la presencia de tres tumoraciones de aspecto friable y múltiples placas violáceas de consistencia indurada en región pretibial e inguinal. La histología de las lesiones tumorales orientaba hacia una angiomasosis bacilar que fue confirmada a través de PCR para Bartonella quintana. A su vez, las mismas lesiones presentaban positividad inmunohistoquímica para HHV-8. Nos encontramos pues, ante un caso de AB y SK coexistentes. Además, las lesiones tipo placa presentaron una histología compatible con SK y revelaron positividad difusa para HHV-8.

El paciente fue clasificado en un estadio VIH C3 tras el recuento de linfocitos CD4 y carga viral y presentó serologías positivas para Bartonella Haenslae y Bartonella Quintana. Tras la realización de un TAC se evidenció hepato-esplenomegalia, afectación del parénquima pulmonar, adenopatías inguinales y lesiones óseas de carácter lítico, todo ello compatible con angiomasosis bacilar.

Por tanto, clínicamente puede resultar muy complejo discernir entre el SK y la AB, siendo fundamental apoyarnos en la anatomía patológica. Se presenta el caso de una lesión con diagnóstico simultáneo de estas dos entidades, que, aunque es infrecuente debemos tener siempre en mente, dado que tiene implicaciones no sólo terapéuticas sino también pronósticas.

#### PO-251 CAMBIO DE PARADIGMA EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS); A TRAVÉS DE UN CASO

Paula Penas Alonso(1), José Antonio Varela Uría(1), Irene Andrés Ramos(2), Elías Alejandro Albarrán Coria(1), Ángel Fernández Camporro(1), Teresa González de las Heras(1) y Lucía Palacio Aller(1) de (1)Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (2)Hospital San Agustín, Avilés (Asturias) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo de patologías transmitidas de humano a humano con susceptibilidad general en la población y cuya incidencia está en aumento. Esto ha hecho que la Organización Mundial de la Salud establezca como meta la reducción de la incidencia de ITS antes de 2030. Sin embargo, la ausencia de inmunidad tras la infección, la importación

de patógenos de otras áreas y las presentaciones asintomáticas dificultan la situación y el diagnóstico. Las prácticas sexuales han evolucionado en las últimas décadas. En este contexto, aparecen coinfecciones frecuentes incluso a distintos niveles: faríngeo, rectal, uretral o genital.

**Métodos:** Se presenta un caso clínico de un paciente varón de cuarenta años que mantenía sexo con hombres y mujeres que consultó en una Unidad de ITS de Dermatología. A la anamnesis, el paciente reconoció practicar sexo oral, penetración anal (tanto activa como pasiva) y penetración vaginal sin método barrera. Se decidió realizar toma de muestras de PCR y cultivo a nivel faríngeo y rectal, determinación en orina de patógenos genitales y extracción de serología.

**Resultados:** La PCR faríngea fue negativa en los patógenos genitales estudiados. El exudado rectal fue positivo para *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y linfogranuloma venéreo. En orina la PCR fue positiva para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. La serología fue negativa para hepatitis B y C, positiva para VIH y sífilis (prueba treponémica).

**Conclusiones:** Las prácticas sexuales de riesgo permiten la transmisión de múltiples patógenos genitales por lo que las coinfecciones son posibles y cada vez más frecuentes. Existen referencias, a nivel nacional, de coinfecciones en los años 90 tratándose en este caso de prácticas de riesgo generalmente heterosexuales con relación vaginal. El cambio en las conductas sexuales debe dar lugar a un cambio de paradigma realizando un despistaje amplio según práctica de riesgo y adaptando la toma de muestras. Los dermatólogos, como venereólogos, debemos mantenernos al día de dichos cambios e implementarlos en nuestras consultas y, como no puede ser de otra manera hablando de ITS, insistir en la recomendación de medios de barrera.

### PO-252 SÍFILIS MALIGNA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE SÍFILIS SECUNDARIA

Jurvist Stee Rodríguez Blandón(1), Nekane Martínez Peña(1), Mikel Meruelo Ruano(1), Jaime González del Tánago Diago(1), Miguel Zaldúa Arrese(1) y Rosa María Izu Beloso(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

**Introducción:** La sífilis ulcero nodular, también conocida como maligna o rupioide, es una forma rara y severa de sífilis secundaria, se caracteriza por síntomas sistémicos y lesiones cutáneas extensas, polimorfas y destructivas, con una rápida progresión hacia complicaciones sistémicas potencialmente mortales. Se presenta el caso de un paciente con sífilis maligna, destacando los desafíos en el diagnóstico precoz y el manejo de esta enfermedad grave.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** Varón de 48 años, sin antecedentes personales de interés y serologías negativas hace un año. Consulta por lesiones cutáneas, malestar general, astenia, fiebre intermitente y pérdida de 10 kilos en un mes. En el examen físico se evidencian pápulas eritematocostrosas, pústulas, nódulos y úlceras, algunas con costra necrótica, de distribución general y simétrica, afectando mucosas. Además, presenta disminución de la agudeza visual. Las serologías son positivas para VIH y sífilis.

Presenta alta carga viral, 310 linfocitos CD4 y títulos de RPR de 1/64. La histología muestra una dermatitis granulomatosa supurativa y vasculitis aguda con trombos intraluminales. Con estos datos se llega al diagnóstico de sífilis maligna y ocular (uveítis) en paciente con infección por VIH no conocida. Se inicia tratamiento con penicilina intravenosa e intramuscular con mejoría progresiva y resolución del cuadro clínico.

**Conclusiones:** El caso subraya la importancia de considerar la sífilis maligna en pacientes con lesiones cutáneas extensas y síntomas sistémicos graves, especialmente aquellos con factores de riesgo como la coinfección con VIH y prácticas sexuales de alto riesgo. El diagnóstico temprano y el tratamiento con penicilina son cruciales para prevenir complicaciones potencialmente mortales. Además, resalta la necesidad de una vigilancia continua y una educación pública sobre la sífilis, especialmente en poblaciones vulnerables, para abordar esta enfermedad reemergente y prevenir su propagación.

### PO-253 SÍFILIS QUE SIMULA UNA NEOPLASIA EN UN PACIENTE VARÓN DE 51 AÑOS CON HIDRADENITIS SUPURATIVA TRATADO CON ADALIMUMAB

Juan Ruiz Sánchez(1), Joaquín Espiñeira Sicre(1), Laura Cuesta Montero(1), Leticia Espinosa del Barrio(2), Lucía García Sirvent(1), Joan García Vilar(1), Pilar Soro Martínez(1), Laura García Fernández(1), Julia Miralles Botella(1), Elfidia Aniz Montes(1) y Pedro Jesús Esteve Atiénzar(2) de (1)Sección de Dermatología y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant (Alicante) - España.

Varón de 51 años ingresado por cuadro poliadenopático sin síntomas constitucionales. Como antecedentes presentaba hidradenitis supurativa, en tratamiento con adalimumab, historial de consumo de drogas y de relaciones sexuales de riesgo.

Se realizó una ecografía inguinal, donde se evidenciaron adenopatías inguinales bilaterales. Tras esto, se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET-CT) de abdomen y pelvis, que mostró múltiples adenopatías inguinales, en cadenas ilíacas externas, mesorrecto y paraaórticas izquierdas sospechosas de malignidad, así como lesiones óseas sospechosas de metástasis en ambas palas ilíacas y en la vértebra C1. Las serologías de infecciones causantes de cuadros poliadenopáticos fueron negativas, salvo para sífilis (RPR 1/32, TPHA positivo).

Ante esto, se realizó una biopsia de un ganglio linfático de la cadena ilíaca externa derecha, que mostró linfadenitis reactiva de posible etiología luética, sin evidencia de infiltración neoplásica en la muestra.

Dada la estabilidad clínica del paciente y los hallazgos sugestivos de sífilis con una cronología incierta en el contexto de la inmunosupresión por adalimumab, se suspendió el tratamiento biológico. El paciente recibió penicilina G benzatina 2,4 millones UI intramuscular tres dosis repartidas en tres semanas y el alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas.

En el seguimiento posterior, se realizó un PET-CT nueve semanas después de completar el tratamiento con antibióticos, que mostraba mejoría morfometabólica en las adenopatías previamente sospechosas de malignidad, con resolución del hipermetabolismo asociado con las lesiones

óseas. El RPR también se negativizó 14 semanas después de completar el tratamiento para la sífilis. Hasta el momento actual, después de más un año de seguimiento desde la fecha de alta, el paciente se mantiene estable, con resolución clínica de las adenopatías y una hidradenitis bien controlada, sin necesidad de reintroducción de la terapia anti-TNF- $\alpha$ .

Se ha descrito en la literatura un caso de sífilis que imitaba una neoplasia metastásica en un paciente con espondiloartropatía tratado con certolizumab-pegol, siendo este el segundo caso descrito en el que la sífilis remedaría el comportamiento de una neoplasia en un paciente en tratamiento con anti-TNF- $\alpha$  y el primero descrito en un paciente con patología dermatológica de base.

**PO-254** A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍFILIS MALIGNA EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Elena Vicente Basanta(1), Laura Taboada Paz(1), Silvia Ojea Varona(1), Adrián Santiago López Caamaño(1), María Blanco Bellas(2) y Sandra Peña López(1) de (1) Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España.



*Pápulo-pústulas con afectación palmar*

Se presenta el caso de una mujer de 53 años, con antecedentes médicos de ce-falea tensional y tabaquismo. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de malestar general, fiebre y cefalea, así como aparición progresiva de lesiones do-lorosas en tronco y extremidades. A la exploración dermatológica presenta le-siones eritemato-papulosas, algunas con un centro ulcerado cubierto por una costra hemática, con extensa afectación de tronco, extremidades, cuero cabellu-do y cara. En palmas y plantas presenta aisladas lesiones eritematosas, ligeramen-te infiltradas. No se observaron lesiones en las mucosas.

Como antecedente relevante, su pareja había sido diagnosticado y tratado de sí-filis hacía dos meses y la paciente había realizado serologías para enfermedades de transmisión sexual entonces, siendo negativas.

En la analítica presenta leve elevación de los parámetros de respuesta inflama-toria sistémica. La serología para lúes resultó positiva (TPHA positivo, enzimo inmuno análisis positivo, RPR positivo a título 1/128) y el resto negativas (VIH, sarampión, rubéola, virus de la varicela-zoster, virus de Epstein-Barr, virus del herpes simple, citomegalovirus, parvovirus B19, virus de la hepatitis C, y B). Al presentar clínica neurológica se decide completar estudio con TAC cerebral y

punción lumbar, resultando ambos anodinos. Se identificó además *Treponema pallidum* de manera directa en las lesiones cutáneas por PCR del frotis del exudado y en el estudio inmunohistoquímico de la biopsia. Ante los hallazgos clínicos e histopatológicos, la paciente fue diag-nosticada de sífilis secundaria maligna (SM) y recibió 3 dosis intramusculares de penicilina benzatina (2,4 M UI i.m), separadas por 1 semana, sin presentar reacción de Jarisch Herxheimer. En el control realizado 1 mes después del tratamiento, las lesiones y la sintomatología de la paciente habían mejorado notablemente, persistiendo cicatrices hiperpigmentadas y títulos de RPR de 1/16. La SM es una forma infrecuente de sífilis secundaria, más frecuentemente asociada a la infección por el VIH, que se caracteriza por presentar mayor afectación del estado general y le-siones cutáneas úlcero-necróticas. Se describe el caso de una paciente inmunocompetente con SM que además presentó una seroconversión rápida siendo las serologías negativas 1 mes antes.

ZONA PÓSTER

INFECCIONES FÚNGICAS

**PO-255** MUCORMICOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Antoni Azón Masoliver(1), Marc Hernández Santacana(2), Claudia Guilarte Cadavide(2), María Ayguasanosa Ávila(2) y José Manuel Mascaró Galy(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Introducción:** La Mucormicosis Cutánea Primaria es una infección oportunista de la piel causada por hongos del orden Mucoral. Es más prevalente en pacientes diabéticos y en inmunodeprimidos. Por su importante morbimortalidad es necesario un alto índice de sospecha y la instauración precoz del tratamiento.

**Descripción del caso:** Presentamos el caso de un varón de 68 años diabético, trasplantado hepático en tratamiento inmunosupresor con Ta-crolimus, Micofenolato y Prednisona, y con Linfedema Crónico en extremidad inferior izquierda que acude a urgencias por una lesión dolorosa de crecimiento progresivo en pierna izquierda de 15 días de evolución, de aparición una semana posterior a un ingreso por celulitis en esa misma pierna.

Inició como una ampolla tensa que se rompió espontáneamente drenando material seroso. La lesión fue creciendo hasta presentar una placa inflamatoria de 15cm de diámetro con bordes violáceos y signos de necrosis en periferia. Se realizó una biopsia cutánea para Anatomía Patoló-gica y Microbiología, se indicaron curas tópicas y se inició antibioterapia de amplio espectro con sospecha de úlcera dérmica sobreinfectada.

A los 3 días, en el análisis histológico se observaron estructuras fúngicas tipo levaduras e hifas gruesas no septadas con ramificación irregular en dermis e hipodermis, compatibles con una micosis profunda causada por hongos Mucorales. Se confirmó en el cultivo de la biopsia donde

se aislaron colonias de *Litchtheimia corybifera* y *Enterococcus faecium*. Se inició tratamiento antifúngico con Anfotericina B e Isovconazol, antibioterapia dirigida, y se realizó un desbridamiento quirúrgico de la úlcera. Se retiró la Anfotericina B a los 10 días por nefrotoxicidad y se mantuvo Isovconazol durante 7 meses con buena respuesta clínica. En segundo tiempo, mediante un injerto de piel parcial, se reconstruyó la zona afectada.

**Discusión:** Ante una lesión cutánea de evolución tórpida en pacientes inmunodeprimidos o con factores de riesgo, debemos tener en cuenta las infecciones oportunistas, entre ellas la mucormicosis. Ésta puede asociar una mortalidad de entre el 25 y el 31%, por lo que es necesario un diagnóstico precoz. Aun siendo de primera línea la Anfotericina B, otras opciones de tratamiento con derivados azólicos por vía oral, como Isovconazol, han demostrado ser eficaces y con mejor perfil de seguridad.

**PO-256 VULVA, CÁNDIDAS Y GLIFOZINAS**

Lucía Barchino Ortiz(1), Ana Pulido Pérez(1), Irene Molina López(1), María Córdoba García-Rayó(1), Speranza Anedda(1), Marta Bergón Sendín(1) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IIISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** Las glifozinas son un grupo de antibióticos orales que actúan inhibiendo el cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2). Incluyen empaglifozina, canaglifozina, dapaglifozina y ertuglifozina. Su efecto glucosúrico favorece la colonización por *Candida* y la candidiasis vulvovaginal, siendo este uno de sus principales efectos adversos. Esto es especialmente relevante en mujeres postmenopáusicas donde estos cuadros ya no son habituales.

**Material y Métodos:** Describimos los casos de las mujeres en tratamiento con inhibidores SGLT2 valoradas en la consulta de dermatología ginecológica de nuestro hospital con un cuadro de dermatosis vulvar y una candidiasis asociada confirmada microbiológicamente y analizamos sus características.

**Discusión:** La vulva, al igual que el resto de la piel, puede afectarse por múltiples enfermedades de diferente etiología. En las consultas especializadas en dermatología vulvar, las dermatosis inflamatorias, como el liquen escleroso, el liquen simple crónico o el liquen plano, constituyen las patologías más frecuentemente diagnosticadas y requieren un seguimiento periódico a largo plazo.

Por otro lado, las glifozinas, grupo farmacológico cada vez más utilizado debido a su eficacia en la diabetes mellitus y a su buen perfil cardioprotector y renal, tiene como uno de sus efectos adversos el posible desarrollo de candidiasis genital. Hemos observado un aumento importante de candidiasis vulvovaginal entre nuestras pacientes, muchas de ellas postmenopáusicas, que presentan un cuadro complicado de vulvitis candidiásica solapado con su patología previa. Es importante tenerlo en cuenta ya que, por una parte, puede producirse una demora en el diagnóstico por la similitud de los síntomas (prurito) o la creencia de que es un brote de la propia enfermedad, y por otra, se pueden desarrollar cuadros más complicados que en mujeres sin patología previa. En la mayoría de las ocasiones pueden llegar a requerir la interrupción del tratamiento con los iSGLT2 además del uso de antifúngicos orales y tópicos. La candidiasis debe descartarse siempre en mujeres postmenopáusicas en tratamiento con iSGLT2 y síntomas vulvares.

**PO-257 CELULITIS POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN UNA PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA**

Andrea Bauer Alonso(1), Juliette Pérez Manich(1), José Manuel Fernández Armenteros(1), Ana Isabel Lérída(1), Rosa María Penín Mosquera(2) y Yolanda Fortuño Ruiz(1) de (1)Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona) - España y (2)Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

**Antecedentes y objetivos:** *Cryptococcus neoformans* es un hongo oportunista que se adquiere por vía inhalada y causa, principalmente, infecciones respiratorias en individuos inmunocomprometidos. La piel puede estar afectada por diseminación hematogena (secundaria) o de forma primaria por inoculación directa (mucho menos frecuente). Presentamos el caso de una paciente inmunocomprometida con celulitis glútea por *Cryptococcus neoformans*.

**Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 74 años con cirrosis hepática que consultaba por una lesión subcutánea en glúteo izquierdo de semanas de evolución, la cual había sido tratada con múltiples tandas de antibiótico empírico sin mejoría y sin aislamiento microbiológico. A la exploración física destacaba induración de prácticamente la totalidad del glúteo izquierdo (20x15cm), con consistencia pétreo en algunas zonas. Se practicó una biopsia cutánea que reveló la presencia de un absceso dérmico-subcutáneo con esporas fúngicas. El cultivo fue positivo para *Cryptococcus neoformans*. Se descartaron otras causas de inmunosupresión y se realizó un estudio de extensión en el que se demostró afectación pulmonar leve, sin compromiso de otros órganos.

**Resultados:** La paciente inició tratamiento con fluconazol oral 200mg/12h, con mejoría progresiva de la afectación cutánea y pulmonar.

**Conclusiones:** *Cryptococcus neoformans* y otros microorganismos oportunistas deben ser siempre considerados en el diagnóstico diferencial de celulitis en el paciente inmunocomprometido, especialmente cuando no presentan una buena respuesta al tratamiento antibiótico convencional.

**PO-258 UNOS "GRANITOS" EN LAS PIERNAS**

Inmaculada Bertomeu Genis(1), Lucía Quintana Castanedo(1), Cristina Abaira Meriel(1), María del Amparo Sánchez López(1), Saray Simón Coloret(1), Pablo Munguía Calzada(1), María del Carmen González Vela(2), Elena Montano Lumbreras(2), Víctor Manuel Mora Cuesta(3), María Pía Roiz Mesones(4) y Marcos Antonio González López(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica, (3)Servicio de Neumología y (4)Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.

**Introducción:** La *Alternaria* es un hongo filamentoso saprófito de distribución mundial que puede producir infecciones cutáneas por inoculación directa. La mayoría de estos casos se dan en pacientes inmunosuprimidos trasplantados de órgano sólido, y en especial en trasplantados

pulmonares debido a su mayor grado de inmunodepresión. El tratamiento de elección son los antifúngicos azólicos, siendo en algunos casos necesaria la cirugía.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y trasplante bipulmonar por enfisema secundario a déficit de alfa-1 antitripsina genotipo zz en 2023, en tratamiento con prednisona, tacrolimus, micofenolato, azitromicina, valganciclovir y trimetoprim-sulfametoxazol. El paciente fue remitido a Dermatología por lesiones en ambas extremidades inferiores de dos meses de evolución. A la exploración presentaba dos nódulos erosionados en zona central con un rodete periférico descamativo localizadas en el tercio distal a nivel pretibial de ambas extremidades. Se realizaron 2 biopsias-punch de las lesiones para estudio histológico y cultivo, y se inició tratamiento empírico con ozenoxacino tópico.

El estudio histopatológico de la lesión mostró foliculitis aguda abscesificada con hiperplasia pseudoepiteliomatosa con presencia de hongos septados; y en el cultivo microbiológico se aisló *Alternaria* sp. El paciente inició tratamiento dirigido con isavuconazol oral por menor riesgo de interacciones pendiente de nueva visita de seguimiento para valorar evolución.

**Discusión:** Nuestro caso clínico aporta un nuevo caso a la literatura de alternariosis, una infección cutánea poco frecuente pero de especial relevancia en pacientes trasplantados. Con ello queremos resaltar la importancia del trabajo multidisciplinar para su prevención, detección y tratamiento precoz.

**PO-259 MUCORMICOSIS CUTÁNEA POST-TRAUMÁTICA, UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN EL ANCIANO FRÁGIL**

Esther Fiz Benito(1), Elena Sendagorta Cudos(1), Rafaela de Moraes Souza(1), Julio García Rodríguez(2), Cristina Marcelo Calvo(3), Eva Paola Sánchez López(4) y Pedro Herranz Pinto(1) de (1)Dermatología, (2)Microbiología, (3)Medicina Interna y (4)Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España.



*Mucormycosis cutánea*

Una mujer de 93 años ingresada tras una intervención de fractura de cadera, desarrolló unas lesiones cutáneas dolorosas metaméricas en la pierna derecha de aspecto necrótico, por lo que fue diagnosticada de infección por herpes zóster y se instauró tratamiento con aciclovir.

Dada la evolución tórpida de las lesiones a pesar del tratamiento, se decidió llevar a cabo una biopsia profunda con cultivo. El análisis histológico mostró un infiltrado inflamatorio en dermis e hipodermis con áreas extensas de necrosis y estructuras fúngicas que obstruían los vasos sanguíneos, hallazgos compatibles con una micosis angioinvasiva. Con la técnica de calcoflúor, se observaron hifas gruesas ramificadas no septadas, compatibles con una mucormycosis.

El diagnóstico se confirmó finalmente mediante el cultivo donde se aisló *Rhizopus* spp. Se realizó un estudio de extensión que fue negativo diagnosticándose de mucormycosis cutánea, probablemente adquirida tras un trauma.

matismo nosocomial. Dadas las comorbilidades y la fragilidad de la paciente se decidió un manejo conservador, evitando el desbridamiento quirúrgico e instaurando isavuconazol, tratamiento que mantiene en la actualidad de forma crónica con control aceptable de las lesiones, aunque sin resolución completa.

La mucormycosis es una infección fúngica rara pero grave causada por hongos del orden de los Mucorales. La forma cutánea de la infección se desarrolla por la inoculación directa de las esporas en la dermis y suele presentarse en individuos inmunodeprimidos, siendo infrecuente su desarrollo en pacientes inmunocompetentes, lo que conlleva casi invariablemente a un retraso diagnóstico en estos pacientes.

En nuestro caso, el único posible factor de inmunosupresión identificable era la inmunosenescencia de la paciente y como factor de riesgo un traumatismo durante la hospitalización que pudo ser la puerta de entrada de la infección. El manejo mínimamente invasivo de este caso subraya la necesidad de individualización del tratamiento en los pacientes, sobre todo en la población anciana, en la que a menudo los tratamientos indicados pueden asociar una morbimortalidad inaceptable. Así también, incide en la importancia de la dermatología hospitalaria, que contribuye al diagnóstico precoz de entidades tales como las infecciones fúngicas cuyo pronóstico es tiempo-dependiente.

**PO-260 DERMATOFITOSIS SUPERFICIAL POR NANNIZZIA FULVA, UN PATÓGENO POCO FRECUENTE**

José Herrerías Moreno(1), Clara Fernández Sartorio(1), Eva Fuentes Camps(2), Loida Galvany Rossell(1), Nuria Lamas Domenech(1), Sara Martín Sala(1) y Gisela Hebe Petiti(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Dos de Maig, Barcelona - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona) - España.

**Introducción:** Los hongos dermatofitos son los causantes más frecuentes de las infecciones cutáneas de origen fúngico. *Nannizzia* es una especie geofílica y zoofílica que causa de forma infrecuente infecciones en los humanos.

**Caso Clínico:** Mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés, consultaba por una lesión en el dorso de la mano derecha de 3 semanas de evolución, sin clara relación con traumatismo o picadura previa. Había sido tratada por su médico de atención primaria con azitromicina y amoxicilina, así como mupirocina pomada, sin éxito. La paciente negaba haber presentado fiebre ni otra sintomatología sistémica. A la exploración física se observó una placa ulcerocostrosa anular eritemato-anaranjada aislada. No se palpaban adenopatías locorregionales.

El estudio anatomopatológico de la lesión reveló una dermatitis crónica superficial perivascular con focal exocitosis epidérmica y espongiosis. Asimismo, presentaba paraqueratosis con presencia de escasas pseudohifas PASD positivas. En el cultivo de escamas se aisló *Nannizzia fulva*. Tras este hallazgo, se reinterrogó a la paciente sospechando que se infectó llevando a cabo tareas de mantenimiento de su huerto urbano.

La paciente fue tratada con terbinafina 250 mg/día y ciclopirox olamina crema durante un mes consiguiendo la resolución completa de la lesión y sin recidivas a los 3 meses del tratamiento.

**Discusión:** El género *Nannizzia* había sido considerado como el estado sexual de ciertos dermatofitos. En la última clasificación de dermatofitos de 2017, *Nannizzia* es el nombre de muchas especies incluidas previamente en el género *Microsporum*.

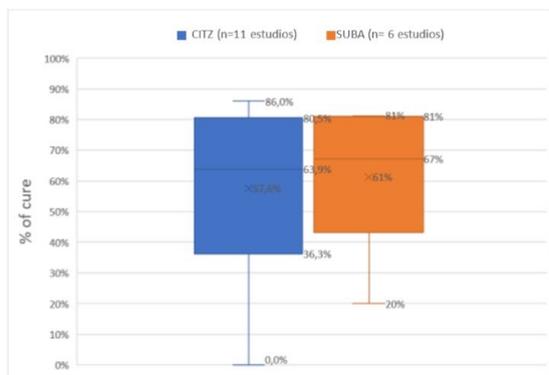
Las infecciones por *Nannizzia* en humanos son excepcionales y son resultado del contacto con suelos contaminados.

El complejo *M. gypseum*, en el que se incluye *N. fulva*, puede ser agente causal de tinea corporis, tinea capitis y onicomicosis, que suelen resolverse con terbinafina oral. Sin embargo, son excepcionales los casos publicados por *N. fulva* en la literatura. Nouripour-Sisakht y colaboradores concluyen en su publicación de 2013 que la baja tasa de casos de infección por *N. fulva* puede ser debido a que muchos casos sean erróneamente atribuidos a *M. gypseum*, con el que comparten características fenotípicas, por lo que recalcan la importancia de realizar estudios moleculares para confirmar el agente etiológico de las dermatofitosis.

**PO-261 REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA PARA ITRACONAZOL CONVENCIONAL VERSUS SUBA-ITRACONAZOL**

Sang-Chie Lin Sung(1), Georgina Logusso(1), Jaime Piquero-Casals(2), Eric Jourdan(1) y Albert Navasa Guasch(1) de (1)ISDIN SA, Barcelona - España y (2)Dermik. Clínica Dermatológica Multidisciplinar, Barcelona - España.

**Figura 1. Resultados de eficacia de CITZ y SUBA. Porcentaje de cura o éxito de profilaxis.**



Fuente: Propia elaboración basada en datos extraídos y sintetizados.

*Figura 1. Resultados de eficacia de CITZ y SUBA. Porcentaje de cura o éxito de profilaxis.*

**Antecedentes y Objetivos:** Más de 150 millones de personas sufren de distintos tipos graves de infecciones fúngicas. Uno de los medicamentos para su tratamiento es el Itraconazol. Existen dos tipos de formulación para su uso oral: Itraconazol Convencional (CITZ) e Itraconazol Superbiodisponible (SUBA-ITZ). Como factor diferencial, SUBA-ITZ tiene un 35-50% menos de concentración de fármaco respecto a CITZ, debido a su biodisponibilidad más alta. En dos estudios, uno enfocado en dermatología<sup>1</sup> y otro en atención primaria<sup>2</sup>, se analizó la eficacia y los efectos adversos de ambas formulaciones. En el primero también se consideraron los recursos utilizados.

**Métodos:** Se realizaron dos revisiones sistemáticas de la literatura en "Pub-Med" y "Cochrane Library", completada con una búsqueda dirigida en "Google Scholar". Los artículos incluidos tenían como requisito analizar al menos una de las dos formulaciones y proporcionar resultados. Se siguieron los métodos PRISMA y PICO.

**Resultados:** Después de la búsqueda y del cribado, la información fue extraída para el análisis de 12 artículos, idénticos para ambos estudios. Siete artículos analizaron únicamente CITZ, tres incluyeron SUBA-ITZ y CITZ, y dos evaluaron únicamente SUBA-ITZ.

No se encontraron diferencias en términos de recursos utilizados por paciente. Con respecto a la eficacia (Fig. 1), la tasa de curación se muestra con valores medios de 57,65% para CITZ y 61,27% para SUBA-ITZ, presentando una mayor variabilidad para CITZ, pero sin diferencias significativas. En estudios comparativos de ambas formulaciones, los resultados indican que son bioequivalentes. Mejoras en puntuaciones clínicas y en el índice dermatológico de calidad de vida (DLQI) muestran mejores resultados para SUBA-ITZ. Los efectos adversos no fueron de importancia para ninguna de las formulaciones, y los valores medianos se mantuvieron similares para CITZ y SUBA-ITZ a 2% y 2,15%, respectivamente.

**Conclusiones:** Las revisiones mostraron similitudes entre las dos formulaciones, tanto en los recursos utilizados de media por paciente, como las tasas de cura completa, con resultados ligeramente mejores para SUBA-ITZ comparados con CITZ. SUBA-ITZ, con cantidades considerablemente menores de concentración de fármacos, conduce a mejores resultados clínicos y a una mejora en calidad de vida (QoL), para similares costes financieros y riesgos de eventos adversos.

**PO-262 ÚLCERAS DOLOROSAS EN UN PACIENTE EN CORTICOTERAPIA CRÓNICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

Francisco Martins(1), Joana Resende Xará(1), Ana Luísa Matos(1), Duarte Flor(1), José Carlos Cardoso(1) y Maria Manuel Brites(1) de (1)Unidad Local de Salud de Coimbra, Coimbra - Portugal.



*Figura 1 - Úlceras superficiales con base fibrinosa y borde bien definido en el miembro superior izquierdo*

Un paciente de 78 años, trabajador rural, informa de una historia de úlceras dolorosas en el miembro superior izquierdo con 2 meses de evolución. El paciente describía el dolor como intolerable y no permitía el contacto. Refería astenia, pero negaba fiebre y otros síntomas sistémicos.

Como antecedente patológico relevante, tenía una enfermedad pulmonar intersticial tratada con prednisona oral (25 mg/día durante 2 años).

Al examen físico, se identificaban varias úlceras superficiales con base fibrinosa y borde bien definido en el miembro superior izquierdo, que se volvían coalescentes en la parte posterior del antebrazo (Figura 1). El estudio analítico reveló leucocitosis y un aumento de la proteína C reactiva.

Presumiendo un cuadro infeccioso atípico en un paciente inmunodeprimido,

fue ingresado para estudio y se inició antibioterapia empírica con ciprofloxacina. A pesar del tratamiento, el cuadro progresó con el surgimiento de lesiones erosivas en el dorso, tórax y pierna derecha, así como nódulos umbilicados en la frente y labio superior.

La biopsia cutánea presentó un infiltrado inflamatorio mixto disperso, asociado a estructuras ovaladas rodeadas por un halo ópticamente vacío, positivas para PAS y Grocott, cuya pared resaltaba en la tinción con Mucicarmín, aspectos compatibles con criptococosis. Los hemocultivos fueron negativos, pero el antígeno específico de *Cryptococcus neoformans* fue positivo y el cultivo de la biopsia confirmó que este era el microorganismo responsable.

Ante el diagnóstico de criptococosis, se inició empíricamente anfotericina B (5 mg/kg/día). La TC del tórax reveló la presencia de un nódulo sospechoso, sugiriendo una infección diseminada. Después de 15 días de tratamiento con anfotericina, las lesiones mostraron una reepitelización parcial y el dolor disminuyó significativamente, por lo que el paciente fue dado de alta con fluconazol oral (400 mg/día).

A pesar de la mejora cutánea, el paciente fue reingresado 20 días después con el diagnóstico de neumonía, que resultó en su fallecimiento a pesar de la instauración temprana de una antibioterapia de amplio espectro. La criptococosis es una infección fúngica invasiva que causa enfermedad clínicamente relevante en personas inmunodeprimidas. El diagnóstico temprano es esencial para un tratamiento eficaz, pero puede resultar retador en casos de presentaciones clínicas inusuales.

### PO-263 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE COCCIDIOIDOMICOSIS CON INFILTRACIÓN CUTÁNEA Y CEREBRAL: REPORTE DE CASO

Esmeralda Montero Domínguez(1), Juan Benítez Valenzuela(2) y José Candelario Batiz Beltrán(3) de (1)Medicina Interna. Hospital Regional Issste Dr. Cárdenas de la Vega, Culiacan (Sinaloa) - México, (2)Hospital Regional Issste Dr. Cárdenas de la Vega, Culiacan (Sinaloa) - México y (3)Medicina Interna y Terapia Intensiva. Hospital Regional Issste Dr. Cárdenas de la Vega, Culiacan (Sinaloa) - México.

El objetivo de este estudio es describir la presentación atípica y rara de una infección por coccidioidomycosis con infiltración en sistema nervioso central y cutánea como reporte de caso.

Femenino de 58 años de edad, cronicodegenerativos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y trombocitopenia inmune primaria de 9 años de evolución en manejo con Hidroxicloroquina y Deflazacort.

Inicia su padecimiento actual 4 meses previos a su ingreso con fiebre de acompañada de diaforesis de predominio vespertino, astenia, adinamia, mialgias, artralgias. Un mes posterior acude a hospitalización, se realiza tomografía de tórax y abdomen con imágenes sugestivas de lesiones quísticas y ganglios a nivel pulmonar, Paciente continua con sintomatología y refiere iniciar posteriormente con un deterioro del estado neurológico, por lo que traslado a nuestra unidad. Se obtiene estudio tomográfico a nivel cerebral con múltiples lesiones esféricas de 2 cm en núcleos basales de predominio izquierdo y en fosa posterior; se realiza resonancia magnética con múltiples lesiones nodulares infra y supratentoriales y tallo además de lesiones en miembro inferior correspondiente a la infección fúngica. Se recaba cultivo de líquido de broncoscopia con PCR positivo para Coccidioidomycosis, se realiza punción lumbar con toma de muestras y envió de líquido cefalorraquídeo con glucosa de 44, cloro 122, proteínas 184, leucocitos 120 c/mm<sup>3</sup>, mononucleares de 60%, así como para determinación de PCR de Coccidioidomycosis el cual se manifestó positivo. Se decide iniciar manejo con Fluconazol a dosis de 400 mg IV cada 8 horas; continua con deterioro neurológico progresivo, se cambia a 600 mg cada 12 horas.

La paciente presenta pobre respuesta al tratamiento con deterioro neurológico progresivo. Se indica inicio de anfotericina B y se decide su pase a unidad de cuidados, donde presenta paro respiratorio y posteriormente fallece.

Se debe considerar como causa de infección pulmonar y de sistema nervioso central la coccidioidomycosis. En el caso de infección de SNC en un porcentaje alto los pacientes presentan síntomas y signos inespecíficos como cefalea en 80%, náusea y vómito. La meningitis coccidioidea plantea problemas especiales. Si bien muchos sujetos con esta forma del trastorno mejoran con los triazoles orales, 80% recae cuando se interrumpe el tratamiento.

### PO-264 MICOSIS CUTÁNEAS CRÓNICAS RECALCITRANTES EN PACIENTE CON TIMOMA: A LA CAZA DEL SÍNDROME DE GOOD

Raquel Pérez Mesonero(1), Elena Lucía Pinto Pulido(1), Ana Rodríguez-Villa Lario(1), Ileana Medina Expósito(2) y Elena García Verdú(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Introducción:** La defensa de la piel y los anejos frente a las infecciones fúngicas está constituida por las propiedades físico-químicas de la barrera cutánea, la respuesta inmune innata y la inmunidad adaptativa mediada por linfocitos T. El síndrome de Good es una inmunodeficiencia combinada adquirida muy poco frecuente asociada al diagnóstico de un timoma que suele cursar con infecciones respiratorias, del tracto digestivo y cutáneas por microorganismos oportunistas.

**Caso Clínico:** varón de 41 años intervenido de timoma en 2021. Desde entonces presenta pitiriasis versicolor, tiña corporis, tiña capitis y onicomicosis confirmadas histológica y microbiológicamente sin resolución completa y con empeoramiento recurrente pese a tratamiento prolongado con diversas líneas de antifúngicos orales y tópicos.

El estudio analítico reveló leucopenia (2800 cels/ $\mu$ l), neutropenia (1600 cels/ $\mu$ l) y linfopenia (880 cels/ $\mu$ l) sin alteraciones en el frotis, en la electroforesis de proteínas ni en el recuento de inmunoglobulinas; serología negativa para VIH, positiva para VEB y despistaje de autoinmunidad negativo. El estudio de poblaciones linfocitarias objetivó un descenso de linfocitos CD4 (223 cels/ $\mu$ l) sin alteración del cociente CD4/CD8 ni afectación del recuento de células B. Ante estos hallazgos se instauró profilaxis antibiótica con cotrimoxazol y control evolutivo por Inmunología.

**Discusión:** El diagnóstico de síndrome de Good requiere el antecedente de timoma y la presencia de hipogammaglobulinemia, depleción parcial o total de células B y linfopenia de células T. Aunque nuestro paciente no cumple criterios diagnósticos, la sospecha de un defecto en la

inmunidad celular ante el cuadro cutáneo supuso el inicio de los estudios pertinentes, posibilitando la instauración de profilaxis antibiótica y de una vigilancia médica más estrecha que permitirá adelantarse a una potencial progresión y a la aparición de las complicaciones derivadas de este trastorno.

**Conclusión:** La concurrencia de varias dermatomicosis de evolución tórpida en un paciente con timoma debe alertarnos sobre la posible existencia de un defecto en la inmunidad celular y servir como marcador para iniciar el despistaje de síndrome de Good.

PO-265

CUANDO LA FOTOTERAPIA NOS ILUMINA EL CAMINO HACIA EL DIAGNÓSTICO DE TIÑA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Mariona Pintiado i Gámez(1), Maribel Iglesias Sancho(1), Albert Martin Poch(1), María Isabel Fernández Velasco(1) y Montserrat Salleras Redonnet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La tiña es una infección cutánea por dermatofitos que ocasionalmente puede fotoexacerbarse y simular patrones de otras enfermedades cutáneas.

**Métodos:** Presentamos dos casos clínicos de tiñas fotoexacerbadas en pacientes con antecedentes personales de dermatitis atópica (DA) y psoriasis que al realizar sesiones de fototerapia manifestaron una tiña clínicamente florida.

1. Mujer de 22 años, con antecedente médico a destacar de DA diagnosticada en la infancia y rinitis. Consultó por brotes de DA que no cedían a pesar de corticoides tópicos y que limitaban la calidad de vida, por lo que se indicó fototerapia UVB banda estrecha (UVBBE), con aparición, tras la 13ª sesión, de lesiones anulares hemifaciales derechas pruriginosas (figura 1A). Se orientó como tinea faciei y se cursó cultivo micológico que fue positivo para *Trichophyton tonsurans*, con resolución completa tras tratamiento con terbinafina oral y ciclopirox 1%.
2. Varón de 31 años, con antecedentes médicos a destacar de dermatitis seborreica, psoriasis y tiña de cuero cabelludo (diagnosticada y tratada en enero 2023, figura 2A). Consultó por aumento de lesiones psoriasiformes confirmada por anatomía patológica, por lo que se indica fototerapia UVBBE. Tras la 6ª sesión, aparecieron lesiones anulares de distribución en tronco, extremidades, cabeza y cuero cabelludo sugestivas de tinea corporis y tinea capitis (figura 1B), con cultivo micológico positivo para *Trichophyton tonsurans* y resolución completa tras tratamiento con terbinafina oral, ciclopirox 1% y champú de ketoconazol.

**Conclusiones:** Presentamos dos casos de tiña facial y corporal erróneamente diagnosticados de DA y psoriasis por sus antecedentes personales que se fotoexacerbaron por fototerapia. La literatura contempla mayoritariamente estas reacciones en individuos inmunosuprimidos, sin embargo, en nuestro caso los dos pacientes expuestos son inmunocompetentes. Se trata de un hecho documentado clásicamente aunque infrecuente, por lo que es importante considerar dicha entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones fotoagravadas.



Figura 1

Figura 2

PO-266

EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTO TÓPICO PARA ONICOMICOSIS CON DISPOSITIVO MÉDICO QUE CONTIENE BIOSACCHARIDE-GUM-2, PISTACIA LENTISCUS Y PIROCTONA OLAMINE: SERIE DE 8 PACIENTES

Jaime Piquero Casals(1), Vanesa Piquero Casals(2) y Daniel Morgado Carrasco(3) de (1)Dermatología. Dermik. Clínica Dermatológica Multidisciplinar, Barcelona - España, (2)Servicio de Dermatología. Dermik. Clínica Dermatológica Multidisciplinar, Barcelona - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Introducción:** El tratamiento de las onicomicosis de los pies resulta complejo y lento. Entre los tratamientos de primera línea se utilizan medicamentos orales como el itraconazol y la terbinafina, así tratamientos tópicos con Ciclopirox Olamina y Amorolfina. Sin embargo, muchos pacientes fracasan por la duración de la terapia o porque no están dispuestos a someterse a medicamentos que puedan tener efectos adversos. Las alternativas con dispositivos médicos tópicos con mejor cosmetividad pueden favorecer la adherencia en estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de tratamiento tópico para onicomicosis de los pies con dispositivo médico que contiene Biosaccharide-Gum-2, Pistacia lentiscus y Piroctona Olamine.

**Material y Métodos:** Presentamos una serie de 8 pacientes entre 18 y 65 años con diagnóstico clínico, por examen directo (presencia de filamentos de dermatofitos) y con dermatoscopia de onicomicosis distal leve a moderada con compromiso de al menos uno de los halux. Todos

los pacientes se sometieron al tratamiento tópico de las uñas afectadas con la aplicación de dos veces al día del dispositivo médico durante 12 semanas con evaluaciones a las 4, 8 y 12 semanas. Se utilizó Improvement Global Assessment Score por parte del dermatólogo. Para conocer la tolerabilidad y satisfacción por parte de los pacientes se utilizó la escala de 7 puntos de Likert.

**Resultados:** Todos los pacientes presentaron una mejoría clínica de al menos un grado en el IGA tanto en la apariencia, grosor del plato ungueal y coloración de uñas tratadas. El 100% de los pacientes tuvieron negativización del micológico directo. Todos los pacientes evaluaron positivamente el producto a las 4, 8 y 12 semanas del tratamiento.

**Conclusiones:** Esta serie de casos demuestra que la aplicación del dispositivo médico que contiene Biosaccharide-Gum-2, Pistacia lentiscus y Piroctona Olamine puede resultar como alternativa al tratamiento de la onicomicosis.

Se necesitan estudios más amplios y con mayor número de casos para que forme parte de tratamiento de primera línea en esta difícil patología

ZONA  
PÓSTER

INFECCIONES POR BACTERIAS Y MYCOBACTERIAS

PO-267 ACTINOMICOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN LA MANO: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

Irene Arévalo Ortega(1), Bárbara Lada Colunga(1), Mikel Meruelo Ruano(2), Leopoldo Fernández Domper(2), Juana María Rodríguez González(3) y Rosa María Izu Belloso(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (2)Dermatología. Hospital de Mendaro, Mendaro (Guipúzcoa) - España y (3)Anatomía Patológica. Hospital de Mendaro, Mendaro (Guipúzcoa) - España.

**Introducción:** La actinomicosis es una infección bacteriana caracterizada por la formación de abscesos supurativos, inflamación granulomatosa y fístulas. El agente causal más común es *Actinomyces israelii*, un actinomiceto grampositivo, anaerobio o microaerófilo y no acidorreistente. Aunque la forma cervicofacial es la más frecuente, se han descrito otras localizaciones de actinomicosis primaria cutánea, siendo las extremidades un lugar infrecuente que presenta un desafío diagnóstico.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso y revisión de la literatura.

**Caso clínico:** Un varón de 77 años consulta por una placa violácea de 4 cm con zonas costrosas en superficie, no indurada en dorso de mano derecha de 3 meses de evolución. En una primera biopsia se observaban cambios epiteliales sugestivos de hiperplasia pseudoepiteliomatosa sin poder descartar un carcinoma escamoso bien diferenciado y el cultivo microbiológico fue negativo.

Ante la sospecha diagnóstica se realizó una biopsia incisional en la que se evidenció la presencia de un área abscesificada con agregados basófilos de flora microbiana de patrón filamentosos, sugestivo de actinomicosis. Se realizaron cultivos guiados con aislamiento de *Actinomyces israelii*. La resonancia magnética evidenció la presencia de afectación del tejido celular subcutáneo sin clara extensión a planos profundos, por lo que se decidió tratamiento con Ceftriaxona intravenosa 2 meses y posteriormente Amoxicilina oral 6-12 meses.

**Discusión y Conclusiones:** Desde su descripción por Majocchi en 1892, son pocos los casos de actinomicosis cutánea primaria descritos en la literatura. *Actinomyces israelii* forma parte de la flora normal de la cavidad bucal por lo que la actinomicosis primaria de las extremidades es rara debido al hábitat exclusivamente endógeno del microorganismo.

El diagnóstico diferencial incluye otras infecciones por bacterias (micetoma actinomicótico por *Nocardia*), micobacterias (escrofuloderma), tiñas profundas (cromoblastomicosis, micetoma) e incluso neoplasias malignas.

En nuestro caso, los análisis microbiológicos e histológicos permitieron el diagnóstico y tras un tratamiento antibiótico prolongado el paciente presenta la práctica resolución de la lesión en 6 meses. Por lo tanto, es importante considerar la actinomicosis como un diagnóstico diferencial en pacientes con placas o lesiones nodulares supurativas.

PO-268 INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM CHENOLAE

Lydia Corbalán Escortell(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Javier Sánchez Bernal(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.

**Introducción:** *Mycobacterium Chenolae* pertenece al grupo de micobacterias de rápido crecimiento. Causa infecciones cutáneas presentadas clínicamente como pústulas, nódulos, úlceras fistulizantes y patrón esporotricóide. Suelen aparecer en pacientes inmunodeprimidos, aunque pueden observarse en inmunocompetentes en relación a traumatismos y heridas.

**Caso Clínico:** Mujer de 63 años, con antecedentes de cáncer de mama tratado con mastectomía y quimioterapia, derivada por su médico a la consulta por una lesión de dos meses de evolución en muñeca izquierda sobre cicatriz previa secundaria a una flebitis por quimioterapia hace 2 años.

A la exploración física presentaba una placa eritemato-violácea indolora de unos 6 centímetros sobre cicatriz previa en región antecubital distal izquierda, con dos orificios con drenaje espontáneo purulento.

Se tomó muestra para estudio microbiológico, y ante la sospecha de celulitis abscesificada, se instauró tratamiento con cefalexina oral y betametasona/gentamicina tópica.

La tinción de Ziehl-Neelsen y Auramina resultó positiva para bacilos alcohol-resistentes, aislándose *Mycobacterium Chenolae* en el cultivo de micobacterias. Se cambió el tratamiento a doxiciclina oral y, dada falta de respuesta, se inició claritromicina oral que mantuvo durante 6 meses hasta resolución.

**Discusión:** La infección cutánea primaria por micobacterias no tuberculosas debe considerarse en pacientes con nódulos, úlceras o placas indoloras, especialmente en inmunocomprometidos, aunque también se pueden ver en inmunocompetentes en relación a traumatismos, incisiones quirúrgicas o inyecciones. La puerta de entrada puede ser difícil de demostrar, al pasar inadvertido el traumatismo por ser mínimo o ser muy lejano (período de incubación de hasta 1 año). Además, son capaces de sobrevivir a las técnicas de esterilización empleadas en los hospitales, contaminando materiales quirúrgicos como probablemente ocurrió en nuestro caso. Por tanto, ante un paciente con lesiones supurativas de evolución tórpida, con antecedente de portador de catéter, debemos pensar en micobacterias atípicas, concretamente *Mycobacterium Chenolae*, siendo clave la biopsia con cultivo en medios adecuados para un diagnóstico preciso e inicio de un tratamiento efectivo.

### PO-269 DERMATITIS PERIANAL ESTREPTOCÓCICA EN UN ADULTO

María Uxúa Floristán Muruzábal(1), Miguel Vela Ganuza(1), Diego de la Vega Ruiz(1), Joseph Simon Griffiths Achas(1), Elena Naz Villalba(1), Marta Menéndez Sánchez(1), Javier Martín Alcalde(1) y José Luis López Esteban(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La dermatitis perianal estreptocócica es una entidad infradiagnosticada fuera del período de la infancia. Múltiples tratamientos incorrectos empeoran y modifican las lesiones, retrasando todavía más el diagnóstico que, en ocasiones, puede demorarse años.

Presentamos el caso de un varón de 55 años con intenso escozor en la zona perianal, dolor y sangrado con la defecación de 3 semanas de evolución. Había sido tratado con varios tópicos con empeoramiento. Acudió a urgencias de dermatología por la intensidad de los síntomas. A la exploración física se observó una placa perianal eritematosa bien definida con erosiones, además de 3 placas eritematoedematosas de varios centímetros en muslos centradas por una costra hemorrágica. Se le tomaron cultivos de bacterias, hongos y virus, aislándose un *Streptococcus pyogenes* (SBHGA). A la vista de este resultado y rehistoriando al paciente, su mujer y sus 2 hijos habían tenido una faringoamigdalitis la semana anterior al inicio de sus síntomas, con un test rápido de estreptococo positivo en una muestra faríngea. A nuestro paciente también se le tomó en faringe un test rápido, que resultó en el límite, y un cultivo, que fue negativo.

A la semana de iniciar penicilina la clínica estaba completamente resuelta. Se mantuvo con amoxicilina a dosis altas hasta completar 3 semanas.

Ante una dermatitis perianal en un adulto, la infección por estreptococo debemos tenerla en cuenta entre los posibles diagnósticos diferenciales. Una labor de investigación epidemiológica correcta, la toma de muestras microbiológicas adecuadas y la antibioterapia oral resultan fundamentales para evitar prolongar las molestias del paciente y la realización de pruebas diagnósticas innecesarias.

### PO-270 PIODERMA BLASTOMICOSIS-LIKE: UN RETO DIAGNÓSTICO

Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Paula Soto Revuelta(1), María García García(2), Javier Sánchez Bernal(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.

**Introducción:** El pioderma blastomicosis-like es una rara entidad cutánea debida a una reacción inflamatoria crónica exagerada causada por una infección bacteriana. Se presenta como tumoraciones vegetantes con trayectos fistulosos purulentos, típicamente en individuos inmunocomprometidos.

**Caso Clínico:** Varón de 80 años, con antecedentes de enlismo crónico, derivado a Dermatología por una lesión en el dorso de la mano izquierda de dos meses de evolución, de crecimiento lento pero progresivo. La exploración física reveló una placa tumoral eritematosa excrecente de 4 centímetros en el dorso de la mano izquierda, con múltiples orificios de salida y drenaje espontáneo de material purulento. Se realizó biopsia y se remitieron muestras para estudio anatomopatológico, micobacterias y muestra de exudado purulento. Ante la sospecha de enfermedad infecciosa, se inició tratamiento con cefalexina oral y betametasona/gentamicina/tolnaftato/clioquinol tópico.

El estudio histopatológico evidenció elastosis severa y fenómenos de fistulización e inflamación aguda, focalmente abscesificada, y crónica, así como reacción gigantocelular de tipo cuerpo extraño. No se objetivaron cambios sugestivos de malignidad. Las tinciones Gram, Grocott, PAS y Ziehl-Nielsen fueron negativas. Los cultivos de hongos también, si bien el cultivo del exudado purulento resultó positivo para *S. aureus*.

En la revisión se objetivó una notable mejoría, presentando solo una placa residual infiltrada.

**Discusión:** El pioderma blastomicosis-like es una infección bacteriana cutánea rara, caracterizada por lesiones vegetantes con pústulas y trayectos fistulosos. Los patógenos comunes incluyen *S. aureus*, *S. beta-hemolíticos*, *P. aeruginosa*, siendo *S. aureus* el más frecuente. Los factores predisponentes son inmunocompromiso, alcoholismo, malnutrición, VIH y diabetes.

En 1979, Su et al. propusieron 6 criterios diagnósticos:

1. Placas verrucosas con pústulas.
2. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con abscesos histológicos.
3. Identificación de bacterias en cultivos cutáneos.
4. Cultivos negativos para hongos y micobacterias.

5. Serologías fúngicas negativas.
6. Niveles sanguíneos de yodo y bromo en rango.

El diagnóstico diferencial incluye pioderma gangrenoso, pénfigo vegetante, cromoblastomicosis, esporotricosis, coccidiomicosis y bromo/iododerma vegetante. El tratamiento incluye antibioterapia sistémica, corticoides tópicos, láser CO2 y curetaje.

**PO-271 TUMORACIÓN EN PIERNA POR MORDEDURA DE GATO**

Ignacio Hernández Aragüés(1), Alba Navarro Bielsa(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Itziar Muelas Rives(1), María Carmen Gómez Mateo(2), Liliana León(2), Víctor Viñeta Valdelvira(3), Juan Manuel García Lechuz(3) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3) Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

Varón de 81 años de edad, con antecedentes de enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que consultaba por lesión costrosa en pierna derecha de 3 meses de evolución y que presentaba crecimiento progresivo. El paciente negaba clínica sistémica. A la exploración, presentaba una tumoración carnosa de 2 centímetros con periferia violácea y centro ulcerado con restos hemáticos y queratósicos. Se realizaron punch para estudio histológico y también microbiológico. El estudio histológico demostró la presencia de hiperplasia epidérmica focalmente pseudoepiteliomatosa, que alternaba con áreas de cavidades quísticas llenas de queratina. En el cultivo, se aisló la presencia de dos agentes anaerobios: *Bacteroides fragilis* y *Finexgoldia magna*. Los cultivos para bacterias aerobias, micobacterias y hongos fueron todos negativos.

Con estos resultados, se interrogó al paciente sobre posibles mordeduras de animales. El paciente describió varias mordeduras en las piernas en los meses previos por su gato. Se pautó metronidazol oral ajustado a su función renal, así como metronidazol tópico en la lesión y se consiguió únicamente una mejoría parcial. Por dicho motivo, se decidió extirpar en bloque la lesión. El estudio histológico demostró los mismos hallazgos y el cultivo microbiológico también arrojó el mismo resultado para los dos agentes anaerobios. Tras la revisión a los dos meses, la lesión en la pierna derecha había curado pero tras una nueva mordedura por el mismo gato en la pierna contralateral, el paciente había desarrollado una nueva lesión similar.

En las infecciones producidas por mordeduras de animales solemos encontrar una flora polimicrobiana, lo cual refleja la presencia de distintos agentes aerobios y anaerobios en la cavidad oral del animal. Aunque la gran mayoría de estas infecciones suelen ser leves, algunas de ellas pueden tener repercusión sistémica. En las mordeduras por gato, la infección por el anaerobio *Pasteurella multocida* es la más frecuente.

La coexistencia de agentes aerobios -*Staphylococcus* spp.- y otros anaerobios como *Bacteroidis fragilis* es habitual. No obstante, la presencia exclusiva de agentes anaerobios como en nuestro caso, es menos frecuente. Es importante sospechar el antecedente de mordeduras por animales en casos de lesiones tumorales atípicas de rápido crecimiento.

**PO-272 EXANTEMA MUCOCUTÁNEO INDUCIDO POR MYCOPLASMA (MIRM): REPORTE DE TRES CASOS**

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Miriam Fernández Parrado(1), Clara Miguel Miguel(1), Ingrid Hiltun Cabredo(1), Raquel Santesteban Muruzábal(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.



Niño de 11 años con PCR positiva para *M. Pneumoniae* que presenta mucositis con exudación, erosiones y costras, compatible con un MIRM

**Introducción:** El exantema mucocutáneo inducido por *Mycoplasma* (MIRM) es una entidad recientemente descrita, que corresponde a una manifestación extrapulmonar asociada a la infección causada por dicho patógeno. El MIRM se presenta como un cuadro de mucositis prominente acompañada o no de lesiones cutáneas vesículoampollosas.

**Métodos:** Presentamos el caso de tres niños de 7, 9 y 11 años sanos, que, tras un proceso febril y neumonía comenzaron con conjuntivitis bilateral y ampollas en semimucosa labial junto con lesiones erosivas, exudativas y costrosas. Además, dos de ellos asociaban lesiones dianiformes con ampolla central en tronco y extremidades. Tras descartar infección herpética mediante PCR, y confirmando la infección por *Mycoplasma* en los tres casos, se comenzó tratamiento con azitromicina y metilprednisolona intravenosas asociada a enjuagues de lidocaína y metilprednisolona, con resolución del cuadro a las pocas semanas.

**Discusión:** La infección por *M. Pneumoniae* asocia manifestaciones mucocutáneas en un 25% de los casos, siendo la más frecuente el exantema inespecífico, y entre las que se han incluido clásicamente el Síndrome de Steven Johnson (SSJ) y el Eritema Multiforme (EM), hasta que, en 2015, tras una revisión de 202 casos se propuso una nueva entidad, MIRM, puesto que la clínica de algunos pacientes no encajaba en ninguna de las dos anteriores.

En este nuevo síndrome lo más destacado es la afectación de mucosa oral, genital y conjuntival, siendo mucho menos frecuentes las lesiones cutáneas, que incluso pueden no estar presentes (MIRM sine rash). Además, también difieren en la etiopatogenia. Se postula que el SSJ y el EM se deben a una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV, mientras que el MIRM estaría desencadenado por el depósito de inmunocomplejos en la piel y activación del complemento. El pronóstico del MIRM es favorable con una tasa menor de recurrencias, y el manejo consiste en el tratamiento precoz con macrólidos, además de corticoterapia intravenosa.

**Conclusión:** Presentamos tres casos de manifestaciones mucocutáneas en pacientes con antecedente de neumonía compatibles con MIRM, cuya sospecha por parte de un dermatólogo puede resultar útil para el correcto diagnóstico y por tanto un manejo adecuado y precoz.

**PO-273 TENDENCIAS DE MORTALIDAD POR CELULITIS INFECCIOSA EN ESPAÑA DESDE 1983 HASTA 2022**

Ismael Khlar Fernández(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Alonso García Núñez(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1), Juan Manuel Liñán Barroso(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Introducción:** La celulitis infecciosa (CI) es un motivo de consulta frecuente en los servicios hospitalarios. Sin embargo, no hay estudios que evalúen su tendencia de mortalidad a nivel nacional, más allá de estudios de cohorte limitados a una región particular del país. Proponemos realizar un estudio ecológico basado en datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), con la finalidad de analizar el mayor período estudiado hasta el momento en España.

**Objetivo:** evaluar los cambios de tendencia de mortalidad por CI en España entre 1983 y 2022, considerando los efectos del género, la edad, el periodo y la cohorte de nacimiento.

**Material y Métodos:** Los datos acerca del número de fallecimientos por CI entre 1983 y 2022 en España fueron obtenidos del INE. Se realizaron cálculos de tasas de mortalidad ajustadas por edad para la población general, por sexo y grupo etario. Se empleó una regresión Jointpoint para identificar cambios significativos en la tendencia de mortalidad. Por último, se llevó a cabo un modelo Edad-Periodo-Cohorte y un análisis geoespacial de los patrones de mortalidad por provincias.

**Resultados:** La tasa de mortalidad ajustada por edad para ambos sexos se incrementó significativamente desde 0,68 casos/106 habitantes entre 1983-1989, hasta 4,41 casos/106 habitantes entre 2018-2022. Al estratificar por sexos, en ambos casos la curva siguió un trayecto ascendente, con pendiente más pronunciada en el sexo femenino. La mortalidad global mantuvo una tendencia creciente durante todo el periodo estudiado, diferenciándose 2 periodos en base al valor de cambio porcentual anual (APC): de 1983 a 1988 y de 1989 a 2022, este último con menor cambio porcentual. Al estratificar por sexos, en varones se produjo un estancamiento de las tasas en el tiempo entre 1988 y 2022. En cuanto al efecto cohorte, se observó un descenso significativo del riesgo relativo de fallecimiento en las cohortes nacidas a partir de los años 90.

**Conclusión:** Las tasas de mortalidad por CI se incrementaron en España durante los 40 años analizados. La alta prevalencia de microorganismos resistentes y el creciente nº de pacientes inmunocomprometidos (trasplantados, en tratamiento biológico...) podrían explicar esta tendencia. Si se mantiene la caída del riesgo relativo observada en las cohortes más jóvenes, sería predecible la estabilización de las tasas en un futuro.

**PO-274 DE GATOS A HUMANOS: UN ENCUENTRO INESPERADO CON LA BARTONELLA HENSELAE**

Sandra Martínez Fernández(1), Martina Espasandín Arias(1), Carlos Álvarez Álvarez(2), Nuria Escudero García(2), Raúl Gutiérrez Meré(1), Guillermo López González(1), Victoria Martínez Sernández(1) y M. Teresa Abalde Pintos(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España.

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis ocasionada por Bartonella henselae, transmitida por gatos (reservorio) o picaduras de sus pulgas. Suele afectar a personas jóvenes e inmunocompetentes, siendo benigna y autolimitada.

Presentamos una mujer de 56 años con una pápula eritemato-costrosa de 7mm en el antebrazo derecho de 3 meses de evolución, así como una masa no fluctuante de 8cm en axila ipsilateral desde hacía un mes, sin clínica sistémica acompañante.

La paciente alimentaba a gatos callejeros a diario, sin mordeduras o arañazos recientes. Mediante ecografía de axilar y mama, y una mamografía, se descartó neoplasia mamaria y se confirmó aumento de tamaño de adenopatías axilares. Mediante BAG ganglionar se objetivó una linfadenitis granulomatosa, y se descartó con cultivos y PCR otras infecciones (bacterianas, micobacterianas, fúngicas). La extirpación de la lesión cutánea evidenció en la histología un infiltrado linfocitocitario con granulomas no necrotizantes en la dermis, sin evidencia de microorganismos. El hemograma y bioquímica eran normales. El quantiferon y las serologías (VHB, VHC, VIH, Rickettsia coronii) fueron negativas, salvo para B. Henselae (IgG 1:640), siendo compatible con infección aguda. Se pautó azitromicina 500mg el día 1 y 250mg los días 2, 3, 4 y 5. Tras 2 semanas, estaba totalmente asintomática.

La EAG se caracteriza por una pápula o pústula en el lugar de inoculación, con linfadenitis regional persistente (semanas o meses) autorresolutiva. Aunque raro, puede acompañarse de afectación visceral (oftalmológicas, neurológicas, hepáticas, etc). Suelen referir un arañazo/mordedura de gato reciente.

La sospecha clínica es clave, siendo útil en el diagnóstico la positividad de anticuerpos contra B. Henselae. La biopsia cutánea y ganglionar para estudio histológico, PCR y cultivos es confirmatoria y permite descartar otras causas (neoplasias, infecciones, sarcoidosis. Histológicamente se observa un infiltrado linfocitocitario con granulomas y la tinción de Whartin-Starry identifica los bacilos. El tratamiento se basa en medidas de soporte, siendo opcional la antibioterapia: primera línea, azitromicina; segunda línea o casos graves, se usan rifampicina, doxiciclina, trimetoprim-sulfametoxazol y ciprofloxacino. La educación poblacional sobre esta entidad, en especial a dueños de gatos, es fundamental.

**PO-275 AFECTACIÓN CUTÁNEA EN LA INFECCIÓN POR NOCARDIA: REPORTE DE DOS CASOS**

Noelia Medrano Martínez(1), Luis Jiménez Briones(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Roberto Virseda González(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Luis Ángel Zamarro Díaz(1), Marina de la Puente Alonso(1), Ricardo Suárez Fernández(2) y Ana Pulido Pérez(2) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (2)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** Nocardia spp es un bacilo filamentoso Gram positivo aerobio ubicuo que ocasiona raras infecciones oportunistas, en la actualidad de forma emergente especialmente entre inmunocompetentes (hasta un tercio de los casos).

**Caso 1:** varón de 66 años, con antecedente de síndrome metabólico e ictus aterotrombótico, que debuta con pustulosis febril fronto-parietal, de posible adquisición por rasurado. Aislamiento de *N. brasiliensis*, resistente a ciprofloxacino, que se cubre con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX), precisando de descenso de dosis por intolerancia digestiva y posterior cambio en la fase de mantenimiento a minociclina por toxicodermia.

**Caso 2:** Mujer de 62 años, trasplantada renal desde la juventud por glomerulonefritis no filiada, bajo inmunosupresión con prednisona, mifephenolato, tacrólimus y eculizumab. Ingresa por afectación diseminada (pulmonar, cerebral, muscular y cutánea), iniciada 3 semanas antes como cuadro afebril de dolor torácico con tos no productiva y lesiones en tronco con ulceración y drenaje espontáneo. Se cultiva *N. farcinica*, con tratamiento exitoso combinando tedizolid y TMP/SMX, pero precisando reducción de dosis por toxicidad hematológica y gastrointestinal.

**Discusión:** La afectación cutánea puede ser primaria por inoculación directa (formas subagudas de tipo linfático o esporotricóide, micetoma o superficial con pústulas, úlceras, abscesos o celulitis) o secundaria hematógena (desde un foco generalmente pulmonar). Aunque estas segundas se asocian a inmunodepresión, las primeras pueden producirse en inmunocompetentes. Se atribuye un papel central en su defensa al linfocito T CD4, explicando la mayor incidencia en trasplante de órgano sólido, VIH, alcoholismo, EPOC, corticoterapia y trastornos autoinmunes. Clínicamente simula distintas entidades: micobacteriosis, leishmaniasis, micosis profundas o malignidad.

El régimen antibiótico se basa en TMP/SMX (en monoterapia en formas limitadas no graves y adicionalmente al drenaje quirúrgico en formas supurativas localizadas), siendo de segunda elección linezolid, amikacina o imipenem y prolongándose durante un promedio de 24 semanas.

**Conclusiones:** Representa un desafío diagnóstico dada la miríada de presentaciones clínicas, así como terapéutico dada las resistencias crecientes y la necesidad de regímenes prolongados con escasez de alternativas orales con buena tolerancia.

**PO-276 ERUPCIÓN DE PATRÓN ESPOROTRICOIDE POR MYCOBACTERIUM CHELONAE EN PACIENTE CON ERITRODERMIA**

Consuelo Sánchez Herreros(1), José María Camino Salvador(1), Isabel Zapata Martínez(1), Alicia Martínez Fernández(1), Patricia González Muñoz(1), Marta Cascajero(2), Violeta Herrera Montoro(3) y Esther de Eusebio Murillo(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Microbiología y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario, Guadalajara - España.

**Introducción:** *Mycobacterium chelonae* es una micobacteria atípica de rápido crecimiento, que puede causar infecciones cutáneas locales en pacientes inmunocompetentes, o presentarse como una infección diseminada que afecta con mayor frecuencia a pacientes con inmunosupresión, siendo poco frecuente la forma clínica con patrón esporotricóide.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 91 años con antecedentes patológicos de Insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica, acudió por un cuadro de eritrodermia con intenso prurito secundario a un eccema generalizado que requirió ingreso hospitalario.

El tratamiento con glucocorticoides y antihistamínicos no obtuvo buena respuesta, motivo por el que se instauró tratamiento con fototerapia UVB de banda estrecha con respuesta parcial. En el seguimiento refirió la aparición progresiva de lesiones cutáneas nodulares infiltradas a la palpación en la cara anterior de ambos muslos en disposición esporotricóide. En la anamnesis negó antecedente de traumatismo. Se realizó una biopsia cutánea, remitiendo parte de la muestra para microbiología.

El estudio histológico mostró inflamación aguda supurativa y granulomatosa con formación focal de granulomas supurativos y observación con técnica de Fite de bacilos ácido-alcohol resistentes, compatibles con una infección por micobacterias y, el cultivo fue positivo para *Mycobacterium chelonae*. Aunque se instauró tratamiento con claritromicina, no pudo completarse ni realizar seguimiento, debido a que el paciente sufrió un deterioro de su estado general por descompensación de sus patologías asociadas lo que conllevó a su fallecimiento.

**Discusión:** En el diagnóstico diferencial de los nódulos cutáneos con un patrón esporotricóide debemos considerar procesos infecciosos que incluyen: esporotricosis, micobacteriosis atípicas (sobre todo *M. Marinum*), nocardiosis, leishmaniasis y tularemia. *Mycobacterium chelonae* puede producir este cuadro clínico principalmente en pacientes inmunodeprimidos, como ocurrió en nuestro caso.

Por tanto, es importante tener en cuenta la mayor susceptibilidad de estos pacientes con antecedentes de inmunosupresión a infecciones poco frecuentes o con presentaciones atípicas, debiendo realizar ante este tipo de lesiones una biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y para cultivo bacteriano, fúngico y de micobacterias que permita establecer el diagnóstico.

**PO-277 PATRÓN ESPOROTRICOIDE POR MYCOBACTERIUM MARINUM EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

Santiago Soto Fuster(1), Cristina García Gálvez(1), Alicia Tormos Esteve(1), Ainhoa Fernández Arregui(1), Victoria Smith Ferres(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de infección por *M. marinum* en un varón de 41 años aficionado a la pesca en pantano y a la cría de peces en acuarios. Consultó por aparición de nódulos dolorosos en dorso de mano y antebrazo izquierdo con extensión proximal en patrón esporotricóide. Había sido tratado con amoxicilina-clavulánico y drenaje del nódulo de mayor tamaño. Se practicó una biopsia tipo punch de uno de los nódulos, drenando un contenido purulento que se cultivó. La PCR para *M. tuberculosis* fue negativa. En la histología se observó un tejido de granulación abscesificado, no viéndose granulomas establecidos.

A los 13 días de incubación en medio Lowenstein-Jensen se observó crecimiento de bacilos ácido-alcohol resistente. El antibiograma indicaba sensibilidad a moxifloxacino, claritromicina, rifampicina y etambutol, siendo resistente a doxiciclina. El paciente fue tratado con claritromicina 500mg cada 12 horas durante 3 semanas con mejoría de las lesiones.

**Discusión:** *Mycobacterium marinum* (*M. marinum*) es una micobacteria no tuberculosa que causa una enfermedad granulomatosa similar a la tuberculosis en peces de agua dulce y salada (1). El primer caso de infección en humanos se describió en 1951 tras haber nadado en una piscina contaminada. La cloración de piscinas ha hecho menos frecuente hoy en día este tipo de infecciones, pero están aumentando los



Patrón esporotricóide

casos relacionados con la limpieza de acuarios y manipulación de pescado contaminado (2). La infección requiere tanto de la exposición al microorganismo como de una discontinuidad de la barrera cutánea que aumente el riesgo de inoculación (3).

En nuestro caso, el paciente pudo haberse inoculado practicando la pesca en pantano o limpiando su acuario. El tratamiento se basa en claritromicina en monoterapia en infecciones localizadas y pautas combinadas en no respondedores o infección profunda. Se han descrito casos de resistencia a doxiciclina además del nuestro (4).

**Conclusiones:** Nos encontramos ante una infección por un microorganismo infrecuente pero que se ha de sospechar ante un paciente acuariófilo o aficiones que tengan relación con entornos húmedos. Nuestro paciente reconoció haber limpiado sus acuarios sin guantes, por lo que es importante que se conozcan los riesgos para la salud que puede generar tener un acuario en casa y se deberían advertir en las tiendas especializadas.

**PO-278 ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA POR CHLAMYDIA PNEUMONIAE**

Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sergio García González(1), Javier Sánchez Bernal(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.

**Introducción:** Se conoce como "erupción mucocutánea infecciosa reactiva" (RIME) aquellas reacciones mucocutáneas de etiología infecciosa dentro de las cuales se engloba la mucositis por mycoplasma pneumoniae (MIRM). Se presenta el caso de una RIME secundaria a Chlamydia pneumoniae (CP), una entidad poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de un niño de 8 años que acudió a urgencias por hiperemia conjuntival de 24 horas de evolución asociada a picos febriles y lesiones en mucosa oral y labial de 4 días de evolución. Además, la madre refería que previamente había presentado un catarro que se trató con carbocisteína y paracetamol. A la exploración, presentaba labios friables con erosiones y costras negruzcas en mucosa oral, no exantema ni otras lesiones cutáneas. Se realizó interconsulta tanto a oftalmología como a dermatología y se planteó como posibles diagnósticos un SSJ o una mucositis inducida por mycoplasma. Se realizaron serologías, PCR de mucosas y dado el mal estado general del paciente, se propuso ingreso hospitalario para iniciar tratamiento con aciclovir y prednisona intravenosos, curas de la mucosa oral con mupirocina y colirios de dexametasona para la conjuntivitis.

Durante el ingreso el paciente comenzó con escozor al orinar debido a la aparición de una erosión periuretral en la mucosa del glande. Todas las pruebas microbiológicas resultaron negativas (incluidas mycoplasma y virus herpes) por lo que se suspendió el aciclovir y se inició azitromicina durante 5 días. Tras dos semanas de ingreso e importante mejoría clínica, se dio de alta al paciente y se le citó para control con nuevas serologías en tres semanas. A las tres semanas, el paciente ya no presentaba lesiones y la serología resultó positiva para CP.

**Discusión:** La erupción mucocutánea secundaria a CP es infrecuente y clínicamente indistinguible de otras RIMES, por lo que debemos realizar serologías para diferenciarlas. Cursan con mucositis intensa principalmente oral, conjuntivitis bilateral y clínica prodrómica. La afectación cutánea es infrecuente, lo que nos facilita diferenciarla de un SSJ que presenta necrosis cutánea extensa y menor afectación de mucosas.

Generalmente el curso de la enfermedad es leve con un pronóstico excelente, el tratamiento consiste fundamentalmente en terapia antimicrobiana dirigida y medidas de soporte.

ZONA  
PÓSTER

**INFECCIONES VÍRICAS**

**PO-279 CICATRIZACIÓN TRAS MONKEYPOX: ESTUDIO DE 40 PACIENTES**

Andrés Grau Echevarría(1), Daniel Blaya Imbernón(1), Carolina Labranderoy Hoyos(1), Rodrigo Peñuelas Leal(1), Malena Finello(1), Elena Pérez Zafrilla(1), Ángel González García(1), Jorge Magdaleno Tapial(1), Amparo Pérez Ferriols(1) y Pablo Hernández Bel(1) de (1)Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España.

**Antecedentes y objetivos:** La viruela del mono (MPOX) es una infección viral producida por el poxvirus que lleva su nombre y ha causado un brote pandémico entre 2022 y 2023. Se desconoce el riesgo de cicatrices tras las lesiones aunque durante este brote se ha estimado alrededor

del 20%. El objetivo de este trabajo ha sido investigar el riesgo de cicatrización y los factores de riesgo para la misma en los pacientes con MPOX en un Hospital terciario.

**Métodos:** Se realizó una recogida de datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes y un seguimiento clínico de los mismos. De los 72 pacientes valorados en nuestro centro, se pudo hacer seguimiento y recogida de datos sobre las cicatrices un año tras la resolución del cuadro clínico agudo en 40 de ellos. Se compararon múltiples parámetros entre grupos y se calculó la significación estadística para las diferencias entre los grupos con y sin cicatrices.

**Resultados:** Hasta un 47,5% de los pacientes presentaron al menos una cicatriz. Los pacientes con cicatrices fueron notablemente más jóvenes que los pacientes sin ellas. No encontramos diferencias entre los pacientes con VIH y los que no estaban afectados, probablemente por el buen control de la enfermedad que tenían. La vacunación frente a la viruela tradicional fue un factor protector en nuestros pacientes. El inicio de la clínica por síntomas cutáneos frente al inicio con clínica sistémica resultó ser un factor de riesgo para presentar cicatrices. Las zonas de mayor riesgo de cicatrización tórpida y mayor afectación de la calidad de vida de los pacientes fueron el área genital y la zona nasal. En estas zonas se pudo apreciar con mayor frecuencia la presencia de inflamación, edema y sobreinfección durante la fase activa de la enfermedad. Un paciente presentó cicatrices múltiples en forma de anetodermia confirmadas por biopsia. La presencia de cicatrices, sobre todo en las áreas previamente referidas, supuso una alteración grave de la calidad de vida con más de un 25% de los pacientes con puntuaciones de 9 o 10 sobre 10 en afectación de su calidad de vida.

**Conclusiones:** La viruela del mono puede generar cicatrices en un porcentaje importante de los pacientes y estas pueden afectar de forma muy llamativa la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1

Datos de los pacientes	Pacientes sin cicatrices	Pacientes con cicatrices	Prueba	Significación
Edad (rango)	42.5 (22-69)	36.2 (23-49)	T de Student	0.042
Sexo varón	20 (95)	19 (100)	Chi cuadrado	1
Sexo mujer	1 (5)	0 (0)		
Orientación sexual			Chi cuadrado	0.202
Homosexual	14 (66.7)	17 (89.5)		
Bisexual	5 (23.8)	1 (5.2)		
Heterosexual	2 (9.5)	1 (5.2)		
Vacunación	8 (38.1)	2 (10.5)	Chi cuadrado	0.100
No vacunación	13 (61.9)	17 (89.5)		
VIH positivo	6 (28.6)	4 (21.1)	Chi cuadrado	0.855
VIH negativo	15 (71.4)	15 (78.9)		
Nacionalidad			Chi cuadrado	0.176
España	16 (76.2)	11 (57.9)		
Sudamérica	5 (23.8)	4 (21.1)		
Europa	0 (0)	3 (15.8)		
Pakistan	0 (0)	1 (5.3)		
Número total de lesiones (rango)	8.5 (1-22)	33.4 (1-458)	U de Mann-Whitney	0.654
Clínica sistémica			Chi cuadrado	0.648
Si	14 (66.7)	14 (74)		
No	7 (33.3)	5 (26)		
Fiebre			Chi cuadrado	0.205
Si	8 (38)	12 (63)		
No	13 (62)	7 (37)		
Artromialgias			Chi cuadrado	1
Si	8 (38)	8 (42)		
No	13 (62)	11 (58)		
Astenia			Chi cuadrado	0.527
Si	9 (43)	11 (58)		
No	12 (57)	8 (42)		
Cefalea			Chi cuadrado	1
Si	6 (29)	6 (32)		
No	15 (71)	13 (68)		
Adenopatías			Chi cuadrado	0.683
Si	12 (57)	13 (68)		
No	9 (43)	6 (32)		

Datos de los pacientes	Pacientes sin cicatrices	Pacientes con cicatrices	Prueba	Significación
Faringitis				
Si	6 (29)	4 (21)	Chi cuadrado	0.855
No	15 (71)	15 (79)		
Uretritis				
Si	4 (19)	2 (11)	Chi cuadrado	0.756
No	17 (81)	17 (89)		
Proctitis				
Si	5 (24)	3 (16)	Chi cuadrado	0.812
No	16 (76)	16 (84)		
Inicio clínica:				
- Sistémica	12 (57)	5 (26)	Chi cuadrado	Chi cuadrado: 0.022 Test de Fischer: 0.018
- Cutánea	2 (10)	9 (47)		
- Solo cutánea	7 (33)	5 (26)		

Datos clínicos y demográficos de los pacientes con y sin cicatrices tras un año de la enfermedad

**PO-280** ECTIMA CONTAGIOSO (ORF): PRESENTACIÓN DE UN CASO

Julio Pérez Pelegay(1), Rosario Fátima Lafuente Urrez(1), María Pilar Hernández Orta(1), Almudena Escalada Abraham(1) y Yolanda Garbayo Agreda(1) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra) - España



Lesión ampollosa con costra en el dedo corazón de mano derecha

**Introducción:** El orf o ectima contagioso es una infección vírica endémica entre las ovejas y corderos jóvenes producido por un parapoxvirus. El contagio tiene lugar por inóculo directo con el exudado nasal o saliva de animales infectados o de forma indirecta a través de objetos contaminados (cuchillos, puertas, alambradas...) Su tratamiento no es necesario, ya que la lesión involuciona espontáneamente aproximadamente en 1-2 meses.

**Caso clínico:** Varón de 47 años, trabajador de un matadero de ganado ovino que presenta una lesión asintomática en el dorso de la falange proximal de dedo corazón de mano derecha de 2 semanas de evolución que no había respondido al tratamiento previo con amoxicilina oral ni aciclovir tópico.

A la exploración se apreciaba una lesión ampollosa de 14 mm con umbilicación en la región superior cubierta por una costra, sin signos de linfangitis ni adenopatías.

Ante la sospecha de nódulo de orf se toma una biopsia que muestra una epidermis acantósica, vacualización de células del estrato espinoso con abundantes gránulos de queratohialina y una importante proliferación de vasos sanguíneos en dermis compatible con

infección por parapoxvirus. La lesión se resolvió sin tratamiento en 2 meses.

**Conclusión:** Presentamos un caso de ectima contagioso, que junto con el nódulo de los ordeñadores (endémica en el ganado vacuno) representan las dos infecciones por parapoxvirus más frecuentes en el ser humano, ambas con una evolución benigna y curso autolimitado sin tratamiento.

**PO-281** HERPES ZÓSTER: EPIDEMIOLOGÍA Y CARGA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Ana Pulido Pérez(1), Marta Bergón Sendín(1), Lucía Barchino-Ortiz(1), Luis Jiménez Briones(2), Paloma García Piqueras(1), Aura Piedad Silva Barajas(3) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (3)Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España

**Antecedentes y Objetivo:** El herpes zóster (HZ) y sus complicaciones constituyen una causa de ingreso hospitalario con implicaciones socio-sanitarias y económicas en nuestro medio. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de HZ en el ámbito de la hospitalización.

**Métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes ingresados con diagnóstico primario o secundario de HZ desde enero de 2019 a diciembre de 2022. Se recogieron las variables demográficas (edad, sexo), variables clínicas relacionadas con el ingreso (motivo de ingreso, servicio responsable, días de estancia hospitalaria, comorbilidades) y relacionadas con el diagnóstico de HZ (diagnóstico primario o secundario, éste último definido como episodio de HZ desarrollado durante el ingreso, diferente al motivo de ingreso inicial o primario, herpes zóster complicado/no complicado).

**Resultados:** se recogieron 651 episodios de HZ en pacientes hospitalizados desde 2019 a 2022. El año con el mayor número de casos diagnosticados fue 2021 (205 episodios). El grupo etario más frecuente fue el de 80-89 años (rango de edad 3-99 años), con una proporción hombre:mujer de 1:1,2. El diagnóstico de HZ como motivo de ingreso se documentó en 265 episodios, 93 de ellos ingresados a cargo del

servicio de Dermatología (35.1% de los ingresos por HZ). El 8,9% de los episodios correspondieron a HZ con afectación ocular (conjuntivitis, iridociclitis, queratitis, otras formas de afectación ocular), 9,7% HZ con afectación neurológica predominante (encefalitis, meningitis, ganglionitis del geniculado, polineuropatía postherpética, neuralgia del trigémino postherpética) y el 81.4% otras formas de HZ complicado (herpes zóster diseminado, multimetamérico, sobreinfectado...).

**Limitaciones del estudio:** Carácter retrospectivo y unicéntrico.

**Conclusiones:** En este estudio se constata el predominio de los diagnósticos de HZ en la población hospitalizada de edad avanzada (octogenarios), siendo las formas de HZ complicado (diseminado, multimetamérico, sobreinfectado...) los diagnósticos más frecuentes. El desarrollo de las campañas de vacunación actuales deberá evaluar el impacto futuro sobre la frecuencia de las complicaciones extra-neurológicas propias de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de HZ.

**PO-282** EZEMA HERPÉTICO GENERALIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jesús Rodríguez Lozano(1), José Jaime Goday Buján(1), Ana Dapena Cuiña(2) y Eduardo Fonseca Capdevila(1) de (1)Dermatología y (2)Medicina de Familia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (A Coruña) - España.

El eczema herpético es una infección cutánea diseminada de origen viral (habitualmente VHS) que afecta a pacientes con enfermedades cutáneas crónicas y/o inmunodeprimidos. Al ser una complicación grave y potencialmente mortal, que puede conllevar sobreinfección bacteriana y sepsis, ha de instaurarse tratamiento antiviral sistémico de forma precoz y profilaxis antibiótica añadida si lo precisa.

Presentamos el caso de un paciente de 30 años con dermatitis atópica grave, en tratamiento con ciclosporina oral, que presentaba en el momento de la consulta lesiones generalizadas afectando cara, tronco y extremidades superiores, muchas de ellas vesiculosas de contenido claro y tendencia a agruparse, con base eritematosa.

Se tomaron muestras para PCR siendo positivas para VHS confirmando el diagnóstico de eczema herpético generalizado. Se instauró tratamiento con valaciclovir oral a dosis de 1 gr cada 8 horas vía oral durante 7 días y aplicación tópica de fomentos de sulfato de zinc al 1/1000 en solución acuosa presentando una evolución favorable en pocos días.

Presentamos un nuevo caso con características clínicas peculiares

ZONA PÓSTER

INFESTACIONES Y PICADURAS

**PO-283** LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN UNA PACIENTE EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB

Leticia Calzado Villarreal(1), Luis Feito Sancho(1), Ricardo Valverde Garrido(1), Alberto Sáez Vicente(1), Juan Ángel Burgos Moreno(2) y Cristina Rubio Flores(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** En la leishmaniasis los protozoos (amastigotes) se observan en el interior de los macrófagos tisulares. El factor de necrosis tumoral (TNFalfa) es una proteína clave en el funcionamiento del sistema mononuclear fagocítico. En la literatura se describen hasta 50 casos de Leishmaniasis en pacientes que reciben tratamiento con fármacos antiTNFalfa. Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso reportado en pacientes en tratamiento con upadacitinib, como es el caso que presentamos.

**Caso Clínico:** Mujer de 46 años, que vive en medio rural, con artritis reumatoide en tratamiento con leflunomida y adalimumab desde hacía años. Se sustituyó adalimumab por upadacitinib un mes antes de la consulta a dermatología. Presentaba desde hacía 3 meses una placa ulcerocostrosa en brazo derecho. La biopsia cutánea demostró una dermatitis granulomatosa con presencia de amastigotes intracelulares. Una analítica confirmó hemograma, bioquímica y un proteinograma normal con serología negativa para leishmania. La ecografía hepática fue normal. Con el diagnóstico de leishmaniasis cutánea se inició tratamiento con antimonio de meglumina intralesional cada 1-2 semanas, con excelente respuesta tras 7 infiltraciones.

**Discusión:** Los primeros casos de Leishmaniasis en pacientes tratados con fármacos antiTNFalfa se describieron en 2004. La revisión de Catalá y colaboradores (2015) confirma que aquellos pacientes de áreas endémicas, como la nuestra, que reciben estos tratamientos tienen mayor riesgo de padecer, no sólo Leishmaniasis visceral, sino también sus variantes cutánea y mucosa. Además, son más frecuentes las formas clínicas atípicas y la posibilidad de que el paciente necesite tratamiento sistémico. Upadacitinib es un fármaco inhibidor de JAK, aprobado para el tratamiento de artritis reumatoide y dermatitis atópica.

Entre sus efectos secundarios se describen infecciones comunes (respiratorias, reactivación de herpes zóster), y oportunistas (candidiasis esofágica), pero no hay reportados casos de leishmaniasis.

Probablemente, en nuestro caso, la infección apareció en la situación menos favorable del tratamiento con adalimumab, pero el cambio a upadacitinib ha favorecido que se trate de una Leishmaniasis localizada así como la buena respuesta al tratamiento intralesional. Es necesario un mayor seguimiento del caso para confirmar estas suposiciones.

**PO-284 LEISHMANIASIS CUTÁNEA DEL NUEVO MUNDO, CUESTIONANDO DOGMAS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Juan Luis Castaño Fernández(1), Lourdes Fajardo Lucena(1), Margarita Pich Aguilera Blasco(1), Lucía Turrión Merino(1), Fernando Alfageme Roldán(1), Alejandro Muñoz Serrano(2), Marcos López Dosil(2), Laura Nájera Botello(3), Gastón Rouston Gullón(1) y Mercè Grau Pérez(1) de (1)Dermatología M.Q.V., (2)Medicina Interna y (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España



**Introducción:** En nuestro medio globalizado los viajes al extranjero, en concreto a países tropicales, son cada vez más frecuentes, aumentando las consultas dermatológicas por lesiones derivadas de estos viajes. En el abordaje inicial de estos pacientes es clave un adecuado diagnóstico de sospecha.

**Caso clínico:** Mujer de 18 años sin antecedentes relevantes, desde hacía 4 meses presentaba una lesión dolorosa en antebrazo izquierdo. Había comenzado como una picadura de insecto durante un viaje a Bolivia. Aumentó de tamaño hasta que finalmente se produjo ulceración. A la exploración, presentaba una úlcera con fondo limpio. En el diagnóstico diferencial inicial se incluyeron: leishmaniasis cutánea, úlcera de Buruli y otras micobacterias atípicas. Se decidió biopsia y en la anatomía patológica se evidenció un infiltrado inflamatorio linfocitario, con presencia de microorganismos en el citoplasma de los histiocitos positivos con técnica de IHQ para Leishmania. La serología fue positiva para Leishmania y mediante PCR se caracterizó la especie *L. braziliensis*. Se descartó afectación mucocutánea.

Se inició tratamiento con Antimoniato de meglumina intralesional quincenal y seguimiento ecográfico, gracias al cual se evidenciaron 2 lesiones satélite poco apreciables. La cicatrización fue completa a los 4 meses, con solo 3 infiltraciones.

**Discusión:** Aportamos el caso de una paciente con infección por *L. braziliensis*, destacando dentro del proceso diagnóstico la importancia de filiar la especie. La ecografía cutánea fue clave para delimitar la lesión pudiendo guiar las infiltraciones de meglumina, así como para monitorizar la respuesta al tratamiento. Respecto a las infiltraciones de antimoniales, no hay guías estandarizadas ni claro consenso.

En nuestro caso solo fueron necesarias 3 sesiones; creemos podrían realizarse menor número individualizando.

A pesar de ser *L. braziliensis* el complejo identificado como causante de la lesión, se descartó el tratamiento sistémico de inicio. Al ser una única lesión de menos de 5 centímetros, tras descartarse afectación mucocutánea, se optó por el tratamiento intralesional, decisión conjunta con la paciente y con Medicina Interna. No obstante, esta decisión conlleva un seguimiento estrecho, cada 6 meses durante los próximos 5 años, para despistaje de un potencial fracaso terapéutico o progresión a forma mucocutánea.

**PO-285 LESIONES GENITALES INUSUALES: LEISHMANIASIS GENITAL SIMULANDO CARCINOMA EPIDERMÓIDE**

Marta Cebolla Verdugo(1), Carlos Llamas Segura(1), Álvaro Prados Carmona(1), Juan Pablo Velasco Amador(1), David Moyano Bueno(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España.

Las úlceras genitales, comúnmente asociadas a infecciones de transmisión sexual, pueden presentar desafíos en el diagnóstico cuando muestran una evolución crónica y no responden a tratamientos convencionales. En este contexto, exploramos una causa poco común pero significativa: la leishmaniasis genital.

Presentamos el caso de un varón de 75 años con una úlcera persistente, indolora, en el pene. No antecedentes relevantes. Negaba prácticas sexuales de riesgo. No asociaba pérdida de peso ni otra sintomatología sistémica. A pesar de evaluaciones previas por lesiones sugestivas de candidiasis recurrente, sometida a circuncisión, y varios tratamientos tópicos, incluyendo corticoides y antibióticos, la úlcera persistía. La exploración reveló una úlcera de 3x1 cm con bordes elevados en la cara dorsal del pene. No se detectaron adenopatías ni lesiones adicionales. Los análisis y serologías fueron normales, a excepción de una hipergammaglobulinemia IgM lambda monoclonal. Ante la sospecha inicial de carcinoma epidermoide, se practicó una biopsia, que reveló una balanopostitis con un marcado componente de células plasmáticas secundaria a una infección activa por Leishmania. El tratamiento con anfotericina B liposomal resultó en remisión completa sin recurrencias.

La leishmaniasis, causada por parásitos del género *Leishmania*, rara vez se presenta en genitales, siendo más común en regiones tropicales. Las lesiones pueden surgir por picaduras o diseminación sanguínea, y ciertos factores, como la leishmaniasis cutánea diseminada y la leishmaniasis en pacientes con VIH, aumentan el riesgo de afectación genital. Los signos clínicos incluyen úlceras persistentes, nódulos y adenopatías inguinales, a menudo confundidos con otras infecciones o tumores cutáneos, lo cual contribuye a diagnósticos tardíos. Nuestro paciente no presentaba factores de riesgo reconocidos. El diagnóstico de leishmaniasis genital puede ser difícil debido a la heterogeneidad de las lesiones. El tratamiento se elige según la gravedad y la respuesta del paciente, incluyendo antimonio pentavalente, anfotericina B liposomal o miltefosina.

En conclusión, destacamos la importancia de considerar la leishmaniasis genital en úlceras genitales crónicas resistentes a tratamientos convencionales, subrayando la necesidad de conciencia y evaluación exhaustiva para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

**PO-286 DERMATOBIA HOMINIS: UNA VISITA INESPERADA**

Ana Iglesias Plaza(1), Víctor García Rodríguez(1), Mónica Quintana Codina(1) y Montserrat Salleras Redonnet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.

Varón de 41 años, diabético insulino dependiente, que acudió por un nódulo eritematoso pretibial derecho de dos meses de evolución sin respuesta a antibióticos sistémicos. Había viajado a Argentina, Paraguay y Brasil hacía dos meses. Sospechando lesión abscesificada, se intentó

drenar el nódulo y se consiguió la extracción completa de una larva blanco-amarillenta de morfología alargada que Microbiología identificó como *Dermatobia hominis*. Se trató con antibiótico tópico e ivermectina oral, con buena evolución y constatación mediante ecografía cutánea de que no existían restos de la infestación.

*Dermatobia hominis* es un díptero braquícero nativo de áreas tropicales y subtropicales de América Central y del Sur. No solo afecta a los humanos, también puede infectar animales (gatos, perros, caballos...). El mecanismo de infestación es mediante la forsis: la mosca hembra entra en contacto con un vector, normalmente un mosquito, y fija las larvas en el insecto. Cuando el mosquito procede a alimentarse, las larvas caen por efecto del calor del huésped y se movilizan, penetrando finalmente por la zona de la picadura. Suelen aparecer de uno a múltiples nódulos, habitualmente dolorosos, tres semanas después de la picadura. La larva permanece en el cuerpo unas 5-10 semanas y después abandona al huésped, transformándose en pupa o crisálida. El diagnóstico suele ser clínico y dermatoscópico, pero nos podemos ayudar de pruebas de imagen. La ecografía muestra una imagen oval hipocóica y en su interior, algunas estructuras lineales hiperecóicas, donde podremos visualizar movimiento en tiempo real. También nos servirá para asegurarnos de que la infestación está resuelta. El principal diagnóstico diferencial suele ser con foliculitis, abscesos o granuloma por cuerpo extraño. Hay que distinguirla de la miasis foruncular por *Cordylobia anthropophaga*, típica de África.

El tratamiento es la extracción de la larva. Se suele aplicar vaselina o alguna sustancia que ocluya el orificio por donde respira la larva para que salga a la superficie. La ivermectina oral puede ayudar en casos donde sea difícil extraer la larva. La principal complicación es la sobreinfección de la herida.

En conclusión, es importante sospechar esta entidad ante nódulos dolorosos en un paciente procedente de áreas endémicas. Hay que adoptar medidas de prevención contra los mosquitos en estas zonas.

PO-287

PRIMER REPORTE AUTÓCTONO DE MIASIS FORUNCULAR MÚLTIPLE POR LARVAS DE *DERMATOBIA HOMINIS* EN ESPAÑA

Khrystyna Krasnovska Zayets(1), Guillermo Servera Negre(2), Miguel Antonio Díaz Martínez(1), Ana Sirgado Martínez(1), Alfredo García Mares(1), Ricardo Moreno Borque(1), Elena Lozano Martínez(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España y (2)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España



*Dermatobia hominis*

Presentamos el caso de un varón de 44 años de origen brasileño, sin antecedentes personales de interés que acudía a Urgencias por lesiones dolorosas en cuero cabelludo de dos semanas de evolución. En Urgencias fue diagnosticado de abscesos múltiples en cuero cabelludo y dado de alta con tratamiento antibiótico oral. Varios días después el paciente volvió a Urgencias por persistencia de las lesiones y fue valorado por dermatología. A la anamnesis contaba que residía en Madrid y negaba haber salido de la ciudad en los últimos meses. No recordaba haber notado picaduras de insecto en la zona afectada. A la exploración física destacaban 4 nódulos eritematosos distribuidos por el cuero cabelludo, que eran dolorosos al tacto y con un punto de inoculación central simulando abscesos cutáneos. Sin embargo, cuando se intentó drenar uno de los abscesos, el contenido del nódulo aparecía como material tubular blanquecino sólido que al dejar de apretar se volvía a introducir en el interior del absceso. Finalmente, decidimos drenar los abscesos encontrando en el interior de cada uno de ellos larvas de insecto. Enviamos las muestras de parásitos a microbiología que confirmaron que se trataba de *Dermatobia Hominis* (DH). Tras la extracción quirúrgica de cada una de las larvas el paciente evolucionó favorablemente con resolución completa de las lesiones y sin recidivas ni complicaciones.

DH es una mosca de la familia Oestridae endémica de las zonas tropicales y subtropicales de América Central y del Sur que suele afectar a viajeros que visitan esas zonas endémicas. Hasta el momento, existen únicamente 3 casos reportados de infección autóctona por DH en Europa, los tres en Italia.

El diagnóstico se realiza ante la presencia de lesiones absceso-like con un punto central por el que sale material serosanguinolento junto con antecedentes de viaje en las últimas 5-10 semanas a algún sitio tropical o subtropical. El tratamiento consisten en la extracción de todas las larvas y en casos de lesiones ulceradas o afectación visceral se puede asociar ivermectina oral.

Hasta donde sabemos, reportamos el primer caso de miasis foruncular múltiple por DH contraída en España. Por ello, aunque sea inusual, cuando se presenten las características clínicas descritas hay que tener en cuenta este diagnóstico aunque los pacientes no hayan salido del país en los últimos meses.

PO-288

NÓDULO SUBCUTÁNEO POR *DIROFILARIA REPENS*: UN CASO DE LARVA MIGRANS CUTÁNEA ENDÉMICA

María Nazaret Olmos García(1), Laura Moreno Hernández(1), Carlos Manuel Martorell Moreau(1), Elisabeth Vanrell Büse(1), Ana Bauzá Alonso(1) y Melchor Riera Jaume(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

La aparición de un nódulo palpebral en pacientes inmunosuprimidos obliga a descartar un amplio rango de patología cutánea entre las que se incluyen diversas causas tumorales e infecciones por bacterias, hongos, virus y parásitos.

Se presenta el caso de una paciente de 56 años con lupus eritematoso sistémico en tratamiento inmunosupresor que acude a urgencias tras la aparición de un nódulo a nivel palpebral de 2 semanas de evolución. La paciente refiere identificación de un posible parásito por oftalmólogo privado que no se consigue evidenciar en las primeras visitas de la paciente. Finalmente la paciente reacude a urgencias tras autoextracción

de un parásito filiforme blanquecino identificado en laboratorio como *Dirofilaria repens*, recibiendo tratamiento con ivermectina a altas dosis por la no resolución del cuadro a pesar de extracción del parásito. La paciente, natural de Mallorca, negaba viajes recientes al extranjero.

*Dirofilaria repens* es un parásito nematodo que invade el tejido subcutáneo de perros y otros mamíferos que está presente de manera autóctona en toda Europa. A consecuencia del calentamiento global y el cambio climático, está viéndose aumentada su incidencia en humanos, pues existe riesgo de transmisión a humanos por picaduras de mosquitos del género *Culex*. Su presentación más habitual es en forma de nódulos subcutáneos en tronco y extremidades, siendo la afectación palpebral mucho menos frecuente.

**PO-289 LEISHMANIASIS CUTÁNEA DURANTE TERAPIA ANTI-TNF. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Catiana Silvente San Nicasio(1), Sagrario Galiano Mejias(1), Diana Velázquez Tarjuelo(1), Raquel Carrascosa de Lome(1), Elena Conde Montero(1), Claudia García Martín(1), Ana Simón Gozalbo(1), Seidi Tirado Zambrana(2) y Pablo de la Cueva Dobao(1) de (1)Servicio Dermatología y (2)Servicio Anatomía Patológica. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España.

**Introducción:** La leishmaniasis es una enfermedad producida por un protozoo del género *Leishmania*, endémica de la costa mediterránea y centro peninsular. El reservorio principal son los mamíferos, y se transmite por la picadura de mosquito hembra del género *Phlebotomus* y *Lutzomya*. Produce una parasitosis del sistema retículo-endotelial, con afectación sistémica, mucocutánea o cutánea. Hay pocos casos en la literatura descritos de pacientes con leishmaniasis cutánea y uso de fármacos anti-TNF por enfermedad inflamatoria intestinal.

**Caso Clínico:** Varón de 71 años, con antecedentes personales de pancolitis ulcerosa y espondiloartropatía / sacroileítis HLA-B27 negativo, en tratamiento con metotrexato e infliximab, desde 2015. A finales de 2022 presenta placa de aspecto tumoral, ulcerada en el centro y con borde infiltrado de unos 4cm en cara lateral de rodilla derecha. Se realizó biopsia que fue compatible con LEISHMANIASIS CUTÁNEA.

Tras 3 dosis de glucantime intralesional la placa no termina de curar, y presenta cierta extensión periférica. Se contacta con medicina interna que, tras descartar afectación sistémica, inicia tratamiento con anfotericina B liposomal intravenosa (3mg/kg 1-5, 14 y 21) sin efectos secundarios y con respuesta clínica completa. De acuerdo con los servicios de reumatología y digestivo se suspende durante el tratamiento con anfotericina la administración de infliximab, que se retoma 6 semanas después por recidiva de la clínica articular.

Sin embargo, dos meses después, la placa de la pierna se reactiva, por lo que se retoma la infiltración cada 2-3 semanas de glucantime intralesional y la anfotericina B liposomal con la misma pauta, manteniendo una dosis mensual intravenosa para evitar la recidiva y extensión sistémica, que se administra durante 3 meses. Tras 5 meses de seguimiento no ha presentado recidiva a pesar de continuar con infliximab.

**Discusión:** Con el uso cada vez más extendido de fármacos anti-TNF es de esperar un aumento de casos de Leishmaniasis, por reactivación o de nueva aparición. Las lesiones suelen ser atípicas, más grandes, ulceradas, costrosas, multifocales y con un carácter recalcitrante. Para su control suele ser necesario el uso de terapia sistémica y la suspensión del fármaco biológico.

ZONA PÓSTER

LINFOMAS, MASTOCITOSIS E HISTIOCITOSIS

**PO-290 LEUCEMIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES. UN HALLAZGO INESPERADO**

Juan José Amorós Oliva(1), Elena Martínez Lorenzo(1), María José Carrera Hernández(1), María Cotarello Hernández(1), Cristina Romera De Blas(1), Natalia Aranda Sánchez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Javier Moreno-Manzano García-Calvillo(1), Paula Blázquez Pérez(1), Elvira Molina Figuera(1), Blas A. Gómez Dorado(1), Lidia Carbonero Jiménez(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España

**Introducción:** La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides (NCDP) es una entidad infrecuente, de predominio en hombres de edad avanzada. Presentamos un caso en varón joven objetivado en urgencias.

**Caso clínico:** Paciente de 28 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por manchas y maculas violáceas asintomáticas, mal delimitadas, con ligero componente descamativo las cuales desaparecen a la digitopresión, así como pápulas violáceas con centro necrótico las cuales no desaparecen a la digitopresión en miembros inferiores desde hace 3 meses. Además, refiere que en las últimas semanas han comenzado a aparecer en miembros superiores.

Ante los hallazgos clínicos y bajo la sospecha diagnóstica de vasculitis se pauta tratamiento con corticoides y se realiza biopsia de una de las lesiones objetivándose infiltrado inflamatorio superficial con púrpura en posible contexto de capilaritis purpúrica.

Al mes se revisa en consulta donde refiere nueva lesión en cara posterior de pierna derecha, nodular infiltrada con centro necrótico. Se revisa analítica donde se objetiva neutrofilia leve como única alteración y se repite biopsia, informada de infiltrado perivascular BCL6+ CD56+ compatible con NCDP.

**Discusión:** La NCDP comprende el 0,7% de los linfomas cutáneos. Se origina en las células dendríticas DC2 productoras de interferón no presentadoras de antígeno, que se diferenciarán en los precursores plasmocitoides.

En el 50% de los pacientes la clínica inicial es cutánea distinguiéndose tres tipos: tumores y placas violáceas diseminados, tumor único y maculas diseminadas. El resto presenta afectación de otros órganos (50% adenopatías, 20% esplenomegalia, 10% mucosas, 5-25% médula ósea).

La histología consiste en un denso infiltrado en dermis y el 20% únicamente presenta infiltrado perivascular. La clave diagnóstica se basa en la inmunohistoquímica, positiva para CD4 y CD56.

En cuanto al tratamiento se han probado diversas pautas quimioterápicas, sin embargo, el trasplante de médula ósea se ha propuesto como la mejor opción. A pesar de la buena respuesta inicial habitualmente progresa rápidamente hacia una leucemia fulminante, mielomonocítica en el 15% de casos.

**Conclusión:** La NCDP es una entidad infrecuente pero que debemos sospechar dada la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar el mal pronóstico de estos pacientes.

**PO-291 PRESENTACIÓN CUTÁNEA DE LINFOMA T ASOCIADO A ENTEROPATÍA: CASO CLÍNICO**

Ana María Antón Márquez(1), Cristina Muñoz Fernández-Lomana(1), Irene González Jiménez(1), Teresa Lucía Vega López(1), María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Gerardo Martínez García(1) y Pilar Manchado López(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** Los Linfomas T asociados a enteropatía (LTAE) son considerados linfomas periféricos de células T con origen intestinal y posible extensión a otras localizaciones, como la infrecuente afectación cutánea.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 64 años remitido a dermatología por placa ulcerada en parietal izquierdo con bordes sobreelevados de 3x3 cm de tamaño. Refería pérdida de peso en los últimos 2 años y diagnóstico reciente de enfermedad celiaca (EC). La histología de la lesión se informó como probable LTAE. Se realizó estudio de extensión con enterorresonancia y se observó únicamente yeyunización ileal en contexto de EC sin lesiones sospechosas de proceso linfoproliferativo. En el PET-TAC solamente se observó un nódulo hipercaptante en parietal izquierdo correspondiente a la lesión cutánea y compatible con estadio limitado de la enfermedad, por lo que se decidió tratamiento radioterápico de la lesión. Tras 15 sesiones el paciente vuelve a ser valorado por una placa abdominal eritematoviolácea con área ulcerada central, de consistencia firme y de 7x7cm de tamaño. En espera del resultado histológico el paciente ingresó por cuadro de ictericia y molestias abdominales.

El resultado de la biopsia fue de nuevo compatible con LTAE de fenotipo más agresivo y se recomendó de nuevo estudio de extensión. Por deterioro brusco en la función respiratoria y aparición de un cuadro de trombopenia y coagulopatía se realiza biopsia de médula ósea informada como infiltración de linfoma T difusa y se inició tratamiento quimioterápico. A los dos días y sin poder completar estudios de afectación intestinal el paciente presenta una hemorragia cerebral extensa con muerte encefálica inmediata.

**Discusión:** Los LTAE se consideran una entidad rara en la población general, pero puede presentarse como complicación de la EC en hasta un 5% de los casos. El 60% de los diagnosticados de LTAE son varones con edad media de 60 años, siendo los síntomas más frecuentes diarrea y dolor abdominal. La afectación cutánea se ha descrito muy infrecuentemente y sin características lesionales concretas. La piel, como en el caso de nuestro paciente, puede jugar un papel decisivo en la orientación diagnóstica. Sin embargo, la agresividad de los LTAE hace que el pronóstico sea pobre en la mayoría de los casos, con supervivencias globales aproximadas a 2 años del 28%.

**PO-292 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS. UN CASO INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD RARA**

Dulce María Arranz Sánchez(1), Alberto Sáez Vicente(1), Marta Folcrá González(1), Lucía González Ruiz(1), Silvia Salinas Moreno(2) y Tatiana Sanz Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.



**Introducción:** La Histiocitosis de Células Indeterminadas (HCI) es una entidad muy poco frecuente.

**Caso Clínico:** Varón de 70 años sin antecedentes de interés. Nos consultó por una lesión única pruriginosa en el cuero cabelludo, presente desde hacía 2-3 años, con crecimiento lento y progresivo. A la exploración se vio una lesión papulosa blanda, rosada, sésil, de 10 mm de tamaño. No encontramos datos clínicos ni dermatoscópicos característicos de ninguna entidad concreta.

La extirpación y estudio histológico mostró una dermis densamente ocupada por una proliferación nodular de estirpe histiocitaria, con células positivas para CD68, CD1a, S100 y CD31, siendo negativa para Langerina (CD207). No se observó atipia citológica ni figuras de mitosis. El índice de proliferación (Ki67) fue del 10-15%. Con estos marcadores se hizo el diagnóstico de HCI.

Se le realizó una analítica completa, serie ósea, radiografía de tórax y ecografía abdominal sin que se encontrara ningún hallazgo patológico.

Al año de seguimiento el paciente no ha tenido recidiva de la lesión extirpada y no le ha salido ninguna otra lesión similar.

**Discusión:** Las histiocitosis son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una proliferación excesiva de histiocitos. Uno de los tipos de histiocitosis es la de células indeterminadas (HCI), de la que existen pocos casos descritos en la literatura. En las series revisadas hasta el 25% de los pacientes asocian una neoplasia hematológica que es la que va a determinar el pronóstico, siendo esa asociación mucho más frecuente entre los pacientes con múltiples lesiones cutáneas.

Los casos con lesiones únicas son raros y parece que en ellos el pronóstico es muy bueno, con curación de los pacientes tras la extirpación. Al igual que en otros tipos de histiocitosis, la gran variabilidad clínica y de comportamiento plantea dudas de si son proliferaciones de naturaleza

neoplásica o reactiva y de si todos los casos se encuadrarían dentro de la misma entidad. Hay casos descritos de HCl tras picaduras de insecto y escabiosis bien documentadas. Nuestro paciente no recordaba picaduras en el cuero cabelludo, pero pudo haberlas tenido y no recordarlas.

**Conclusión:** Presentamos un caso de HCl excepcional por tratarse de una lesión única, curada con cirugía y sin recidiva un año después.

**PO-293 HISTIOCITOSIS MUCINOSA PROGRESIVA: UN CASO AISLADO**

Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Kiril Magaletsky Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1), Adrián Imbernón Moya(1), Gonzalo García de Cassasola(2) y José Luis Rodríguez Peralto(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.



*Pápulas milimétricas marrón rojizas en antebrazos*

**Caso Clínico:** Presentamos un varón 42 años sin morbilidades asociadas que acudió para valoración de múltiples lesiones de pequeño tamaño, asintomáticas. El paciente refería aparición progresiva de las lesiones desde hace 5 años y ausencia de antecedentes familiares de enfermedades cutáneas. A la exploración dermatológica las lesiones consistían en pápulas de entre 3 y 9 mm de diámetro, de coloración marrón rojiza localizadas en cabeza, antebrazos y piernas.

La biopsia cutánea mostró una dermis reticular con depósitos de mucina, acompañados de una proliferación de histiocitos de citoplasma amplio eosinófilo y núcleos redondeados sin atipias junto con aisladas células multinucleadas gigantes. Con técnicas de inmunohistoquímica se observó que las células histiocitarias expresaban de forma difusa en el citoplasma CD68, siendo negativas para proteínas S100, EMA, CD1A, ERG, SOX10, Factor X1a y CD163.

Con el diagnóstico de histiocitosis mucinosa progresiva se realizó destrucción de tres lesiones aisladas mediante Laser CO2 sin recidiva a los 3 meses.

**Discusión:** La histiocitosis mucinosa progresiva es una enfermedad de la que hay descritos 27 casos y pertenece al grupo de histiocitosis de células no Langerhans, de carácter benigno y no regresivo. Su herencia autosómica dominante hace frecuente la asociación familiar aunque existen casos esporádicos.

Se caracteriza por aparición progresiva de múltiples pápulas asintomáticas rojizas en cara y miembros, sin remisión espontánea. Estas lesiones están confinadas a la piel sin manifestaciones sistémicas ni de mucosas. Para su diagnóstico es necesaria una biopsia con un infiltrado de histiocitos en dermis superior y media con acumulación de mucina y vasos telangiectásicos. La inmunohistoquímica es positiva para quimotripsina, tripsina y lisozima y antígenos de macrófagos como CD68 y Factor XIIIa y negativa para CD1 y S100. Las lesiones pueden tratarse con corticoides intralesionales, crioterapia, escisión quirúrgica o láser CO2 y existen 3 casos donde se ha utilizado talidomida con éxito.

**PO-294 UN AVANCE SILENCIOSO: INFILTRACIÓN DEL LÓBULO AURICULAR POR LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**

Patricia Bodas Gallego(1), Pedro Sánchez Sambucety(1), María Navedo de las Heras(1), María Criado Otero(1), Víctor Onecha Vallejo(1) y Elia Samaniego González(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León - España.

Las manifestaciones cutáneas de la leucemia linfática crónica de células B (LLC-B) incluyen las lesiones inespecíficas, como púrpura, exantema maculopapular o urticaria, y las lesiones específicas por infiltración cutánea de linfocitos malignos o leucemia cutis.

Se presenta el caso de un varón de 89 años con antecedentes de LLC-B en seguimiento por dermatología tras exéresis de un carcinoma basocelular. En una de las consultas, se observa un nódulo levemente eritematoso e indoloro en el lóbulo auricular izquierdo. No presenta adenopatías, síntomas B ni citopenias. Se realiza una biopsia de la lesión y el estudio histológico muestra una infiltración cutánea por LLC-B. Posteriormente, aparece una lesión de características similares en el lóbulo auricular contralateral.

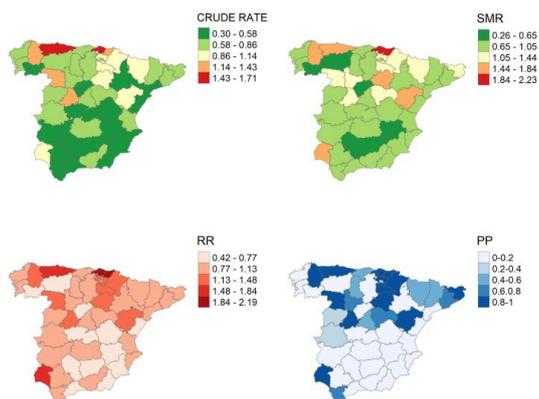
La leucemia cutis es una manifestación cutánea poco frecuente de la LLC-B, siendo más común en la leucemia mieloide aguda. Normalmente, se manifiesta durante la evolución de la enfermedad. Suele presentarse como pápulas o nódulos eritemato-violáceos e indoloros y su localización más frecuente es la cabeza y el cuello. La infiltración del lóbulo auricular, aunque característica, es inusual y obliga a descartar trastornos infecciosos, neoplásicos o inflamatorios.

Por ello, es importante considerar la LLC-B dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en los lóbulos auriculares.

**PO-295 TENDENCIAS DE MORTALIDAD EN ESPAÑA DE MICOSIS FUNGOIDE Y SÍNDROME SÈZARY DESDE 1983 HASTA 2022**

Rocío Bueno Molina(1), Mercedes Morillo Andújar(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Jorge López Cano(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Introducción:** La micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sèzary (SS) son las dos variantes más frecuentes de linfomas cutáneos de células T. No obstante, no hay estudios que evalúen sus tendencias de mortalidad a nivel europeo. Por ello, se ha realizado un estudio ecológico basado en datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) con la finalidad de analizar el mayor período estudiado hasta el momento a nivel nacional y europeo.



Análisis geoespacial 2002-2022

**Objetivo:** Analizar las tendencias temporales de mortalidad en la población española con MF y SS entre 1983 y 2022, considerando los efectos del sexo, edad, periodo y cohorte de nacimiento.

**Material y Métodos:** El número anual de fallecimientos por MF y SS entre 1983 y 2022 en España se recogieron del INE. Se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad para la población global y para cada grupo de sexo y edad. Los cambios significativos de tendencia de mortalidad se identificaron mediante una regresión Joinpoint. Se llevó a cabo un modelo de Edad-Periodo-Cohorte, y un análisis de años potenciales de vida perdidos para conocer su impacto; así como un análisis geoespacial para evaluar los patrones de mortalidad por provincias.

**Resultados:** La tasa de mortalidad ajustada por edad de la población global tuvo un ligero descenso desde 1.01 casos/106 habitantes en 1983 hasta 0.86 casos/106 habitantes en 2022, sin ningún cambio significativo de tendencia. A finales del siglo XX, hubo un descenso estadísticamente significativo de la mortalidad en hombres, con un nuevo aumento a partir de 2005; en probable relación con la publicación del algoritmo de la ISCL/EORTC para el diagnóstico

precoz de MF. En el periodo estudiado se produjeron un total de 1043 muertes, con una edad media de  $69.9 \pm 14.4$  años. Un 59,30% de estas afectaron a hombres. En cuanto al efecto cohorte, se observó un descenso significativo del riesgo relativo (RR) de fallecimiento en los nacidos a partir de 1980. En cuanto al efecto del periodo, se objetivó un descenso del RR al final de la década de los 90.

**Conclusión:** Se presenta el análisis de las tendencias de mortalidad en los últimos 40 años en España. Las tasas de mortalidad de MF y SS experimentaron un leve descenso durante los años analizados en ambos sexos. La caída del RR de fallecimiento observada en las cohortes más jóvenes podría implicar un descenso mayor de las tasas en el futuro próximo.

PO-296

MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA TIPO "QUERATOSIS PILAR". UNA VARIANTE INFRECUENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

María Estrella Cobos Bonilla(1), Alejandro Ortiz Prieto(1), Rafael Fúnez Liebana(1), María Inés Fernández Canedo(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Introducción:** La micosis fungoide foliculotropa (MFF) es una variante de micosis fungoide (MF) generalmente de curso más agresivo, en donde se afecta principalmente el folículo piloso(1). Existen variantes clínicas e histológicas que se presentan con muy poca frecuencia y que pueden pasar desapercibidas, siendo importante reconocerlas para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 62 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de dermatología por lesiones cutáneas de meses de evolución, levemente pruriginosas. A la exploración, presentaba una erupción micropapulosa y eritematosa generalizada, con respeto facial.

La biopsia cutánea fue compatible con MFF, donde se observó un infiltrado linfoide atípico a nivel del folículo piloso e infundíbulo folicular, con presencia de microabscesos de Pautrier. El estudio de extensión fue negativo y se diagnosticó de MFF tipo queratosis pilaris estadio IA. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con fototerapia, tras no mejoría con corticoides tópicos.

**Discusión:** La MFF es un tipo de MF en donde los linfocitos atípicos presentan epidermotropismo más intenso a nivel de los folículos pilosos, con respeto del resto de la epidermis, especialmente en estadios iniciales. Clínicamente suele ser más agresiva que la MF clásica, y se presenta con zonas de alopecia, hiperqueratosis folicular y placas infiltradas(1).

En 2015, Tomasini et al(2) publicaron una serie de casos diagnosticados de MFF histológicamente, que a la exploración únicamente presentaban lesiones micropapulosa hiperqueratósicas foliculares, sin otras lesiones típicas de esta entidad. A este subtipo se le denominó MFF tipo queratosis pilaris y se considera una forma de presentación temprana y leve. En esta entidad, las lesiones suelen respetar la cabeza y el cuello y la única sintomatología suele ser la piel áspera y leve prurito. En la mayoría de los pacientes, el tratamiento de primera línea fue corticoides tópicos y fototerapia, con casos aislados de progresión de la enfermedad(2,3).

**Conclusión:** La MFF tipo queratosis pilaris es una variante poco común de la MFF, de curso más indolente y posiblemente infradiagnosticada. Es importante descartar esta entidad en pacientes con lesiones múltiples y generalizadas tipo "queratosis pilar", especialmente en la edad adulta.

PO-297

MANIFESTACIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A MACROGLOBULINEMIA DE WÄLDENSTROM : A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Díaz Martínez(1), María José Izquierdo Estirado(1), Sergio Alique García(1), María Luz Vázquez Camuña(1), Williana Melissa Torres Jiménez(1) y Francisco Menéndez Ramos(1) de (1)Hospital Virgen de La Luz, Cuenca - España.

**Introducción:** La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un trastorno linfoproliferativo tipo B poco frecuente. La afectación cutánea se da sólo en un 5% de casos . Presentamos un caso de MW con afectación cutánea no neoplásica .

**Caso clínico :** Paciente mujer de 56 años , en seguimiento en el servicio de hematología por MW asociada a una polineuropatía axonal sensitiva motora. Consulta por aparición de pápulas no pruriginosas en pies , codos , rodillas , nalgas y dorso de manos de semanas de evolución . A exploración presentaba en dorso de manos , pies , codos y rodillas pápulas eritematosas algunas de aspecto translúcido de pequeño tamaño,

induradas. En pies asociaba además placas hiperqueratósicas purpúricas y livedo racemosa en ambas plantas. Se realizó biopsia de una de las lesiones papulares en el pie en la que se evidenció un intenso depósito de material amorfo eosinofílico en dermis papilar y en las paredes de los vasos de pequeño y mediano calibre dérmicos, PAS(+) y Rojo Congo (-), con intensa positividad IgM Kappa y resto de Igs negativas / débilmente positivas. En la analítica las crioglobulinas fueron negativas.

**Discusión:** Libow et al. describieron dos tipos de lesiones cutáneas asociadas a MW, neoplásicas o secundarias a infiltración cutánea directa de células linfoplasmocitarias y no neoplásicas o secundarias a la paraproteïnemia. Las no neoplásicas son las más frecuentes y dentro de ellas diferenciaron tres subtipos: aquellas relacionadas con el síndrome de hiperviscosidad, las asociadas a crioglobulinemia y las relacionadas con paraproteína específica. Dentro de estas últimas una posible manifestación son las llamadas pápulas translúcidas eritematosas o también llamadas pápulas de almacenamiento o macroglobulinemia cutis. Los hallazgos histológicos en estas lesiones revelan la presencia de un material homogéneo eosinofílico en la dermis, PAS (+) como consecuencia del depósito de IgM en la dermis, compatibles con las lesiones descritas en nuestra paciente.

**PO-298 MASTOCITOSIS CUTÁNEA FAMILIAR**

Ainhoa Fernández Arregui(1), Alicia Tormos Esteve(1), Santiago Soto Fuster(1), Cristina García Gálvez(1), Cristina Albanell Fernández(1), David Muñoz Castro(1), José María Martín Hernández(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

**Introducción:** La mastocitosis es una enfermedad rara caracterizada por la proliferación clonal de mastocitos en diferentes órganos, siendo el más frecuente la piel. A pesar de que en la mayoría de ocasiones se debe a mutaciones esporádicas en el gen c-KIT, también se han descrito mutaciones germinales dando lugar a casos familiares.

**Caso Clínico:** Varón de 3 años con antecedente materno de mastocitosis, que desde el año y medio de edad presentaba múltiples pápulas amarillentas de unos 2mm en tronco y raíz de miembros, asintomáticas a excepción del signo de Darier. No refería clínica sistémica y la analítica y ecografía no mostraron alteraciones. Además de una biopsia para confirmación histológica, se solicitó un estudio genético tanto al paciente como a su madre en el que se identificó la presencia en heterocigosis de la variante c.1900C>T; p.(Arg634Trp) en el gen KIT, estableciéndose el diagnóstico de mastocitosis cutánea autosómica dominante.

**Discusión:** El protooncogén c-KIT (cromosoma 4q12) codifica la proteína KIT, una glicoproteína de superficie que actúa como receptor transmembrana con actividad tirosin cinasa y que al unirse a su ligando, el Stem Cell Factor (SCF), promueve la maduración y liberación de mediadores mastocitarios. Mutaciones en este protooncogén pueden llevar a la activación del receptor de manera independiente a su ligando desembocando en una proliferación clonal. La más común es la mutación puntual somática Asp816Val/D816V en el codón 816 del exón 17. Sin embargo, pueden ocurrir mutaciones en línea germinal como la descrita en el caso que presentamos (Arg634Trp/R634W en el codón 624 del exón 13) dando lugar a casos familiares. Esta variante ha sido descrita con anterioridad en 3 hermanos con mastocitosis cutánea familiar y en un individuo afecto de mastocitosis sistémica. Además se ha relacionado con otros tumores como seminoma, leucemia mieloide aguda, adenocarcinoma de intestino delgado y melanoma.

**Conclusión:** Presentamos un caso de mastocitosis cutánea familiar debida a la mutación activadora R634W en el protooncogén c-KIT.

**PO-299 GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE DEBUTANDO CON ÚLCERAS NECRÓTICAS CUTÁNEAS**

Xavier García Navarro(1), Carme Díaz Sarrió(1), Miguel Viñas Arenas(1) y César Chappuis de Oliveira(2) de (1)Dermatología. Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf, Sant Pere de Ribes (Barcelona) - España y (2)CLILAB Diagnòstics i Anatomia Patològica, Sant Pere de Ribes (Barcelona) - España.



Granulomatosis linfomatoide

Presentamos el caso de una mujer de 79 años diabética insulino dependiente y con prótesis de aorta que debutó presentando unas lesiones ulcerosas necróticas con márgenes indurados en abdomen y extremidades de 6 meses de evolución y crecimiento progresivo, mostrando en TAC torácico múltiples nódulos pulmonares siendo la biopsia tanto cutánea como la pulmonar diagnóstica de Granulomatosis Linfomatoide, la paciente falleció a los 5 meses del diagnóstico.

La Granulomatosis linfomatoide es un linfoma angiocéntrico y angiodestructivo de células B asociado al virus Epstein Barr y que tiene típicamente afectación pulmonar en más del 90% de los casos pero puede afectar a la piel en un 50% de las ocasiones, presentándose clínicamente como pápulas, nódulos o úlceras como fue en nuestro caso.

Queremos destacar este caso por ser una patología no habitualmente vista por el dermatólogo y que fue diagnosticada gracias a las lesiones cutáneas sin en ese momento presentar sintomatología sistémica.

**PO-300 TELANGIECTASIAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. UNA VARIANTE INFRECUENTE DE MASTOCITOSIS**

Mónica Gómez Manzanares(1), Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Marina Montero García(1), Marcos Carmona Rodríguez(1), María Del Prado Sánchez Caminero(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

**Objetivo/s:** Describir una variante infrecuente de mastocitosis del adulto.

**Material y Métodos:** Historia clínica.

**Caso clínico:** Varón de 61 años que acude a consulta de dermatología por aparición de múltiples máculas eritematosas subcentimétricas localizadas en cara y parte superior de tórax y espalda, de tres años de evolución, pero con aumento progresivo en los últimos meses. Las lesiones eran asintomáticas y no presentaba clínica sistémica.

Se procedió por tanto al examen dermatoscópico de las lesiones, objetivando un patrón vascular telangiectásico retiforme sobre fondo eritematoso. Ante la sospecha de mastocitosis se exploró el signo de Darier, que fue negativo, y se amplió estudio con analítica y triptasa sérica. Se realizó biopsia tipo punch de lesión telangiectásica, con hallazgo anatomopatológico de "leve infiltrado mastocitario perivasculor" (>20 mastocitos por campo 40X).

**Resultados:** El diagnóstico definitivo fue de telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP). Dada la asintomatología del paciente no fue necesario iniciar tratamiento, siendo derivado a una unidad especializada en mastocitosis.

**Discusión y Conclusiones:** La mastocitosis es una entidad caracterizada por la proliferación de mastocitos que puede afectar a la piel y otros órganos. Se clasifica en dos subtipos; uno de inicio en la infancia, que suele auto resolverse, y uno de inicio en el adulto, con tendencia a la cronicidad y mayor afectación extracutánea. La TMEP es una variante rara de mastocitosis del adulto caracterizada por máculas y manchas con finas telangiectasias y que suele presentar signo de Darier negativo, reflejando una baja densidad de mastocitos, a diferencia de otras mastocitosis. El tratamiento está dirigido al control sintomático, mediante el empleo de antihistamínicos orales, inhibidores de la desgranulación mastocitaria o anticuerpos monoclonales IgE.

Pretendemos, por tanto, hacer hincapié en la importancia de conocer las entidades en todas sus formas, sin olvidarnos de las más atípicas o infrecuentes logrando así un diagnóstico y tratamiento correctos.

**PO-301 RESPUESTA FAVORABLE Y MANTENIDA DE SÍNDROME DE SÉZARY A TRATAMIENTO CON ROMIDEPSINA**

Luisa María Guzmán Pérez(1), Lorena Calderón Lozano(1), Carlos Calvo Asín(1), Julia Montero Menárguez(1), Christian Gutiérrez Collar(1), Pablo Luis Ortiz Romero(1), Alba Calleja Algarra(1), Eloy José Tarín Vicente(1) y Daniel Falkenhain López(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.



*Respuesta clínica*

El síndrome de Sézary (SS) es una variante leucémica del linfoma cutáneo de linfocitos T (LCLT) que a menudo requiere tratamientos sistémicos que ofrecen respuestas limitadas y frecuentes reacciones adversas, siendo el trasplante de células alogénicas el único tratamiento con intención curativa. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de SS que tras varias líneas terapéuticas solo alcanzó mejoría mantenida tras uso de romidepsina.

**Caso Clínico:** Se trata de un hombre de 63 años de edad con diagnóstico de SS desde el 2017, con importante afectación de su calidad de vida, edemas periféricos marcados y prurito intenso, tratado sucesivamente con distintas líneas terapéuticas (clorambucilo, prednisona, metotrexate, interferón alfa-2 $\beta$ , doxorubicina, fotoféresis extracorpórea, atezolizumab, bexaroteno y mogamulizumab), mostrando refractariedad e incluso progresión en sangre periférica, por lo que en mayo de 2020 se inició tratamiento con romidepsina inicialmente a pauta quincenal tras lo cual presentó mejoría tanto clínica como hematológica, mostrando desde el segundo mes del tratamiento reducción de la eritrodermia y prurito, así como del número de células sézary en sangre pasando de un recuento de 18794 en el mes de mayo a 570 cél/uL

en el mes de julio, y manteniendo la evolución hacia la mejoría en el seguimiento posterior, permitiendo espaciar las dosis a cada 3 semanas, lo que ayudó a tolerar las náuseas que presentaba tras la infusión de este medicamento, sin llegar a presentar hasta la actualidad ninguna otra reacción adversa.

**Discusión:** La romidepsina es un inhibidor de la histona desacetilasa aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento del LCLT después de al menos una terapia sistémica previa. En España, la romidepsina está disponible únicamente a través de un programa de acceso ampliado.

Hay pocos estudios de la vida real sobre romidepsina en LCLT y se informan resultados variables en comparación con los ensayos fundamentales de fase II.

**Conclusión:** Presentamos un caso clínico de SS refractario a múltiples líneas terapéuticas, tratado exitosamente con romidepsina cuya respuesta tan favorable, precoz y mantenida invita a considerar este fármaco como una opción terapéutica en esta patología que carece de tratamientos farmacológicos curativos.

**PO-302 LINFOMA CUTÁNEO T CD8+ CITOTÓXICO EN PACIENTE CON PSORIASIS EN PLACAS**

Marta López Pando(1), Sebastián Reyes García(1), Jimena Carrero Martín(1), Álvaro Núñez Domínguez(1), Blanca Vivanco Allende(1), Laura Palacios García(1), Celia Gómez de Castro(1), Cristina Fernández Sánchez(1), Cristina Galache Osuna(1) y Jorge Santos-Juanes(1) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España.

**Introducción:** El linfoma cutáneo primario de células T CD8+ citotóxico epidermotropo agresivo (LCCTEA-CD8+) se encuadra dentro de las entidades provisionales de los linfomas de células T y NK según la clasificación de la OMS de 2016. Tiene un comportamiento agresivo y precisa de tratamiento sistémico precoz.

**Caso clínico:** Varón de 58 años remitido a dermatología por aparición de lesiones cutáneas de una semana de evolución. El paciente tenía diagnóstico de psoriasis en 2017 que trataba con corticoide tópico.

Clínicamente se apreciaban pápulas y placas eritematodescamativas, algunas hiperqueratósicas y tumores de tamaño variable con ulceración de distribución generalizada, respetando cara, palmas y plantas. No afectación de mucosas. Asociaba anorexia y pérdida de peso desde hacía meses.

La biopsia de una de las lesiones reveló una epidermis hiperplásica con marcado epidermotropismo. Los linfocitos presentaban aspecto atípico con cromatina grumosa y frecuentes mitosis, formando microabscesos. Se acompañaba de destrucción de estructuras anexiales. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad en linfocitos tumorales intraepidérmicos para CD8+, CD3 +; CD7 +; CD5 +, positividad focal para TIA1, positividad difusa para CD56 siendo negativos CD45RO -; CD2 -; CD4 -; CD30 -; TCR beta -; TCR delta - y TOX.

El estudio de sangre periférica por citometría de flujo evidenció clonalidad de células T maduras. Un TAC toracoabdominopélvico y un PET-TAC mostraron adenopatías hipermetabólicas axilares e inguinales bilaterales. Una biopsia ganglionar demostró infiltración por linfoma.

El paciente inició tratamiento quimioterápico con intención de realizar un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos posterior.

**Discusión:** Presentamos el caso de un paciente con un LCCTEA-CD8+, una entidad muy poco frecuente.

Se caracteriza por la aparición de máculas, placas y tumores ulcerados de distribución generalizada con frecuente afectación de mucosas. Presenta una evolución agresiva con rápida diseminación. Histológicamente destaca una proliferación de linfocitos atípicos con marcado epidermotropismo y fenotipo citotóxico CD3+/CD7-/CD8+/CD45RA+ (CD2-/CD4-/CD5-/CD30-) TIA-1+. Dado su mal pronóstico precisa de un abordaje multidisciplinar con tratamiento precoz basado en regímenes agresivos de quimioterapia y opción a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

### PO-303 MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eduardo López Vera(1), Elisabeth Gómez Moyano(1), Ana Serrano Ordóñez(1), Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Juan María García Hirschfeld García(2) y María Dolores Fernández Ballesteros(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España

**Introducción:** La micosis fungoide (MF) es el linfoma cutáneo de células T más frecuente, siendo la MF foliculotrópica (MFF) una forma de presentación inusual. Su diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y el estudio anatomopatológico de las lesiones.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 68 años, fumadora de 20 cigarrillos diarios, con antecedentes de psoriasis en placas controlada con tratamiento tópico, dislipemia e hipertensión en tratamiento con simvastatina y enalapril. Acude a consultas de dermatología al presentar placas eritematomarrónáceas en mano derecha de un año de evolución, así como una placa anular en hombro izquierdo y pápulas foliculares en mama derecha de 6 meses de evolución, pruriginosas. Dado el cuadro clínico, se llevó a cabo una analítica de sangre, que resultó anodina y una biopsia punch que demostró infiltrados perifoliculares de células T atípicas CD4+, con escasa afectación epidérmica, lo que confirmó el diagnóstico de MFF. La biopsia de médula ósea resultó negativa.

Se derivó para tratamiento con fototerapia PUVA y bexaroteno, siendo necesaria por refractariedad la radioterapia local, con buena evolución hasta el día de hoy.

**Discusión:** La MFF se trata de una forma inusual de MF, que representa un 10% de los casos y de predominancia masculina con ratio hombre:mujer 3-4:1. Existe gran heterogeneidad entre estudios respecto a su supervivencia y recientemente se han distinguido dos estadios: un estadio temprano, caracterizado por maculas o placas planas, lesiones queratosis pilar-like y/o lesiones acneiformes, principalmente localizadas en tronco o extremidades, con escaso infiltrado perifolicular en la histología y un pronóstico favorable (80-94% supervivencia a los 5 años (S5a), similar a la forma clásica de MF en placas); y un estadio avanzado, caracterizado por placas infiltradas o tumorales localizadas en la zona de cabeza y cuello, infiltrados perifoliculares de mayor intensidad y peor supervivencia (40-60% S5a).

Los datos más relacionados con la progresión de la enfermedad fueron la edad mayor de 60 años, el estadio clínico avanzado, transformación en células grandes, prurito y presencia de cifras elevadas de LDH. Se ha sugerido adecuar la agresividad del tratamiento inicial (PUVA, terapia sistémica, radioterapia local, agentes tópicos) en función del estadio de la MFF, dada la diferencia pronóstica.

### PO-304 PSEUDOLINFOMA CUTÁNEO TRAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS. CORRELACIÓN CLÍNICA, HISTOPATOLÓGICA Y MOLECULAR PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

José Javier Márquez Rojas(1), Basilio Narváez Moreno(1), Antonio Pereira González(1), Carmen Ruiz Iglesias(1), Guillermo Moreno Casas(1), Alejandro Rubio Fernández(2), Antonio Javier Chaves Álvarez(1), Francisco Peral Rubio(1) y Isabel M<sup>a</sup> Rodríguez Nevado(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz - España.

**Introducción:** La hiperplasia linfoide reactiva, también conocida como pseudolinfoma, es una proliferación benigna de linfocitos secundaria a un determinado estímulo no siempre identificado: infecciones, picaduras de insectos, traumatismos, fármacos, tatuajes y vacunas, entre otros.

**Descripción:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 49 años que, tras una intensa irritación ocular posterior a la aplicación de un tinte para el cabello, fue sometida a pruebas epicutáneas por parte del servicio de alergología, siendo estas negativas. A los diez días de la realización de las mismas, consultó de nuevo por la aparición de una lesión cutánea en la zona de colocación del parche de tiosulfato de oro, que no se resolvió tras aplicar corticoides tópicos de potencia media.

Es remitida a nuestras consultas tras persistencia de la lesión desde hace seis meses. En la exploración física se aprecia en la parte superior de la espalda una placa de 1 cm no infiltrada, polilobulada, con base eritematosa. Se realiza biopsia cutánea que muestra proliferación linfoide

B con reordenamiento clonal de Ig kappa. En el estudio CISH no se identifican signos de restricción de cadenas ligeras. Se solicita LDH, B2-microglobulina, frotis de sangre periférica y radiografía de tórax, siendo normales. Se inicia tratamiento con crema de clobetasol, remitiendo la lesión a los cuatro meses y sin recidiva de la misma hasta la fecha.

La integración de los datos clínicos con los datos histopatológicos, inmunofenotípicos y los estudios de reordenamiento moleculares, permite establecer el diagnóstico de pseudolinfoma.

**Conclusiones:** Aunque descrita, la aparición de un pseudolinfoma en la zona de aplicación de un alérgeno para una prueba epicutánea es algo infrecuente que se debe conocer y tener presente para un adecuado diagnóstico diferencial.

En general se espera encontrar policlonalidad en los procesos pseudolinfomatosos. Sin embargo, en algunos pseudolinfomas como el de este caso clínico, es posible encontrar poblaciones monoclonales. Por ello, aunque el estudio molecular es útil, los resultados deben ser siempre interpretados con cautela y solo el contexto clínico y la evolución a lo largo de todo el seguimiento permitirá establecer el diagnóstico definitivo.

### PO-305 MICOSIS FUNGOIDE INFANTIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Clara Miguel Miguel(1), Miriam Fernández Parrado(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Alicia Córdoba Iturriagagoitia(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de (1)Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.



Imagen clínica de la paciente al diagnóstico

**Antecedentes y Objetivos:** La micosis fungoide (MF) infantil constituye el 0,5%-7% de los casos de MF. Los datos publicados en la literatura son escasos y poco exhaustivos, con algunas series de casos de mayor tamaño publicadas en los últimos años. El objetivo de este trabajo es presentar un caso diagnosticado en nuestro servicio.

**Método y resultado:** Niña de 10 años, fototipo V de Fitzpatrick, remitida a nuestra consulta por lesiones eritematosas pruriginosas de 2 años de evolución, que progresaron a lesiones hipocrómicas junto con aparición de nuevas lesiones marronáceas.

La paciente había sido diagnosticada al inicio de los síntomas de hipopigmentación residual por dermatitis atópica.

En la exploración, se apreciaron múltiples máculas hipomelanóticas de diferente tamaño en tronco, cuello y extremidades, con descamación poco perceptible y algunas con eritema sutil. Asimismo, asociaba máculas marronáceas ovaladas bien delimitadas, y máculas redondeadas de aspecto pizarroso. No presentaba afectación facial.

Se realizaron 3 biopsias cutáneas en las que se observó dermatitis de aspecto psoriasisiforme, infiltrado linfocitario de distribución liquenoide, junto con epidermotropismo y pigmentación post-inflamatoria.

El estudio inmunohistoquímico de la población linfoide resultó CD3 (+), con denso infiltrado epidérmico con expresión predominante de CD8 sobre CD4. Se objetivó pico monoclonal idéntico en 2 biopsias distintas.

La paciente fue diagnosticada de Micosis Fungoide hipopigmentada (CD8+), y se realizó tratamiento con UVB-BE con remisión completa. Ha presentado varias recidivas posteriores con buena respuesta a tandas de UVB-BE y corticoide tópico, sin progresión.

**Conclusiones:** La MF infantil presenta un mayor número de variantes clínicas atípicas que en el adulto. La presentación más frecuente es la MF hipopigmentada, especialmente en fototipos altos. Es habitual un retraso diagnóstico medio de unos 3 años desde el inicio de los síntomas, pero suele diagnosticarse en estadios iniciales. No existen protocolos de tratamiento definidos: el más utilizado es la fototerapia UVB-BE, con buena respuesta pero con alta incidencia de recaídas. Suele presentar un curso indolente sin progresión a estadios avanzados. Tanto la presentación clínica como la evolución de nuestra paciente son consistentes con el perfil mayoritario observado en los estudios publicados.

### PO-306 EMPEORAMIENTO CUTÁNEO CON TRATAMIENTO CON TRALOKINUMAB PARA DERMATITIS ATÓPICA: ¿2 CASOS, 2 ESPECTROS?

Julia Montero Menárguez(1), Borja González Rodríguez(1), Raquel Cavestany Rodríguez(1), Luisa María Guzmán Pérez(1), Christian Gutiérrez Collar(1), Carlos Zarco Olivo(1), Concepción Postigo Llorente(1), Francisco Javier Ortiz de Frutos(1) y Fátima Tous Romero(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

**Introducción:** En los últimos años se han desarrollado numerosos tratamientos biológicos para la dermatitis atópica (DA). Tralokinumab es un anticuerpo monoclonal humano que inhibe de manera específica a IL-13. Este tratamiento ha demostrado ser eficaz y en principio.

**Caso clínico:** Presentamos dos pacientes con empeoramiento clínico tras inicio de Tralokinumab 300mg cada 2 semanas, cuyas características están resumidas en la Tabla I.

**Discusión:** El diagnóstico diferencial de la DA en el adulto es extenso y es frecuente que la histología sea inespecífica. Además, los linfomas cutáneos primarios (LCP) son infrecuentes y en estadios iniciales pueden simular una DA clínicamente. Por ello, es necesaria una buena correlación clínico-patológica. Tanto la DA como el LCP son comorbilidades TH2. Se ha observado que las células de LCP presentan receptores para IL-13 e IL-4 y que pacientes con enfermedad avanzada presentan un aumento de IL-4 en sangre.



Presentación clínica del caso 1 (A) y el caso 2 (B)

Desde 2020 han aparecido publicaciones sobre desarrollo de LCP en pacientes tratados con Dupilumab. No existen casos publicados con Tralokinumab.

Una revisión de 23 pacientes analiza si hay una relación causal entre Dupilumab y el desarrollo de LCP. 19 pacientes no tenían antecedentes de atopía ni tampoco clínica o biopsias típicas de DA previas al tratamiento.

Recientemente, se ha publicado un trabajo que recoge 11 pacientes con reacciones linfoides tras tratamiento con Dupilumab. Éstas se caracterizan por un infiltrado linfocitario benigno con extensión parcheada a la epidermis, desbalance del ratio CD4/CD8 sin pérdida de marcadores pan T y expresión de CD30; que se resuelve tras la suspensión del fármaco. Los autores advierten de la posible progresión de estos infiltrados a verdaderos linfomas si se mantiene el tratamiento.

**Conclusión:** Ante cualquier paciente con sospecha de DA del adulto, con lesiones atípicas o ausencia de respuesta a tratamiento; es necesario realizar biopsia, citometría de flujo y reordenamiento en sangre periférica y en la biopsia para descartar un LCP. En caso de que se trate de un infiltrado linfocitario benigno, es recomendable suspender el tratamiento y seguir de cerca al paciente por el posible riesgo de malignización.

Tabla I. Características de los pacientes

	Caso 1	Caso 2
Sexo	Varón	Mujer
Edad	57 años	69 años
AP/AF DA	No	No
Comorbilidades atópicas	No	No
Pruebas epicutáneas	No	Negativas
Respuesta a tratamientos previos	GC orales sin respuesta	GC tópicos y orales mejoría Ciclosporina mejoría
IgE	Normal	Normal
Clínica pre Tralokinumab	Lesiones eccematosas Lesiones tipo prurigo Muy pruriginosas	Lesiones flexurales Lesiones en polo facial Muy pruriginosas
Histología pre-Tralokinumab	3 biopsias Espongiosis focal Eosinófilos +/- IFD negativa Infiltrado linfocitario perivascular superficial	1 biopsia Dermatitis espongíotica con eosinófilos
Tiempo de tratamiento hasta empeoramiento	3 meses	2 meses
Clínica post Tralokinumab	Eritrodermia	Placas psoriasiformes Alopecia aguda

	Caso 1	Caso 2
Histología post-Tralo	1 biopsia Infiltrado linfocitario Epidermotropismo focal sin alineación en capa basal CD3 +, CD5 +, CD4 -, CD8-, CD7 -, CD30+ 30%	2 biopsias Espangiosis folicular Hiperplasia epidérmica Paraqueratosis Infiltrado linfocitario Epidermotropismo focal CD3 +, CD5+, CD2+, pérdida parcial CD7, CD4 +, CD8 parcialmente +, CD30+. Reordenamiento TCRgamma policlonal
CMF	2118 células de Sézary	Normal
Diagnóstico	Síndrome de Sézary	Reaccion linfoide
Tratamiento y respuesta	Fotoaféresis + UVbe : RP	UVBbe : RC

PO-307

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE UNA SERIE DE 41 LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS DE CÉLULAS B CENTROFOLICULARES

Carlos Moreno Vilchez(1), Octavio Servitje Bedate(1), Eva Domingo Domenech(2) y Cristina Muniesa Montserrat(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España y (2)Servicio de Hematología Clínica. Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

**Introducción y Objetivos:** Los linfomas cutáneos primarios de células B centrofoliculares (LCPCBCF) son el subgrupo más frecuente linfomas cutáneos primarios de células B y, a pesar de tratarse de linfomas con curso indolente, las recidivas cutáneas en el área inicial y/o a distancia son frecuentes. Debido a la escasa información respecto a los posibles factores que pueden influir en el riesgo de recidiva cutánea y/o extracutánea de estos pacientes, nuestro objetivo fue analizar los casos de recidiva e identificar posibles factores pronósticos asociados a esta en pacientes diagnosticados de LCPCBCF.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivo de todos los pacientes adultos diagnosticados de LCPCBCF en el Hospital Universitario de Bellvitge entre 2000 y 2022.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 41 casos, 27 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 53 años. Los pacientes fueron clasificados como T1 o lesión solitaria (n=18; 44%), T2 o afectación cutánea localizada (n=19; 46,3%) o T3 o afectación cutánea multifocal (n=4; 9,7%). La escisión quirúrgica, la radioterapia local y el rituximab endovenoso fueron los tratamientos iniciales de elección en el 87,3% de los pacientes. El 92,3% de los pacientes obtuvieron una respuesta completa tras el tratamiento inicial. La recidiva cutánea se observó en 21 de los 38 pacientes que obtuvieron una respuesta completa inicial (55,2%). Los pacientes diagnosticados en estadios T2 (lesiones regionales) y T3 (afectación multifocal) presentaron un riesgo de recidiva mayor. La media de la supervivencia libre de progresión (SLP) para todos los pacientes fue de 34 meses. La afectación extracutánea durante la evolución se pudo observar en un total de tres pacientes (7,3%). Ningún paciente falleció a consecuencia del linfoma.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, más de la mitad de los pacientes afectados de LCPCBCF presentaron una recidiva cutánea, siendo el factor pronóstico asociado a ello, el estadio al diagnóstico. Aquellos pacientes con lesiones de distribución regional o multifocal (T2 y T3) serían especialmente candidatos a un seguimiento estrecho en la práctica clínica habitual. A pesar de las recidivas cutáneas frecuentes, este estudio constata el carácter indolente de este tipo de linfoma.

PO-308

XANTOGRANULOMA JUVENIL DEL ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1), Elena Remedios Martínez Lorenzo(1), Paula Blázquez Pérez(1), María José Carrera Hernández(1), Juan José Amorós Oliva(1), Natalia Aranda Sánchez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), María Cotarelo Hernández(1), Cristina Romera de Blas(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1) Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

**Introducción:** El xantogranuloma juvenil (XGJ) es una enfermedad benigna poco frecuente que afecta en su gran mayoría a población en edad pediátrica y que es necesario tener en cuenta dado que puede presentarse, de forma más rara, en adultos. Presentamos un caso de XGJ del adulto.

**Caso Clínico:** Varón de 64 años que presenta lesión papulosa en región subescapular izquierda de 6mm de diámetro con bordes bien definidos indurada, no infiltrada, no descamativa y no pruriginosa. A la dermatoscopia se objetiva una pápula amarillenta con retículo marrónáceo y eritema perilesional. Como único antecedente de interés destaca resección de pólipo tubulovelloso con displasia focal de alto grado resecaado en 2022. Tras extirpación y posterior estudio histológico se confirma el diagnóstico de XGJ.

**Resultados:** El XGJ es la forma más común de las histiocitosis de células no Langerhans. Afecta principalmente a población en edad pediátrica con un predominio del sexo masculino, alcanzándose una prevalencia del 10% en adultos sin mostrar diferencia entre sexos. Su etiopatogenia es todavía desconocida entendiéndose clásicamente como un proceso reactivo a infecciones virales y traumas, aunque recientemente se han

identificado factores genéticos relacionados. Su presencia se ha asociado a otras patologías como la leucemia mielomonocítica y neurofibromatosis I.

Clínicamente se caracteriza por pápulas o nódulos de coloración amarilla, naranja o marrónácea asintomáticas localizadas de forma preferente en cabeza, cuello y extremidades y su compromiso extracutáneo es raro siendo el sistema ocular el principal afectado. En la dermatoscopia es característica la presencia de un área central amarillo-anaranjada con zonas amarillo pálidas y halo eritematoso (patrón en sol poniente). Histológicamente muestra un infiltrado celular denso en dermis y porción superior de tejido celular subcutáneo donde son características las células de Touton, no siempre presentes.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico e histológico. Dada la tendencia a la autoinvolución la conducta suele ser expectante. En nuestro paciente, se realizó extirpación de la lesión y estudio histológico que confirmó el diagnóstico y analítica que descartó afectación sistémica. Encontrándose, además, asintomático a nivel ocular el paciente fue finalmente dado de alta.

PO-309

### ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA INTRALESIONAL COMO EXCELENTE OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL LINFOMA B MARGINAL

Arantxa Muñiz de Lucas(1), Marta Ruano del Salado(1), Javier Alcántara González(1), Tania Marusia Capusan(1), Raquel Cabana Navia(1), Thomas Akel Oberpaur(1), Ana del Rocío Gamero Rodríguez(1), Iván Rodrigo Díaz(1), Leticia Calzado Villarreal(2), Ana Morales de la Plaza(3) y Elena Sánchez Largo(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España y (3)Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España.

El linfoma cutáneo primario de la zona marginal es un linfoma de células B de bajo grado con un curso indolente y una tasa de supervivencia a los 5 años cercana al 100%. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia, tratamiento intralesional o sistémico.

Presentamos el caso de un varón de 73 años valorado en nuestro centro por presentar una placa eritemato-violácea dolorosa y pruriginosa de 3,5x3cm en zona dorsal izquierda de 5 meses de evolución. El estudio histológico mostró una proliferación neoplásica dérmica de células de pequeño tamaño con positividad para marcadores de linfocitos B (CD20, CD79), y BCL2, confirmando el diagnóstico de linfoma cutáneo de células B de la zona marginal (LCBZM).

Dentro de las pruebas complementarias realizadas, el estudio de imagen con TAC cervicotoracoabdominopélvica resultó normal, al igual que el aspirado y la biopsia de médula ósea. El reordenamiento resultó negativo en sangre periférica y médula ósea y el inmunofenotipo fue normal.

Como la enfermedad era localizada y de fácil acceso, se procedió a la extirpación quirúrgica como primera línea de tratamiento. Sin embargo, un año más tarde, se objetivaron nuevas placas de similares características a la anterior. Durante 3 años se realizaron ciclos intermitentes de cirugía asociada a radioterapia localizada con respuesta parcial. Debido a las múltiples recidivas y al importante prurito del paciente, se decidió iniciar una nueva línea terapéutica con rituximab intravenoso 375mg/m<sup>2</sup>/semanal 4 dosis, con astenia y artralgias secundarias y sin apreciar mejoría clínica.

Dada la gran afectación sintomática del paciente y a la negativa del mismo a iniciar tratamiento poliquimioterápico, finalmente se optó por realizar infiltración de 1,25 ml de acetónido de triamcinolona (ACT) a una concentración de 20mg/ml en 7 puntos, con resolución total de las lesiones en 14 días, pero recidiva parcial a los 3 meses. Desde entonces, el paciente se mantiene con buen control de la enfermedad con infiltraciones locales de ACT cada 3 meses y sin efectos adversos relevantes. Para las lesiones localizadas de LCBZM, los regímenes intralesionales son opciones de tratamiento sencillas, económicas y eficaces, con escasos o nulos efectos secundarios, siendo una excelente opción terapéutica que logra preservar la calidad de vida en el paciente.

PO-310

### REACCIONES GRANULOMATOSAS ASOCIADAS A LINFOMA: ESTUDIO CLÍNICOPATOLÓGICO DE 2 CASOS

Felipe Peirano(1), Elena Carmona-Rocha(1), Lluís Rusiñol(1), Alexandra Alturo-Pons(1), Anna Mozos(2), María Pilar García-Muret(1) y Lluís Puig(1) de (1) Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España.

**Introducción:** Las reacciones granulomatosas asociadas a linfoma (RGAL) se han descrito en linfomas cutáneos primarios y sistémicos. Presentamos dos casos ilustrativos de RGAL como manifestación inespecífica de linfoma.

**Caso 1:** Mujer de 64 años, con antecedente a destacar de diagnóstico reciente de linfoma folicular estadio IV, pendiente de inicio de tratamiento. Consultó por lesiones cutáneas múltiples, pruriginosas, en forma de pápulas eritematovioláceas, monomorfas y umbilicadas en escote, nuca, espalda y brazos. La biopsia mostró granulomas en empalizada y necrobióticos, compatibles con granuloma anular.

**Caso 2:** Varón de 47 años, sin antecedentes destacables. Había consultado 6 años atrás por un nódulo eritematoso infiltrado en brazo derecho, cuya biopsia mostró granulomas no necrotizantes y denso infiltrado linfohistiocítico, sin clonalidad ni estudio molecular sugestivo de linfoma. Tras perder el seguimiento, reconsultó por un nódulo de similares características en la misma localización. Se repitió la biopsia, siendo compatible con un linfoma primario cutáneo de células B de la zona marginal (LCPCBZM).

**Discusión:** Los granulomas cutáneos no infecciosos pueden asociarse a linfomas cutáneos primarios y sistémicos, distinguiéndose dos tipos de RGAL. El primer tipo se caracteriza por granulomas entremezclados con células neoplásicas en lesiones cutáneas específicas de linfoma. Se asocia principalmente a linfomas de células T, o a linfomas de células B con importante reacción inflamatoria de células T, como en el caso del LCPCBZM. El componente granulomatoso puede ser predominante y enmascarar el linfoma, dificultando el diagnóstico histológico.

El segundo tipo consiste en reacciones granulomatosas variadas, especialmente de tipo sarcoideo, como manifestación inespecífica de un linfoma subyacente, cutáneo o sistémico. Las RGAL pueden tanto preceder al proceso linfoproliferativo, tener un curso paralelo al mismo, o

aparecer tras el tratamiento, con intervalos descritos desde 5 años antes hasta 27 años después del diagnóstico de linfoma. La implicación pronóstica de las RGAL está poco establecida; algunos autores sugieren un posible efecto de contención tumoral del granuloma, representando un factor de buen pronóstico.

En conclusión, en pacientes con granulomas cutáneos no infecciosos sin etiología esclarecida, debe considerarse la posibilidad de un linfoma subyacente.

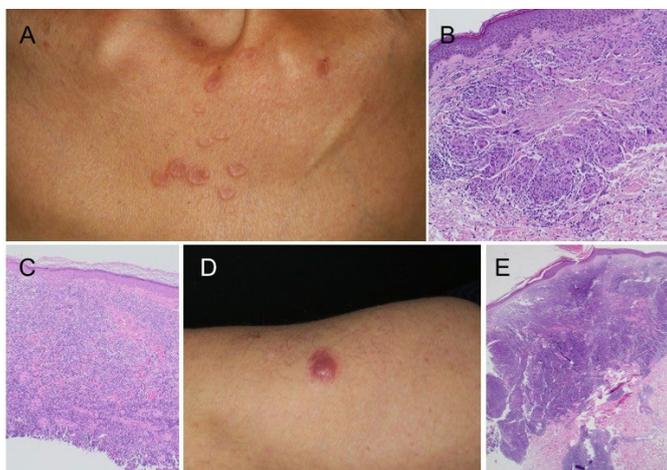


Figura A. Imagen clínica granuloma anular caso 1. Figura B. Imagen histológica granuloma anular caso 1. Figura C. Imagen histológica granuloma caso 2. Figura D. Imagen clínica LCPCBZM caso 2. Figura E. Imagen histológica LCPCBZM caso 2.

**PO-311 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN UN ADOLESCENTE Y POSTERIOR DESARROLLO DE LINFOMA T PANICULÍTICO**

Susana Pérez Santos(1), Miriam Corral de la Calle(1), Ángel Santos-Briz Terrón(2), Ana González de Arriba(1), Luz Ramos Nieto(1) y Pilar Escalonilla García(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España y (2)Departamento de Anatomía- Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.

El VEB se ha relacionado con la formación de linfomas B en pacientes inmunodeprimidos y Linfomas T en pacientes inmunocompetentes.

Se describe un caso de un adolescente que padece una mononucleosis infecciosa ( síndrome febril con adenopatías y hepatomegalia) y posteriormente desarrolla lesiones nodulares en miembros inferiores, tronco y en menor número en miembros superiores y cara, compatibles con una paniculitis. Se procede a la biopsia de una de estas lesiones para descartar paniculitis postinfecciosa, lúpica, síndrome linfoproliferativo...). Se tomaron cultivos de tejido de la biopsia que fueron negativos para hongos, bacterias y micobacterias. En los resultados analíticos se observa un patrón inflamatorio, con autoinmunidad negativa. En la biopsia los hallazgos indican Linfoma T primario cutáneo de tipo paniculítico ( alfa-beta). El paciente fue tratado con corticoide oral a dosis 0,5 mg/ kg con mejoría notable de todas las lesiones en escasas semanas.

Se presenta un caso de un adolescente de 15 años, no inmunocomprometido, que tras un cuadro de Mononucleosis infecciosa desarrolla un Linfoma T cutáneo primario tipo Paniculítico, con buena respuesta al tratamiento con corticoide oral.

**PO-312 ¿LINFOMA CUTÁNEO SECUNDARIO A TATUAJE?**

Elena Lucía Pinto Pulido(1), Elena Sánchez Gómez-Aparici(1), Susana Medina Montalvo(1), Ileana Medina Expósito(2), Guzmán López de Hontanar Torres(3) y Isabel Polo Rodríguez(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Hematología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Caso Clínico:** Mujer de 67 años valorada por la aparición de una placa sobreelevada sobre zona tatuada con tinta roja, de un año de evolución. El tatuaje se situaba en el brazo derecho y había sido realizado hace 7 años. Se realizó una biopsia cutánea para estudio microbiológico (negativo para bacterias, hongos y micobacterias) e histológico. Se observó un denso infiltrado inflamatorio monomorfo en banda que dejaba una zona Grenz, compuesto por linfocitos de pequeño-mediano tamaño con macrófagos e histiocitos con pigmento rojo. El estudio inmunohistoquímico mostraba abundante celularidad T con áreas nodulares correspondientes a linfocitos B. Todos los nódulos resultaron positivos para BCL2 y negativos para BCL6, CD10, CD5 y CD43. Esta lesión era compatible con un linfoma cutáneo primario de células B de la zona marginal rico en células T y se ha solicitado estudio PCR para IgH (pendiente). Se realizó una extirpación completa de la lesión y estudio con TAC abdomino-pélvico (sin datos de afectación extracutánea), analítica sanguínea (sin alteraciones de interés) y pruebas epicutáneas.

**Discusión:** El desarrollo de pseudolinfomas es una complicación bien conocida de los tatuajes, especialmente relacionada con la utilización de tinta roja. La progresión desde un pseudolinfoma a un linfoma también se encuentra reportada en la literatura, así como el desarrollo de linfomas cutáneos en respuesta a la estimulación crónica con antígenos exógenos. Por ello, parece plausible el desarrollo de un linfoma secundario a los componentes de un tatuaje. Sin embargo, la aparición de linfomas cutáneos sobre tatuajes sólo ha sido descrita previamente en la literatura en dos pacientes. Uno de ellos un linfoma cutáneo primario centrofolicular y otro un linfoma cutáneo de células B grandes, que apareció tras la transformación de un pseudolinfoma. Otros casos previamente reportados finalmente fueron clasificados como pseudolinfomas.

**Conclusión:** La aparición de un linfoma cutáneo sobre una zona de tatuaje podría estar relacionada con el mismo y ser secundario a la estimulación linfoide crónica y potencial selección de una población clonal. No obstante, la escasez de casos descritos plantea también la posibilidad de que la aparición sobre la zona tatuada sea fortuita, sin relación etiopatogénica con las sustancias empleadas.

### PO-313 ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA

Inés Poveda Montoyo(1), Noelia Jara Rico(1) y María Niveiro de Jaime(1) de (1)Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España.

Acude a la consulta un varón de 47 años con lesiones generalizadas asintomáticas de dos años de evolución. Niega fiebre u otra clínica sistémica. A la exploración presenta pápulas, nódulos y placas eritematovioláceas y otras marrón parduzcas de predominio en tronco y extremidades. No se evidencia afectación de las mucosas ni adenopatías palpables. Nuestro diagnóstico diferencial inicial incluye las siguientes entidades: enfermedad granulomatosa, sífilis, proceso linfoproliferativo y sarcoma de Kaposi.

Se realiza una biopsia cutánea que muestra un denso infiltrado en dermis superficial y media constituido predominantemente por histiocitos, células plasmáticas, eosinófilos y neutrófilos. Se identifican células inflamatorias en el interior del citoplasma de los histiocitos, fenómeno conocido como emperipolesis. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad de los histiocitos para S100 y CD68 y negatividad para CD1a. Se realiza una analítica sanguínea con resultados normales. El diagnóstico clínico e histológico es compatible con una enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) con afectación exclusivamente cutánea. Nuestro paciente no acude a la visita de revisión.

La ERD se considera una histiocitosis de células no Langerhans que se manifiesta con adenopatías cervicales bilaterales masivas, fiebre, anemia, reactantes de fase aguda elevados, neutrofilia e hipergammaglobulinemia. Además, puede presentar manifestaciones extranodales como la afectación cutánea. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de ERD limitada a la piel sin asociar clínica sistémica, como es el caso de nuestro paciente. En la literatura se describen varias series de casos de ERD exclusivamente cutánea que muestran las mismas características clínicas e histológicas que nuestro reporte. La forma de presentación más frecuente se da en adultos jóvenes, en forma de pápulas y placas solitarias, múltiples o agrupadas. Entre los tratamientos propuestos, la talidomida resulta eficaz en algunos casos. No obstante, dado la benignidad y la tendencia autorresolutiva del cuadro puede realizarse seguimiento en estos pacientes.

### PO-314 TELANGIECTASIA MACULAR ERUPTIVA PERSTANS: MASTOCITOSIS O CAJÓN DE SASTRE

Sergi Pujadas Vilà(1), María Cecilia Juárez Dobjanschi(1), Berta Ferrer Fàbrega(2), Julio Fabriccio Chabla(2), Álvaro Gómez Tomás(1), Mar Guilarte Clavero(3), Olga Salameo García(4), Laia Clavero Rovira(1), Álvaro Guerra Amor(1) y Vicente García-Patos Briones(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica, (3)Servicio de Alergología y (4)Servicio de Hematología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona - España.

**Introducción:** El término telangiectasia macular eruptiva perstans (TMEP) originalmente se utilizó para describir una forma rara de mastocitosis cutánea caracterizada por máculas telangiectásicas en tronco y extremidades.

Histológicamente presenta vasos telangiectásicos con un incremento del número de mastocitos en la piel, que se disponen alrededor del plexo vascular superficial. La mutación de c-kit en biopsias cutáneas presenta una alta sensibilidad y especificidad y podría ser útil cuando la histología convencional no es diagnóstica. La relativa frecuencia de lesiones telangiectásicas en la práctica clínica habitual, sobre todo aquella que afecta escote y brazos, y la poca especificidad de los hallazgos histopatológicos sugieren que algunos pacientes pueden haber sido diagnosticados erróneamente.

El objetivo de este trabajo es profundizar en la descripción de estas lesiones telangiectásicas así como sus características histológicas.

**Métodos:** Serie retrospectiva de 15 pacientes con sospecha clínica o diagnosticados de TMEP, recogiendo las características demográficas, clínicas, histopatológicas y moleculares de piel afecta en comparación con piel sana.

**Resultados:** Las lesiones estaban localizadas predominantemente en zonas fotoexpuestas: brazos en 11 pacientes (73%) y tronco anterior en 13 pacientes (87%). Ningún paciente presentó signo de Darier. Un total de 6 pacientes (40%) refirieron prurito. La triptasa sérica fue normal en 13 pacientes (87%).

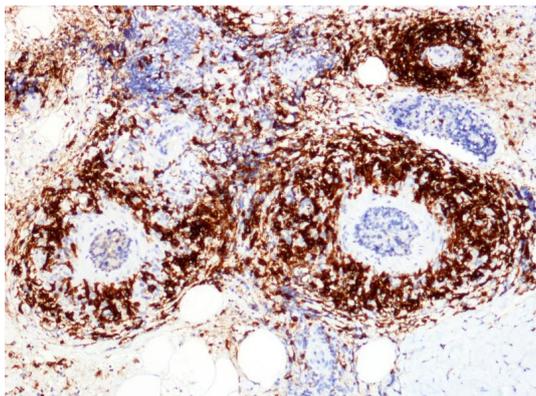
Respecto los hallazgos histopatológicos: pigmentación de la capa basal en 8 pacientes (44%), disposición de mastocitos perivascular en dermis superficial y media en 15 pacientes (100%). Se encontró un discreto aumento del número de mastocitos en piel lesional (90 +/- 35,8/mm<sup>2</sup>) respecto piel sana (70,5 +/- 36,3/mm<sup>2</sup>, p<0.01), siendo la diferencia estadísticamente significativa. No consideramos la diferencia clínicamente relevante ya que el número de mastocitos no está aumentado más de cuatro veces respecto piel sana. Pendiente mutación c-kit en piel.

**Conclusiones:** Muchos pacientes diagnosticados previamente de TMEP probablemente tengan telangiectasias esenciales. Muchos autores han considerado la presencia de telangiectasias como un criterio de TMEP, sin la necesidad de demostrar un aumento significativo de mastocitos en la dermis y sin signo de Darier, y esto ha favorecido el sobrediagnóstico de TMEP.

### PO-315 DESCRIPCIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA PAPULOSIS LINFOMATOIDE TIPO E

Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Mercedes Hospital Gil(1), Elena López-Negrete Arenal(1), Marta Liébana Villela(1), Cristian Fernando Caballero Linares(1), Victoria Ortiz Berciano(1), Margarita Pich-Aguilera Blasco(1), Lourdes Fajardo Lucena(1), Laura Nájera Botello(1), Gaston Roustan Gullón(1) y Dolores Suárez Massa(1) de (1)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

**Introducción:** La papulosis linfomatoide es un linfoma cutáneo CD30, caracterizado por pápulas y nódulos de curso autorresolutivo y recurrente en forma de brotes. Existen diversas variantes, aunque el pronóstico es similar en todas ellas. La variante angiocéntrica/angioinvasiva, o tipo E, destaca por su carácter a menudo necrotizante.



Infiltrado linfocítico CD30 positivo con marcado angiotropismo

**Caso Clínico:** Mujer de 40 años, sin antecedentes relevantes, acude a urgencias por lesiones indoloras de 1 mes de evolución. En la exploración física se evidenciaban placas eritematosas altamente infiltradas en miembros inferiores, junto con una úlcera costrosa en rodilla izquierda y una placa eritematosa de 4 cm con centro necrótico en dorso de pie izquierdo. No presentaba fiebre ni sintomatología sistémica.

La paciente refería haber presentado brotes similares desde 2017. Se le habían practicado hasta 3 biopsias, con resultados de paniculitis lobulillar con vasculitis linfocítica, úlcera profunda con trombosis vasculares, dermatitis perivasculares y de interfase vacuolar con hiperplasia de fibras nerviosas. En 2019 se realizó un TC toracoabdominopélvico (sin alteraciones) y una analítica (ANA positivos 1:160 patrón mixto con tinción de nucléolos).

Se realizó una nueva biopsia profunda de una de las placas infiltradas. El resultado de la misma fue de densos infiltrados nodulares en dermis e hipodermis, constituidos por células linfoides pleomórficas, de núcleo grande, hiper cromático, algunos de ellos en mitosis. Este infiltrado mostraba un llamativo angiotropismo con necrosis de las paredes de los vasos afectados. Inmunohistoquímicamente,

estos linfocitos expresaban CD3, CD4 y, en menor proporción, CD8. La mayoría expresaban también CD30. CD20, CD56 y TIA1 fueron negativos. El estudio molecular demostró reordenamiento monoclonal del TCR gamma.

Con el diagnóstico de papulosis linfomatoide tipo E, se realizó un PET que descartó la presencia de afectación a distancia y se inició metotrexato 15 mg vía subcutánea a la semana (y ácido fólico 48 horas después), con muy buena respuesta en la reevaluación a las 4 semanas.

**Conclusiones:** La papulosis linfomatoide tipo E es una entidad de reciente descripción que histológicamente puede suponer un reto diagnóstico al simular linfomas más agresivos, principalmente los que presentan angiocentrismo como el linfoma cutáneo NK/T de tipo nasal o el linfoma cutáneo de células T gammadelta.

**PO-316 SERIE DE SEIS CASOS DE PAPULOSIS LINFOMATOIDE**

Julia Román Gómez(1), Diego López Martínez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Marta Segado Sánchez(1), José Juan Parra García(1), María Castillo Landete(1), Ana López Mateos(1), Esther García Martínez(1), Raúl Corbalán Vélez(1), Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1), Miguel Lova Navarro(1), Teresa Martínez Menchón(1), Carolina Pereda Carrasco(1) y Ana Mercedes Victoria Martínez(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España.

La papulosis linfomatoide (PL) es un trastorno linfoproliferativo de linfocitos T CD30 positivos que se presenta en forma de pápulas necróticas o nodulares que suelen ser asintomáticas. Las lesiones involucionan espontáneamente en un periodo de uno a tres meses, y puede tener un curso crónico recidivante con brotes a lo largo del tiempo. Existe una clasificación en siete subtipos histológicos. Los pacientes requieren un seguimiento a largo plazo por el potencial desarrollo de linfomas, principalmente micosis fungoide o linfoma de Hodgkin.

Presentamos una serie de seis casos de PL en nuestro hospital en el periodo de 2010 hasta el 2024. Un 85.7% fueron varones. La edad media al diagnóstico fue de 43 años, siendo el paciente más joven un varón de 13 años. El tiempo de evolución medio fue de 66 días. En cuanto a las variantes histológicas, dos casos fueron de tipo A, un caso de tipo B, un caso de tipo C y dos casos de tipo E o angioinvasiva. Todos realizaron tratamiento con corticoides tópicos y tres de los pacientes requirieron fototerapia y metotrexato. La media de seguimiento fue de 2.85 años. En este tiempo un 66.6% tuvieron recidivas. Por el momento ningún paciente ha desarrollado un linfoma sistémico durante el seguimiento.

**PO-317 CUANDO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA SE «INFILTRA» EN LA DERMATOLOGÍA: UN CASO ATÍPICO DE LEUCEMIA CUTIS**

Jorge Román Sainz(1), Alba Manasa González Arias(2), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), Kiril Magaletskyy Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1), María del Mar Díaz Goizueta(2) y Adrián Imbernón Moya(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es un subtipo de linfoma no Hodgkin, caracterizado por la acumulación de células B monoclonales maduras en sangre periférica, formadas en la médula ósea. Se trata de un proceso habitualmente indolente, en el que con el tiempo se suelen ver afectados los ganglios linfáticos, hígado y bazo. Sin embargo, al contrario que en los linfomas T, la afectación cutánea es un fenómeno extremadamente inusual. Presentamos un caso de linfoma cutis causado por LLC, cuya detección fue determinante para el inicio del tratamiento sistémico en el paciente.

Varón de 65 años diagnosticado de LLC por una biopsia de adenopatía cervical. En el estudio de extensión realizado por parte de hematología no cumplía criterios para iniciar tratamiento sistémico y se decidió por tanto una estrategia conservadora. Acude 6 meses más tarde al servicio de dermatología presentando pápulas y nódulos eritematovioláceos, infiltrados y dolorosos a la palpación, en ambos pabellones auriculares con especial afectación de los lóbulos, con crecimiento progresivo.

Se realiza biopsia, revelando infiltración masiva dermo-hipodérmica por un linfoma no-Hodgkin de bajo grado, con positividad para CD20, CD5, CD23, Bcl-2 y PAX-5; y negatividad para Bcl-6, CD10, Ciclina-D1 y SOX-11; todo ello compatible con LLC. Es derivado al Hospital 12 de Octubre para tratamiento radioterápico local con buena respuesta inicial, pero acude nuevamente tras 9 meses con reaparición de las lesiones en pabellones auriculares, así como aparición de nuevas lesiones en fosas nasales y en cuarto dedo del pie izquierdo. Se realiza nueva biopsia, demostrando de nuevo infiltración cutánea por LLC.

Ante estos hallazgos, se decide por parte de hematología iniciar tratamiento sistémico con Obinutuzumab-Venetoclax, con gran mejoría de las lesiones cutáneas y remisión completa a nivel ganglionar tras el quinto ciclo de tratamiento. Dada la multitud de variedades clínicas distintas que puede presentar una leucemia cutis, y la importancia que puede tener para el manejo del paciente, es muy importante tener presente esta posibilidad diagnóstica en cualquier paciente con antecedentes de proceso linfoproliferativo, incluso en aquellos habitualmente indolentes. Es además fundamental la comunicación interdisciplinar en estos casos, y la realización de biopsia ante la menor duda.

**PO-318 HISTIOCITOSIS NODULAR PROGRESIVA: UNA FORMA INFRECUENTE DE HISTIOCITOSIS**

Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), José Luis Rodríguez Peralto(2), Ignacio Pinilla Pagnon(3), Kiril Magaletskyy Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1) y Adrián Imbernón Moya(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre, Madrid - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

**Caso clínico:** Presentamos una mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que consulta por múltiples lesiones cutáneas asintomáticas generalizadas presentes desde la menarquia que han aumentado en número progresivamente. No asocia clínica sistémica. En la exploración dermatológica se observan múltiples pápulas y nódulos, de coloración rojizo-marronácea y otros de color amarillento, induradas a la palpación, distribuidas en región facial, abdomen, glúteos, miembros inferiores y superiores. Se realiza biopsia cutánea de dos lesiones en antebrazo y dorso nasal para estudio histológico con hallazgos de una proliferación dérmica fusocelular con patrón estoriforme compatible con histiocitoma. La paciente es diagnosticada de histiocitosis nodular progresiva, realizando observación y extirpación quirúrgica de algunas lesiones cutáneas.

**Discusión:** La histiocitosis nodular progresiva (HNP) en una dermatosis adquirida infrecuente y de etiología desconocida, incluida en el grupo de las histiocitosis de células no Langerhans (HCNL). No suele requerir estudio sistémico dado que la afectación visceral es excepcional, aunque puede afectar a mucosas. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado dérmico de células fusiformes con una distribución estoriforme entremezcladas con macrófagos espumosos y células gigantes de Touton, con inmunohistoquímica positiva para factor XIIIa, CD68 y negativa para CD1a. El diagnóstico diferencial se establece con otras HCNL con las que comparte hallazgos microscópicos. Una lesión aislada de HNP puede ser difícil de diferenciar histológicamente de un dermatofibroma, pero difieren clínica e inmunohistoquímicamente ya que los dermatofibromas se presentan en menor número y los marcadores de macrófagos son negativos.

El curso clínico es progresivo, sin haberse descrito la remisión espontánea. El tratamiento es un reto terapéutico, siendo el más utilizado la extirpación quirúrgica. Se ha descrito una menor progresión con el uso de metotrexato. Se han reportado 2 casos con respuesta a cobimetinib y regorafenib. Presentamos un nuevo caso clínico de esta entidad infrecuente, remarcando la importancia de la correlación clínicopatológica para su diagnóstico.

**PO-319 LESIONES CUTÁNEAS COMO MANIFESTACIÓN DE LA LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA**

Belén Ruffin Vicente(1), Miguel Recio Monescillo(1), Carolina Manzanos Yustas(1), Jaime García Sanz(1), Juan Torre Castro(1), María del Rosario Haro Ramos(1), María Dolores Mendoza Cembranos(1), María Rodríguez Pinilla(2), Javier Díaz de la Pinta(2), Margarita Jo Velasco(2) y Luis Requena Caballero(1) de (1)Dermatología y (2) Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España.

La leucemia mielomonocítica crónica es una neoplasia mielóide clonal poco frecuente que tiene características tanto de síndrome mielodisplásico como de síndrome mieloproliferativo. Esta entidad puede presentar manifestaciones dermatológicas que clásicamente se han dividido en dos tipos: lesiones específicas, es decir, leucemia cutis, que es poco frecuente; y lesiones no específicas, como infecciones, dermatosis neutrofilicas, lesiones tipo perniosis, lesiones granulomatosas y trastornos del tejido conectivo, en otras.

Presentamos el caso de un varón de 83 años que presentaba desde hace 4 años lesiones tipo perniosis en los dedos de ambas manos, persistentes y resistentes a diferentes tratamientos, asociadas a brotes de lesiones eritematovioláceas en muslos, cara y escote en el contexto de trombopenia y leucopenia. Al inicio, el cuadro se orientó como un posible lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea. Se realizaron diferentes biopsias cutáneas que mostraron hallazgos compatibles con perniosis, en el caso de las lesiones de las manos; y sugestivos de lupus cutáneo, en el caso de las lesiones de los muslos. Dada la evolución tórpida y las alteraciones en el hemograma se decidió valoración por Hematología, que indicaron realizar una biopsia de médula ósea, en la que se observó un componente celular de mediano tamaño y aspecto monocitoide, que fueron positivos para MNDA y negativas para CD123, CD56 y CD34. Se estableció el diagnóstico de leucemia mielomonocítica crónica y se interpretaron las lesiones cutáneas como manifestaciones dermatológicas no específicas de la misma. El paciente comenzó tratamiento con azacitidina con lo que las lesiones cutáneas presentaron una gran mejoría.

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad hematológica que se manifestó a través de lesiones cutáneas no específicas, por lo que el diagnóstico y el tratamiento supuso un reto en el curso de la enfermedad, hasta la realización de un diagnóstico definitivo. Destacamos la relevancia de las manifestaciones cutáneas como hallazgo en múltiples enfermedades sistémicas y la importancia de la integración de las manifestaciones clínicas con las pruebas complementarias y un adecuado enfoque integral para un correcto diagnóstico.

**PO-320 LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE LINFOCITOS B GRANDES DIFUSO TIPO PIERNA - A PROPÓSITO DE UN CASO**

Blanca Santos Latasa(1), Luis Alonso Martínez de Salinas(1), Camino Pacho Guerra(1), Pedro José Fernández Esparcia(1), Raquel María Domínguez López(1), Julio César Corredor García(2), Pedro Jaén Olasolo(1) y Montserrat Fernández Guarino(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

El linfoma de células grandes B primario cutáneo tipo pierna (LLBGDP) es un tipo de linfoma cutáneo agresivo de células B. Presenta frecuentemente diseminación extracutánea y conlleva un peor pronóstico y frecuentes recidivas. Suele aparecer con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y tiene un rápido crecimiento. La supervivencia global a los 5 años del 50-60%.



Linfoma cutáneo primario de linfocitos B grandes difuso tipo pierna

Presentamos el caso de una mujer de 87 años que consulta por aparición y crecimiento progresivo de unas lesiones cutáneas en pierna derecha de 4 meses de evolución. A la exploración, en pierna derecha se aprecian placas y tumoraciones eritematovioláceas de morfología circular-ovoide, induradas e infiltradas, inespecíficas a la dermatoscopia.

Ante la sospecha se decide realizar una biopsia cutánea que confirma la infiltración por un proceso linfoproliferativo de alto grado. En el perfil inmunohistoquímico las células neoplásicas mostraron positividad para los marcadores CD20, CD79a, CD19, BCL-6, BCL-2, MUM1 y cmyc. Para determinar si se trataba de un linfoma de células grandes B primario cutáneo tipo pierna (LLBGDP), o de un linfoma B difuso de células grandes NOS activado sistémico, se realizó un estudio de extensión que descartó afectación sistémica, siendo finalmente diagnosticada de LLBGDP. Entre los tratamientos posibles se barajó la opción de rituximab intralesional.

Consideramos que nuestro caso es relevante no solo por tratarse de una patología infrecuente, sino porque además pone de manifiesto algunos de los factores que implican un peor pronóstico en esta enfermedad, como son la edad avanzada, la localización en piernas, las lesiones multifocales y la expresión de MYC, BCL2 y BCL6. Asimismo recalca la importancia de conocer que algunos pacientes con linfoma de linfocitos B grandes ganglionar pueden presentar lesiones cutáneas secundarias localizadas exclusivamente en las piernas, de ahí la necesidad de investigaciones para la estadificación completa antes de poder establecer el diagnóstico de LLBGDP.

PO-321

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Marta Segado Sánchez(1), Tomás Murcia Pardo(2), José Juan Parra García(1), Diego López Martínez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Julia Román Gómez(1), Ana López Mateos(1), Belén Ferri Níguez(3), Teresa Martínez Menchón(1) y Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España, (2)Medicina Física y Rehabilitación. C.H. Universitario Santa María del Rosell - Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España y (3)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es un trastorno proliferativo clonal heterogéneo, que abarca desde formas limitadas a un órgano/sistema a otras multisistémicas. Un tercio de los pacientes presenta manifestaciones cutáneas, las cuales son muy variables. El objetivo del estudio fue describir las principales características clínicas de las lesiones cutáneas específicas de HCL en pacientes diagnosticados en un hospital de tercer nivel.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de HCL con lesiones cutáneas registrados por los servicios de Dermatología, Oncología y Anatomía Patológica de nuestro hospital, entre enero de 2004 y enero de 2022.

**Resultados:** Se recogieron 60 sujetos diagnosticados de HCL, de los cuales 15 (25%) presentaron afectación cutánea. El 53% fueron hombres y el 47% mujeres. En la mayoría de casos (67%) la enfermedad se limitó a la piel. En aquellos con HCL multisistémica, el principal motivo de consulta fueron las lesiones cutáneas (60%). Dos tercios de los pacientes fueron diagnosticados antes de los dos años de vida. La mediana de edad de inicio de las lesiones fue de siete meses de vida. Se registraron dos casos congénitos, uno adolescente y tres adultos. La lesión elemental descrita con más frecuencia fue la pápula (73%). Se acompañó de descamación en el 47% de los casos, así como erosiones/úlceras en el 40% y costras en el 33%. El 27% de los pacientes refirió dolor, prurito o ambos. La distribución fue generalizada en la mayor parte de los pacientes, especialmente en la forma multisistémica (80%) frente a la cutánea (50%). Solamente un caso con lesiones localizadas se asoció a enfermedad sistémica (17%). Destaca la localización en cuero cabelludo en dos tercios de los pacientes. El intertrigo predominó en la forma cutánea (60% vs 10%), mientras que la afectación mucosa, oral o genital, lo hizo en la multisistémica (40% vs 10%). Ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** En general, los datos extraídos en esta revisión concuerdan con la bibliografía consultada. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la presentación clínica de las lesiones que permitan predecir su asociación a HCL sistémica. Son necesarios más estudios que caractericen mejor la enfermedad.

ZONA  
PÓSTER

MISCELÁNEA

PO-322

### LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL CARECE DE CREATIVIDAD

Susana Armesto Alonso(1), M. Carmen González Vela(2), Julia Sánchez Gundín(3), Saray Simon Coloret(4), Beatriz Castro Gutiérrez(1), Natalia Palmou Fontana(5), Marta Drake Monfort(1), Cristina Naharro Fernández(1), Amparo Sánchez López(1) y Pablo Munguía Calzada(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (2)Patología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (3)Farmacia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (4)Dermatología. Instituto de Formación e Investigación «Marqués de Valdecilla» (IFIMAV), Santander (Cantabria) - España y (5)Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España.

Mujer de 61 años con antecedente personal de lupus sistémico que acude a dermatología por una placa asalmonada, de superficie lisa en sien D. La segunda biopsia describe depósitos nodulares de material amiloide en dermis sugerente de amiloidosis primaria.

Se realizó biopsia de médula ósea por recomendación hematológica pero no se apreció afectación. Dado el buen pronóstico se trató con corticoides tópicos en oclusión, infiltrados, crioterapia y electrocoagulación sin que disminuyera al menos de tamaño.

Finalmente y teniendo presente sus antecedentes experimentamos con una técnica que obtuvo el resultado deseado.

**PO-323 ASOCIACIÓN DE DOS TIPOS DE DERMATOSIS NEUTROFÍLICAS EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Iranzu Barandika Urrutia(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Pedro Gil Pallares(2), Laura Bernal Masferrer(1), Zita Álvarez Bobillo(1), María del Carmen Gómez Mateo(3) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (2)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Universidad de Santiago de Compostela. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) está asociada con multitud de patologías cutáneas como por ejemplo las dermatosis neutrofílicas (DN), que constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades. Entre ellas destaca la dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR).

**Caso Clínico:** Una mujer de 69 años con AR de 20 años de evolución bien controlada con Adalimumab, acudió a la consulta de Dermatología por sospecha de pie diabético con evolución tórpida. A la exploración física la paciente presenta lesiones maculo-papulosas eritemato-violáceas dolorosas simétricas en plantas de ambos pies, sin otra sintomatología. Ante sospecha inicial de vasculitis, se solicitó un estudio analítico completo en el cual destacó un título alto de factor reumatoide con resultado negativo para el resto de pruebas, que incluían serologías, estudio de autoinmunidad y crioglobulinas.

La biopsia mostró una pústula intraepidérmica y subcórnea repleta de neutrófilos, fibrina y hematíes, asociada a un intenso infiltrado inflamatorio mixto de predominio neutrofílico en la dermis subyacente, junto con engrosamiento de la pared de los capilares e infiltrado inflamatorio perivascular, sin signos de vasculitis. Se indicó tratamiento tópico con clobetasol y dapsona 5% y se intensificó su tratamiento con Adalimumab con respuesta favorable. Cuatro meses después acudió de nuevo por lesiones eritematosas sobreelevadas con vesículas en superficie y lesiones purpúricas en talón izquierdo, dedos y plantas pies, que fueron en aumento en los meses posteriores a pesar de asociar corticosteroides sistémicos a la pauta de tratamiento tópico inicial. Además presentó lesiones en talones que se apreciaban placas arciformes con pustulas superficiales compatibles clínica e histológicamente con DNR y pioderma gangrenoso superficial.

**Discusión:** La DNR afecta principalmente a mujeres de mediana edad con AR de difícil control. El estudio histopatológico se caracteriza por un infiltrado de neutrófilos en la dermis superficial con leucocitoclastia variable y generalmente sin signos de vasculitis. Aunque suele presentarse en forma de nódulos o pápulas eritematosas dolorosas en las manos y caras extensoras de extremidades superiores, no son raras otras formas de presentación. Esto dificulta el diagnóstico inicial de las DN por lo que es importante que como dermatólogos mantengamos una alta sospecha clínica.

**PO-324 ELASTÓLISIS DE LA DERMIS PAPILAR SIMILAR A PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: SERIE DE 9 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Cristina Barrabés Torrella(1), M<sup>a</sup> Teresa Fernández Figueras(2), Noelia Pérez Muñoz(2), Ángeles Sola Casas(1), Juan Antonio Moreno Romero(3), Gemma Melé Ninot(1), Mónica Quintana Codina(1), Víctor García Rodríguez(1) y Montserrat Salleras Redonnet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud, Barcelona - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - España.



*Pápulas milimétricas de aspecto blanquecino en la zona posterior del cuello*

**Antecedentes y objetivos:** La elastólisis de la dermis papilar similar a pseudoxantoma elástico (EDP-PX) es una entidad rara caracterizada por la aparición de pápulas milimétricas blanquecino-amarillentas en la zona cervical o supraclavicular. En este trabajo presentamos 9 casos de EDP-PX y describimos sus características clínicas, epidemiológicas e histológicas.

**Métodos:** Serie de casos descriptiva retrospectiva que incluye 9 pacientes con EDP-PX diagnosticados por biopsia cutánea entre los años 2018 y 2023.

**Resultados:** Se trata de 9 mujeres con una media de 66.7 años al diagnóstico. En todos los casos, las lesiones se describían como pápulas pequeñas o milimétricas. Cuatro de las pacientes (44.4%) presentaban prurito asociado, mientras que el resto estaban asintomáticas. Todas las pacientes presentaban lesiones a nivel cervical, afectándose por orden de frecuencia la zona posterior (55.5%), lateral (44.4%) y anterior (11.1%) del cuello. Una de las pacientes presentaba también lesiones en escote y otra a nivel occipital.

**Discusión:** La EDP-PX, a diferencia del pseudoxantoma elástico (PXE), afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas y no se asocia a complicaciones sistémicas. Probablemente se trate de una condición infradiagnosticada, dado que en muchos casos las lesiones son asintomáticas. Forma parte de las dermatosis invisibles, siendo necesaria la realización de

tinciones para fibras elásticas y la correlación clínico-patológica para su diagnóstico.

El principal hallazgo histológico es la ausencia o pérdida importante de fibras elásticas en dermis papilar. La epidermis se muestra normal o ligeramente adelgazada en la hematoxilina-eosina. En ocasiones, pueden observarse melanófagos dispersos. En el PXE, en cambio, es característica la calcificación de las fibras elásticas.

El diagnóstico diferencial debe incluir otras entidades como la elastólisis de la dermis media. El término "papulosis fibroelastolítica" engloba

un espectro de condiciones (EDP-PX, papulosis fibrosa blanca del cuello y elastosis de la dermis papilar) de presentación clínica e histológica prácticamente indistinguibles, asociadas al envejecimiento cutáneo. Se desconoce si la radiación ultravioleta podría jugar un papel en su desarrollo. Aunque no existe un tratamiento completamente efectivo para la EDP-PX, el láser fraccionado no-ablativo podría ofrecer resultados prometedores.

**PO-325** TRATAMIENTO DE ÚLCERAS RECALCITRANTES CON INJERTOS EN SELLO: NUESTRA EXPERIENCIA

Marta Bertolín Colilla(1), Nasser Mohammad Porras(1), Emilia Tarragó Eixarch(1) y Ramón M. Pujol(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona - España.

**Antecedentes:** Los injertos en sello son un procedimiento ambulatorio sencillo y económico que se puede realizar en cualquier herida que no epitelice siempre que se haya optimizado el tratamiento etiológico y exista un lecho en buenas condiciones y sin signos de infección.

**Métodos:** Presentamos 4 casos de úlceras crónicas dolorosas de diferente origen (vasculopatía livedoide, calcifilaxis, post-traumáticas) en los que hemos aplicado esta técnica.

**Resultados:** Los 4 pacientes obtuvieron una mejoría rápida del dolor, con una disminución media de 5 puntos en escala de dolor (de 0 a 10) en la primera semana. En 3 de los 4 casos se consiguió una epitelización completa de la herida. Esto se produjo en un tiempo de evolución variable entre ellos y precisando en alguno realizar el procedimiento en más de una ocasión. El cuarto caso, aunque ha presentado mejoría del dolor y disminución del tamaño de la úlcera, está pendiente de nueva realización de injertos en sello ya que a día de hoy no está epitelizada completamente.

**Conclusiones:** Para aumentar las posibilidades de éxito es clave un abordaje multidisciplinar, un correcto diagnóstico para un tratamiento etiológico, así como la realización de curas conservadoras y espaciadas en el tiempo. De igual forma, la presión local e inmovilización del miembro son esenciales para un buen prendimiento de los injertos. Puede ser beneficiosa la terapia de presión negativa antes de la cobertura con injertos en sello (para mejorar la calidad del lecho) y/o después de su realización para promover el prendimiento de los mismos, especialmente en zonas anatómicas difíciles como el tendón de Aquiles o cuando ha habido fallo de injertos previos.

**PO-326** ÚLCERA FACIAL Pioderma-GANGRENOSO LIKE INDUCIDA POR COCAÍNA CON DESENLACE FATAL

Beatriz Casado Verrier(1), Alejandro Parra Cubillos(2), Freddy Eduardo Rojas Farias(1), Carolina Sanz Muñoz(1) y Gloria Baeza-Hernández(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General, Segovia - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General, Segovia - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.



Úlcera mandibular izquierda de 10 cm.

Se trata de un varón de 55 años con AP de enolismo crónico y cirrosis hepática, HTA y cardiopatía isquémica que presenta una úlcera con borde inflamatorio friable y con abundante supuración, en región mandibular izquierda de 10 cm de diámetro, desde hace 8 meses.

La lesión es resistente a antibióticos de amplio espectro, itraconazol y mejora parcialmente con corticoide oral. Se realizan cultivo de hongos y bacterias, PCR de leishmania, micobacterias y actinomyces resultando todos negativos. También se realiza determinación de ANA y ANCA resultando también negativos. Se realizan varias biopsias de varias zonas mostrando todas ellas un denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, muy rico en células plasmáticas. También se observan acúmulos de neutrófilos y destrucción de folículos pilosos indicativa de foliculitis, pero no se observa vasculitis ni trombosis. Se realizó inmunohistoquímica para Treponema Pallidum y serología de sífilis con resultado negativo. Ante la sospecha de úlceras pioderma-gangrenoso like inducidas por cocaína se realiza una detección de tóxicos en orina resultando positiva en cocaína. Las lesiones cicatrizaron completamente sin ningún tratamiento al cesar el consumo.

4 meses después el paciente presenta una recaída de las lesiones con aparición de una úlcera de unos 3 cm en el centro de la cicatriz, y 1 semana después fallece a consecuencia de un shock séptico por estafilococo aureus meticilín resistente. En el análisis de tóxicos en orina se obtiene positividad para cocaína. No presentaba ninguna otra puerta de entrada pero no se tomó cultivo de la herida en el momento de su ingreso en UCI y el fallecimiento se produjo tan solo unas horas después.

El caso resulta interesante por la posible implicación de la lesión en el desenlace fatal y por la histología atípica, más cercana a la mucositis de células plasmáticas que al pioderma gangrenoso o vasculitis ANCA + inducida por cocaína.

**PO-327** AVANCES EN EL DESARROLLO DE PROTECTORES SOLARES: UNA NUEVA FORMULACIÓN CON MUY BUENA COSMÉTICA Y PROPIEDADES EFECTIVAS DE CONTROL DE LA GRASA

Alessandro de Luca(1), Laura Georgina Logusso(1), Monica Foyaca(1), Alba Villanueva(1) y Eric Jourdan(1) de (1)ISDIN, Barcelona - España.

**Introducción:** La piel grasa se caracteriza por la producción excesiva de sebo. Se estima que entre el 66 % y el 75 % de las personas entre 15 y 20 años están afectados.(1)

Las sílicas debido a sus propiedades absorbentes, ayudan a controlar el exceso de grasa. El uso de mezclas de diferentes tipos de sílicas pueden mejorar aún más el control superficial del sebo.

Para desarrollar un nuevo fotoprotector con propiedades de control del sebo, que cumpliera con las siguientes características: ausencia de residuos, efecto sedoso, textura ligera y óptima absorción, se desarrollaron y testearon gran cantidad de formulaciones diferentes.

**Método:** Entre más de sesenta formulaciones se evaluaron los siguientes aspectos para definir el mejor candidato para el «control de grasa»: residuo, textura ligera definida por humedad, esparcibilidad y espesor; tacto sedoso y absorción inmediata, y el control clínicamente probado del exceso de sebo. Al candidato final, se lo incluyó en un Análisis Descriptivo Cuantitativo (QDA). En el QDA, se testeó el candidato final (D) y 3 muestras A, B y C que se formularon con un solo tipo de sílica en porcentaje conocido, mientras que la D tenía la combinación de las tres sílicas en la misma proporción que las fórmulas individuales. El panel calificó cada atributo sensorial en una escala de 10 puntos, evaluando de forma monádica y secuencial, a ciegas y por duplicado. Con la fórmula candidata, se realizó un estudio clínico en 30 sujetos con piel grasa para evaluar la variación del índice lipídico de la piel tras 4 semanas de uso diario

**Resultados:** La fórmula D mostró mejor desempeño logrando la mejor cosmética en un fotoprotector facial sugiriendo que la combinación de sílicas contribuyó significativamente a la calidad sensorial del producto. Con la fórmula seleccionada se realizó el estudio clínico con 30 sujetos. Después de 28 días de uso dos veces al día, el índice lipídico de la piel disminuyó significativamente ( $p < 0,05$ ) en comparación con el día 0. Además, el recuento de comedones abiertos y cerrados disminuyó significativamente, demostrando ser un producto no comedogénico.

**Conclusión:** La combinación única y sinérgica de sílicas en concentraciones específicas dió una fórmula cosmética con las características deseadas de no dejar residuos, textura ligera, tacto sedoso y absorción inmediata aportando propiedades óptimas de control del sebo.

**PO-328** BLOG: UN DERMATÓLOGO EN EL MUSEO. HOMENAJE AL DR. XAVIER SIERRA I VALENTÍ (1952-2024)

Rosa María Díaz Díaz(1) y Francisco Menéndez Ramos(1) de (1)Grupo Español de Historia y Humanidades, Madrid - España.

Nuestro compañero XAVIER SIERRA, recientemente fallecido, ha sido un MAESTRO en el estudio y divulgación de la HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA tanto a nivel nacional como internacional.

Le avalaron, además de su formación en Dermatología y en Humanidades, más de una docena de libros, numerosos artículos en revistas de la especialidad y en la prensa en general y el ser miembro fundador y vicepresidente de la European Society for the History of Dermatology (ESHD) (Fig. 1)

Entre sus méritos destacan el ser académico de la Real Academia de Medicina de Catalunya, redactor-jefe de la Revista de historia de la Medicina "Gimbernat", presidente del Patronato del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya y Medalla de miembro de Honor de la Societat Catalana d'Història de la Medicina. Supo adaptarse a los "nuevos tiempos" con la creación de un blog denominado "Un dermatólogo en el museo" que podemos considerar su legado digital (Fig. 2).

Él mismo justifica la existencia del blog en la frase de Goethe de que "SÓLO SE VE LO QUE SE SABE MIRAR", señalando al dermatólogo como "aquel médico que, sin renunciar a una mirada humanística, la enriquece con aspectos clínicos, terapéuticos, higiénicos o cosméticos"... que tal vez no podrían ser valorados por otros profesionales.

Comienza en 2015. Consta de un total de 1817 entradas (Fig. 3) y un número elevado de etiquetas (Fig. 4). Perfectamente ilustrado con imágenes escogidas y textos amenos y rigurosos (Figs. 5 y 6).

EL MEJOR HOMENAJE SERÁ EL VISITAR EL BLOG. MERECE LA PENA. ¡GRACIAS XAVIER!

**PO-329** PÁPULAS Y NÓDULOS PSEUDOVERRUGOSOS CON HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA TRAS ILEOSTOMÍA POR COLITIS ULCEROSA

Marta Elosua González(1), Gastón Rouston Gullón(1), Mercè Grau Pérez(1), Mercedes Sigüenza Sanz(1) y Laura Nájera Botello(2) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

**Introducción:** Las ileostomías se realizan comúnmente en pacientes con enfermedades intestinales y colónicas, llegando a tener tasas de complicaciones a largo plazo de hasta un 76%.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años, intervenida de una panproctocolectomía con ileostomía definitiva en 2010 por colitis ulcerosa grave refractaria. Acude a la consulta por lesiones asintomáticas alrededor de la ileostomía de inicio a los 4 años de la cirugía. A la exploración física presenta una placa pseudoverrugosa rosada e infiltrada localizada en toda la circunferencia de la ileostomía e hiperpigmentación de la piel perilesional. Se realiza una biopsia en la que se objetiva una hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa con ausencia de coilocitos, atipias o mitosis. Ante el diagnóstico de pápulas y nódulos pseudoverrugosos (PNS), junto con la paciente se decide tratamiento con aplicación de nitrato de plata y observación, sin objetivarse empeoramiento 4 años después.

**Discusión:** Las complicaciones cutáneas periestomales son muy frecuentes y pueden ser debidas a causas mecánicas, infecciosas, alérgicas y químicas. Clínicamente pueden ser muy variadas. La PNS o dermatitis papilomatosa crónica es una complicación descrita principalmente en la piel alrededor de urostomías y solo raramente afecta a las ileostomías. Se considera una forma de dermatitis de contacto irritativa por la acción local crónica por el contenido intestinal. Clínicamente se caracteriza por múltiples nódulos y pápulas eritematosos o blanco-grisáceos localizados generalmente en la parte inferior del estoma. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con las principales dermatosis periestomales como neoplasias, tejido de granulación exuberante, pioderma gangrenoso, infecciones... El manejo consiste en cuidados locales, antiinflamatorios tópicos, aplicación de nitrato de plata, un buen ajuste del dispositivo de drenaje para evitar la irritación crónica, o incluso tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** Existen pocos casos de PNS con hiperplasia pseudoepiteliomatosa asociados a ileostomía descritos en la literatura. Probablemente sea una entidad infradiagnosticada, por lo que presentamos un nuevo caso con el objetivo de recordar esta enfermedad.

**PO-330** DERMATITIS FLAGELADA: SERIE DE 4 CASOS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María Isabel Fernández-Velasco(1), Maribel Iglesias-Sancho(1), Cristina Barrabés Torrella(1), Mariona Pintado i Gámez(1), Maite Fernández Figueras(2) y Montserrat Salleras Redonnet(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud, Barcelona - España y (2)Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud, Barcelona - España.



DF por setas shiitake

**Antecedentes y objetivos:** La dermatitis flagelada (DF) constituye un tipo de exantema con lesiones de distribución flagelar, mayoritariamente benigno y autorresolutivo. Sin embargo, un correcto diagnóstico diferencial es esencial para evitar recidivas y reconocer la DF como posible signo guía de enfermedad subyacente.

**Métodos y resultados:** Estudio de cuatro casos de DF de etiologías distintas:

**Caso 1:** Paciente diagnosticada de Linfoma de Hodgkin que desarrolla una DF tras 8 meses de tratamiento con bleomicina, con posterior hiperpigmentación residual.

**Caso 2:** Mujer que desarrolla DF pruriginosa en tronco y brazos a las 24h de ingerir setas Shiitake. (Imagen)

**Caso 3:** Paciente con brote de DF en ombligo, tronco y extremidades inferiores; tras la cual fue diagnosticada de enfermedad de Still del adulto (ESA).

**Caso 4:** Varón con DF, eritema en escote y edemas generalizados, signos guía para el diagnóstico de una dermatomiositis anti-NPX2.

**Conclusiones:** La DF es un exantema infrecuente que aparece generalmente en tronco y extremidades de pacientes predispuestos. Entre las etiologías descritas se encuentran: causas farmacológicas (bleomicina, docetaxel...); toxinas (setas Shiitake, boletus); dermatitis de contacto; infecciones virales (VIH, Chikungunya, parvovirus B19), infecciones bacterianas (*Mycoplasma pneumoniae*) y condiciones reumatológicas (dermatomiositis, ESA, esclerosis sistémica y lupus eritematoso sistémico).

El único rasgo histológico distintivo, es la presencia de melanófagos en la dermis papilar, relacionado con la administración de bleomicina. En aquellos pacientes con dermatomiositis, la DF parece relacionarse con actividad de la enfermedad y un mayor riesgo de neoplasia.

Por lo tanto, la DF ha de considerarse un signo clínico que debe hacernos pensar no solo en toxinas alimentarias o fármacos, sino también en una enfermedad reumatológica subyacente.

**PO-331** ELASTORREXIS PAPULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Garrido Gutiérrez(1), Abraham Santacruz Martín(1), Tais González Brun(2), Paola Maldonado Cid(1), Dulce M<sup>a</sup> Arranz Sánchez(1) y Ricardo Valverde Garrido(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** La elastorrexis papulosa (EP) fue descrita por Bordas en 1987 como una variante de nevus anelástico. Consiste en la aparición de pápulas blanquecinas de menos de 5mm, no foliculares ni confluyentes distribuidas por tercio superior de tronco y brazos. En la histología se observa disminución y fragmentación de fibras elásticas a nivel de dermis papilar. Existen más de 33 casos descritos con predilección por el sexo femenino y presentación en las primeras décadas de la vida. El curso es benigno si bien no existe en la actualidad tratamiento eficaz. Presentamos un nuevo caso de presentación más tardía y discutiremos el diagnóstico diferencial con otras entidades probablemente superponibles.

**Caso Clínico:** Varón de 71 años que consulta por aparición de lesiones papulosas hipopigmentadas de pequeño tamaño distribuidas por escote, cara externa de brazos y mitad superior de espalda, asintomáticas, de 6 meses de evolución. La biopsia mostró disminución y fragmentación de fibras elásticas en dermis papilar sin otros hallazgos relevantes. Con estos datos diagnosticamos el cuadro como elastorrexis papulosa.

**Discusión:** El nevus anelástico y el collagenoma eruptivo comparten características clínicas e histológicas con la EP hasta tal punto que varios autores han sugerido que sean variantes de una misma entidad. El nevus anelástico se considera un hamartoma de tejido conectivo caracterizado por una ausencia parcial o total de fibras elásticas, si bien la mayoría de los casos son adquiridos y superponibles clínicamente con la EP. El collagenoma eruptivo también presenta clínica similar si bien se destaca su aparición aguda y la presencia de haces gruesos de colágeno en la histología. Además de la similitud de las lesiones cabe destacar que las 3 entidades comparten un curso benigno, no asocian otras patologías y no parecen responder a ningún tratamiento hasta el momento.

**PO-332** XANTOMAS PLANOS, MÁS ALLÁ DE LAS DISLIPEMIAS

Raúl Gutiérrez Meré(1), Gonzalo Peón Currás(1), Carlos Feal Cortizas(1), Sandra Martínez Fernández(1), Guillermo González López(1), Victoria Martínez Sernández(1), Carlos Álvarez Álvarez(2) y M. Teresa Abalde Pintos(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra y Salnés, Pontevedra - España.

Los xantomas planos, comúnmente asociados a hiperlipidemias, han sido ocasionalmente vinculados a patologías sistémicas, como las gammopatías monoclonales.

Se presenta el caso de una mujer de 38 años que consultó a dermatología por la aparición de lesiones amarillentas en párpados y fosas antecubitales, de 9 meses de evolución, no pruriginosas y sin otra clínica de interés. Como antecedentes personales, destacaban un lupus eritematoso subagudo sin afectación sistémica, tratado con hidroxyclorequina 200 mg/día, y una gammapatía monoclonal IgG-lambda en seguimiento estrecho por hematología. En la exploración física, se observaban manchas amarillentas bien delimitadas en la región periorbitaria

y lesiones similares en forma de placas en las fosas antecubitales. La analítica de sangre reveló ausencia de dislipemia, bandas monoclonales IgG-lambda y elevación de cadenas ligeras lambda y B2-microglobulina. La biopsia de la fosa antecubital derecha fue compatible con xantoma plano, mientras que la biopsia de la médula ósea evidenció células plasmáticas (20-25%) con restricción de cadenas ligeras lambda. El PET-TC no mostró hallazgos significativos. Se diagnosticó xantoma plano normolipémico asociado a mieloma quiescente y se manejó con vigilancia estrecha mediante controles analíticos sanguíneos y urinarios.

Los xantomas planos normolipémicos vinculados a gammapatías monoclonales se presentan como máculas y/o placas amarillo-anaranjadas. Se localizan con frecuencia en cabeza, cuello y región alta del tronco, menos comúnmente en extremidades (especialmente en pliegues antecubitales). Se ha observado una tendencia a presentarse inicialmente en la región periorbitaria. La afectación cutánea puede preceder a la sistémica por varios años, por lo que un seguimiento estrecho con análisis de sangre y orina es mandatorio. La hipótesis fisiopatológica más aceptada sugiere que la IgG monoclonal se une al LDL circulante, potenciando la fagocitosis por macrófagos y dando lugar a manifestaciones cutáneas. Histológicamente se evidencian células espumosas, células gigantes de Touton, linfocitos e histiocitos espumosos. Entre las opciones terapéuticas se encuentran la cirugía, quimio/dermoabrasión y láser ablativo.

Como conclusión, el seguimiento estrecho en pacientes con xantomas planos normolipémicos es esencial para detectar enfermedades sistémicas, como gammapatías monoclonales.

PO-333

**BLOQUEO DE LA IL-1 PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS CON AFECTACIÓN CUTÁNEA: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR**

María Pilar Irazo Alcolea(1), Cecilia Suárez Carantoña(1), Luis Alfonso Pérez González(2), Andrés González García(1), Grisell Starita Fajardo(1) y María Asunción Ballester Martínez(2) de (1)Servicio de Medicina Interna y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

Las enfermedades autoinflamatorias suponen un nuevo paradigma en las enfermedades inmunomediadas, diferenciándose de las enfermedades autoinmunes en el predominio de la disregulación del sistema inmune innato respecto al adaptativo. El inflamosoma juega un papel clave en muchas de estas enfermedades y su activación conduce a la producción de interleucinas proinflamatorias, especialmente la IL-1. Las terapias supresoras de la IL-1 se han convertido en una excelente opción terapéutica en muchos cuadros autoinflamatorios.

**Casos clínicos:** Presentamos una serie de tres pacientes. Dos mujeres de 49 y 50 años diagnosticadas de síndrome de Schnitzler (SS) y un varón de 79 años diagnosticado de Enfermedad de Still del adulto (ESA). Los tres casos presentaron las manifestaciones cutáneas típicas de la enfermedad; urticaria crónica en el caso del SS y rash cutáneo persistente en el caso de la ESA, confirmado histológicamente. Destaca la presencia de aftosis oral sobreañadida sin uveítis ni fenómenos trombóticos en este último paciente, en posible relación al hallazgo de HLA-B51 positivo. El resto de las características clínicas se resumen en la Tabla-1. Los tres pacientes habían recibido múltiples tratamientos previos incluidos corticoides a dosis altas sin conseguir respuesta satisfactoria y en los tres casos se consiguió una respuesta completa y sostenida con el bloqueo de la IL-1.

**Discusión y Conclusiones:** El creciente conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades autoinflamatorias comienza a reflejarse en la posibilidad de usar terapias biológicas dirigidas con resultados notablemente mejores que los conseguidos con inmunomoduladores clásicos. La terapia bloqueadora de IL-1 se ha convertido en piedra angular del tratamiento de múltiples enfermedades autoinmunes, especialmente las inflamosomatías. A pesar de ello aún existen gran cantidad de aspectos desconocidos en este complejísimo grupo de enfermedades como la importante variabilidad fenotípica, la interacción y conexión entre las principales vías autoinflamatorias o los fracasos terapéuticos secundarios tras un adecuado control inicial de la enfermedad.

Es por ello que la valoración de estos pacientes no debe hacerse de forma aislada por un especialista, sino que las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben ser el fruto de un abordaje multidisciplinar entre especialidades complementarias.

PO-334

**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO "PATIENT-REPORTED EXPERIENCE MEASURE FOR CHRONIC INFLAMMATORY SKIN DISEASES"**

Juan Manuel Liñán Barroso(1), Ismael Khair Fernández(1), Carmen Cruz Catalán(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Julián Conejo Mir Sánchez(1) y José Juan Pereyra Rodríguez(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Antecedentes y objetivos:** La medida de la percepción de los pacientes a su paso por la asistencia sanitaria es lo que denominamos "Patient Reported Experiences measures" (PREMs). Recientemente, se ha desarrollado el cuestionario "PREMs for chronic inflammatory skin diseases" (PREM-CISDs), una herramienta específica para medir PREMs en enfermedades inflamatorias de la piel, que consta de 13 preguntas. El objetivo principal de este estudio es presentar los resultados preliminares de la prueba de usuario de la adaptación transcultural y validación al español del cuestionario "PREM for chronic inflammatory skin diseases".

**Métodos:** La adaptación transcultural se llevó a cabo mediante traducción directa al español por médicos nativos españoles con alto nivel de inglés; integración, donde se realizaron discretos cambios sobre la versión original; retrotraducción por nativo angloparlante; y prueba de usuario para valorar la idoneidad y contenido del cuestionario. Se obtuvo previamente consentimiento de los creadores de la versión original, de la revista donde se publicó el artículo original y aprobación del comité de ética. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Gestión Clínica de Dermatología de un hospital andaluz de tercer nivel, mediante una visita única donde se realizó la prueba de usuario y se recogieron datos demográficos de los participantes.

**Resultados:** La prueba de usuario se realizó con 30 pacientes en idioma español (Hidradenitis supurativa, n=5; Psoriasis, n=10; Dermatitis atópica, n=5; Urticaria crónica espontánea, n=5) reclutados aleatoriamente. Un total de 18 varones y 12 mujeres, con una edad media de 42.57±12.91 años, participaron voluntariamente previo consentimiento informado. Tras una entrevista semiestructurada, los participantes consideraron que el cuestionario tenía un número de preguntas aceptable (100%), instrucciones claras (100%), sin preguntas innecesarias o

repetidas (100%), con contenido claro (100%) y que abordaba aspectos necesarios sobre tratamiento y atención en visitas sucesivas (96.6%). Se recibieron 5 sugerencias para añadir nuevas preguntas, dos de ellas relacionadas con la accesibilidad en la atención de urgencias dermatológicas.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares de la adaptación transcultural y validación al español del cuestionario PREM-IMIDs indican buena aceptación y comprensión por parte de los pacientes.

PO-335

### INTERCONSULTAS Y URGENCIAS EN DERMATOLOGÍA SOBRE UNA COHORTE PROSPECTIVA EN UN HOSPITAL ESPAÑOL DE TERCER NIVEL

Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Marina Montero García(1), Mónica Gómez Manzanares(1), Marcos Carmona Rodríguez(1), Mónica García Arpa(1), María del Prado Sánchez Caminero(1) y Guillermo Romero Aguilera(1) de (1)Dermatología. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

**Introducción:** El mecanismo por el cual otros especialistas se ponen en contacto con el Servicio de Dermatología para solicitar un asesoramiento especializado es lo que denominamos interconsulta hospitalaria. La frecuencia de urgencias en dermatología es un dato muy variable en los diferentes trabajos publicados, se estima que en los hospitales españoles se puede llegar a ver una media aproximada de 10 a 14 consultas urgentes al día. Los objetivos generales de nuestro trabajo son cuantificar el volumen exacto de la interconsultas hospitalarias y urgencias y describir las características de esta actividad.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se han incluido pacientes derivados al servicio de dermatología de nuestro hospital por petición de parte de interconsulta de hospitalización o urgencias entre el 1 de enero del 2023 al 30 de junio del 2023.

**Resultados:** Hemos valorado en estos 6 meses 303 pacientes en total, 121 derivados por interconsulta hospitalaria y 182 urgencias. La edad media es de 48,51 años, por sexos 169 mujeres, 134 varones. Las pruebas complementarias realizadas por frecuencia han sido: microbiología 25,4%, biopsia o biopsia-extirpación en el 22,4%, analítica sanguínea 17,5%, y prueba de imagen 2,9%. Los servicios que más solicitan nuestra valoración son medicina interna seguida muy de cerca de psiquiatría. Los días de la semana en los que se recibe mayor número de interconsultas por orden de frecuencia son martes, lunes y jueves. El tiempo medio desde petición hasta valoración por dermatólogo 0,51 días. De los 182 pacientes de urgencias, 33 pertenecían a la urgencia pediátrica. Ingresaron por motivo dermatológico 4 pacientes lo cual supone 2,2% de la muestra. 7 pacientes tenían teledermatología previa realizada por su médico aun no respondida.

**Conclusiones:** La afección dermatológica en enfermos hospitalizados es muy prevalente, es importante resaltar el papel del dermatólogo de planta al desarrollar una actividad hospitalaria integrada, que permite tener acceso a pacientes ingresados, ver enfermedad aguda y grave en pacientes que no es posible atender en consulta.

Las entidades dermatológicas atendidas en la consulta de Urgencias de Dermatología son muy variadas; el número de urgencias dermatológicas que precisa ingreso o compromete la vida del enfermo es muy escaso.

PO-336

### SÍNDROME TRÓFICO DEL TRIGÉMINO (STT): CLAVES PARA SOSPECHAR UNA ENTIDAD INUSUAL

Nekane Martínez Peña(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandón(1), Silvia Pérez Barrio(1), Marc Julia Manresa(1), Amaia de Mariscal Polo(1) y Rosa María Izu Beloso(1) de (1)Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

**Introducción:** El síndrome trófico trigeminal (STT) es una entidad poco común en la cual la afectación del nervio trigémino da lugar a la aparición de anestesia y disestesias en su territorio. Estas alteraciones nerviosas provocan una manipulación inconsciente por parte del paciente, que conduce a la formación de úlceras faciales.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 87 años que consultó por una lesión crónica e indolora en hemicara derecha. A la exploración física se evidenció una úlcera superficial y extensa distribuida en el territorio de V2 del nervio trigémino, con destrucción del ala nasal ipsilateral pero respeto de la punta. Además, se objetivó la manipulación frecuente de la misma por parte del paciente. La distribución anatómica de la lesión dio la pista para sospecha de un STT. Los antecedentes del paciente revelaron la ablación del nervio trigémino 40-50 años atrás por neuralgia. Se llevó a cabo una biopsia cutánea, que excluyó otras causas de ulceración facial; así como un TAC, que no mostró afectación secundaria del nervio trigémino. Se indicó al paciente evitar la manipulación y se inició tratamiento con gabapentina 300 mg/día con buena respuesta.

**Discusión y Conclusiones:** Este trabajo pretende dar a conocer el STT, una patología poco frecuente que se presenta con úlceras crónicas indoloras en el territorio del nervio trigémino. Éstas se inician característicamente en el ala nasal y pueden afectar al cuero cabelludo. Ha de sospecharse en pacientes con antecedentes de ablación terapéutica del nervio trigémino, ACV, tumores y/o cirugía del SNC e infecciones (p.e herpes zóster). A pesar de la alta sospecha clínica, es preciso descartar otras causas de ulceración en región facial; así como causas secundarias de afectación del nervio trigémino. La base del tratamiento radica en evitar la manipulación y se han probado diversos fármacos, con respuestas clínicas variables.

PO-337

### PEUDOANGIOQUERATOMAS ERUPTIVOS POR ENOXAPARINA

Laura Moreno Hernández(1), María de la Concepción Montis Palos(1), Juan Siquier Padilla(2), Elisabeth Vanrell Büse(1), Carlos Manuel Martorell Moreau(1), María Nazaret Olmos García(1), Gaspar Melis Riera(2), Carlos Saus Sarrias(3), Guillermo González López(3) y Ana Martín Santiago(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Cardiología y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España.

**Introducción:** La enoxaparina es uno de los anticoagulantes más utilizados en el tratamiento de eventos tromboembólicos. Se han descrito efectos secundarios a nivel cutáneo como hematoma en el lugar de inyección o necrosis cutánea. La aparición de ampollas hemorrágicas no relacionadas con el lugar de inyección es un efecto adverso extremadamente raro.

**Caso clínico:** Mujer de 72 años que ingresa por reagudización de enfermedad obstructiva crónica. Como complicaciones durante el ingreso, la paciente desarrolla un síndrome coronario agudo, por lo que se inicia anticoagulación con enoxaparina 60mg cada 12 horas.

Pasados 5 días del inicio del tratamiento anticoagulante la paciente desarrolla lesiones cutáneas en forma de pápulas de coloración negruzca en cara posterior de piernas de forma simétrica, observándose lagunas negras a la dermatoscopia, con diagnóstico de sospecha clínico de angioqueratomas eruptivos.

El estudio histopatológico fue diagnóstico de dermatosis ampollosa hemorrágica por heparina, dado que las tinciones de inmunohistoquímica revelaron ausencia de revestimiento endotelial verdadero (negativo para CD31 y podoplanina).

**Discusión:** Las lesiones de dermatosis ampollosa hemorrágica, clínicamente idéntica a los angioqueratomas eruptivos, se caracterizan por pápulas de coloración rojo oscuro o negro. A la dermatoscopia se observan lagunas oscuras, correspondientes histológicamente a vasos dilatados con trombosis en dermis papilar, y un velo blanquecino que corresponde a acantosis epidérmica e hiperqueratosis.

El mecanismo por el cual la enoxaparina puede producir ampollas hemorrágicas en lugares alejados al lugar de inyección es aún desconocido.

**Conclusión:** Se han descrito 5 casos en la literatura de angioqueratomas por enoxaparina, en estos casos no se realizó estudio inmunohistoquímico para valorar la presencia o no de endotelio de revestimiento verdadero.

En esta comunicación, presentamos un caso de pseudoangioqueratomas inducidos por enoxaparina. Proponemos la denominación de dermatosis ampollosa hemorrágica por heparina o pseudoangioqueratomas para esta entidad ya que a nivel inmunohistoquímico se revela la ausencia de epitelio verdadero.

### PO-338 PILOMATRICOMAS: LESIONES BENIGNAS SIMULANDO TUMORES MALIGNOS EN PERSONAS MAYORES

Juan Manuel Morón Ocaña(1), Julia Clavijo Herrera(1), Carlos Piédrola Gordillo(2), Virginia Linares López(1), Ángela del Espino Navarro Gilabert(1) y Isabel María Coronel Pérez(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla - España.

**Introducción:** El pilomatricoma es un tumor benigno que se origina de la matriz epitelial del cabello. Es más común en niños y adultos jóvenes, donde suele presentarse como un nódulo firme y de crecimiento lento, infradiagnosticándose en los mayores.

**Metodología:** Presentamos un estudio sobre la prevalencia y las características de los pilomatricomas entre pacientes mayores de 65 años diagnosticados entre 1992 y 2023, con el objetivo de incluir a esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales en el anciano.

**Resultados:** Analizamos 304 pilomatricomas extirpados quirúrgicamente. El 8,55% correspondió a pacientes mayores de 65 años (14 mujeres y 12 hombres), con edades comprendidas entre 65 y 86 años. Las lesiones ocurrieron principalmente en la región facial (36,4%), seguida del cuero cabelludo (22,7%), miembros superiores (18,2%), miembros inferiores (13,6%) y tronco y cuello (9,1%). El tamaño osciló entre 0,4 y 4 cm. La mayoría se presentaron como nódulos subcutáneos (60,9%), seguido de lesiones tumorales no ulceradas (30,4%) y ulceradas (8,7%). El diagnóstico de pilomatricoma no fue la sospecha clínica primaria en ninguno de los pacientes. En el 73,9% de los casos, se sospecharon otras lesiones benignas: quistes sebáceos (52,2%), lipomas (17,4%) y tumores glómicos (4,3%). En el 26,1% de los casos, se pensó que pudieran tratarse de lesiones malignas: carcinoma de células basales (13%), carcinoma de células de Merkel (8,7%) y carcinoma de células escamosas (4,3%).

**Discusión:** Nuestro estudio destaca la presencia relativamente común, pero mal diagnosticada, de pilomatricomas en personas mayores. Mientras que, en individuos menores de 18 años, los pilomatricomas se presentan clásicamente como tumores lobulados, con áreas grisáceas y blanquecinas causadas por depósitos cálcicos, en el anciano, tienden a manifestarse de manera más heterogénea, lo que los lleva a simular entidades clínicas malignas. De hecho, los pilomatricomas solo se diagnostican correctamente clínicamente entre el 15-20%. Este porcentaje disminuye drásticamente en los pacientes más ancianos (0% en nuestro estudio), a expensas de la sospecha de tumores maligno. Sin embargo, son lesiones benignas que no requieren un enfoque quirúrgico agresivo, especialmente dado que, en el anciano, aparecen con mayor frecuencia en las áreas más estéticamente visibles: cabeza y cuero cabelludo.

### PO-339 LUPUS MILIAR DISEMINADO FACIAL

Rocío Muñoz Martínez(1), Ana María Delgado Márquez(1), Nelly Marlene Román Mendoza(1), José Javier Mateos Rico(1), Cristina Marcos Rodríguez(1), Lourdes Estrada Muñoz(2) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** El lupus miliar diseminado de la cara (LMDF) es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 23 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Consultó por enrojecimiento en región perioral que había empeorado en los últimos meses sin mejoría tras la aplicación de propionato de fluticasona. Presentaba en región perioral pápulas y placas eritematosas. Con el diagnóstico de dermatitis perioral se pautó tratamiento con ivermectina tópica con mejoría de las lesiones, pero aparición de lesiones tipo pápulas aisladas de coloración eritemato-anaranjada. Se realizó una biopsia de una de estas lesiones en la que se observó a nivel de la dermis superficial y perifolicular un granuloma epitelioide con algunas células multinucleadas, sin necrosis asociado a escaso de infiltrado infiltrado perivascular superficial. No se identifica clara telangiectasia, ni depósitos de mucina. PAS y Grocott: negativos. Estos cambios histológicos son compatibles con una dermatitis granulomatosa no necrotizante. El resto de exploración clínica y las exploraciones complementarias solicitadas, incluyendo radiografía de tórax, quantyferon, hemograma, bioquímica básica con función hepática y niveles de enzima convertidora de la angiotensina (ECA) resultaron normales.

Con el diagnóstico de LMDF se dejó pautado tratamiento con ivermectina tópica y pimecrólimus tópico con mejoría progresiva de las lesiones sin llegar a desaparecer por completo.

**Discusión:** El LMDF se caracteriza clínicamente por una erupción de pápulas eritematosas parduzcas de entre 1 y 4 mm de diámetro, principalmente localizadas en la parte central de la cara. Se produce una autoinvolución de las mismas, que curan dejando cicatrices puntiformes residuales. Histopatológicamente se caracteriza por la presencia de granulomas epitelioides en la dermis con necrosis central. Durante años se ha asimilado sucesivamente a tuberculosis, sarcoidosis y rosácea. Algunos autores han propuesto que el LMDF se considere una entidad diferenciada. Suele responder mal a los tratamientos. De hecho, la historia natural de la enfermedad no se suele modificar con el mismo. Se han utilizado: tetraciclinas, sulfonas, dosis bajas de corticoides, entre otros.

**PO-340 FORMA ANÓMALA DE QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR**

Víctor Onecha Vallejo(1), Teresa Alonso Alonso(1), María Criado Otero(1), Patricia Bodas Gallego(1) y Sonsoles Delgado Vicente(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León - España.

Se presenta el caso de una mujer de 40 años en seguimiento por Dermatología por Dermatitis Atópica que había realizado tratamiento con metotrexato 10 mg durante 6 meses con control de la misma. A los 4 años tras suspensión presenta maculas anaranjadas a nivel de las ingles y axilas sin prurito. En la exploración no son compatibles con dermatitis atópica. Bajo la sospecha diagnóstica de granuloma anular, lupus o sarcoidosis se realiza una biopsia tipo punch con resultado de paraqueratosis y espongirosis epidérmica junto con infiltrado dérmico de tipo crónico.

En la consulta de revisión 6 meses después, la paciente refiere aparición de placas anaranjadas en palmas y plantas. En este momento el cuadro es compatible con queratodermia palmo-plantar y se realiza el estudio de origen de la misma, siendo todos ellos negativos. Ante esta situación, se trata como una queratodermia primaria y se trata con isotretinoína 20 mg diario. La paciente presenta buen control del cuadro pero en control analítico un aumento de transaminasas leve que indujo la reducción de la dosis a 10 mg cada 24 horas. En la actualidad se encuentra bien controlada en palmas y plantas, así como desaparición de las lesiones de axilas e ingles.

La queratodermia palmo-plantar incluye una amalgama de diferentes entidades que cursan con la aparición de lesiones a nivel de palmas y plantas de tipo papuloso de consistencia dura y coloración amarillo-anaranjado. En nuestro caso lo anómalo es la aparición de estas lesiones en axilas e inglés de forma inicial. Dentro de las queratodermias existen formas hereditarias y formas adquiridas. En este trabajo nos centraremos en las adquiridas y descartar las secundarias a causas subyacentes.

El reto en el diagnóstico y seguimiento de las queratodermias es la realización del despistaje de causas de la misma. Esto se debe a que deben de descartarse la forma asociada al climaterio, asociada a químicos, malnutrición, fármacos, enfermedades sistémicas, otras enfermedades cutáneas, neoplasias y procesos infecciosos. Una vez descartadas estas etiologías podremos hacer el diagnóstico de queratodermia idiopática. Estos pacientes han de ser seguidos debido al riesgo de ser un marcador de premalignidad en casos publicados en la literatura.

**PO-341 LESIÓN QUERATÓSICA UNILATERAL EN AXILA**

Raquel Paz Pérez(1), Evelina de la Cruz Gómez(1), Belén Lozano Masdemont(1), Monserrat Franco Muñoz(1), Isabel Polimón Olabarrieta(1), Silvia Marinero Escobedo(1) y Berta Pérez Tato(1) de (1)Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.



**Antecedentes y objetivos:** La paraqueratosis granular es una alteración adquirida de la queratinización, poco frecuente, que afecta preferentemente a las axilas.

**Métodos y resultados** Aportamos dos casos de esta entidad valorados en nuestro servicio con histología confirmatoria y evolución clínica.

**Conclusiones:** La paraqueratosis granular es una entidad probablemente infradiagnosticada que debemos tener presente ante lesiones queratósicas unilaterales en axilas. El curso autorresolutivo es frecuente.

**PO-342 EDEMA EN MIEMBROS SUPERIORES: NO TODOS SON CELULITIS Y TROMBOSIS**

Osvaldo Gabriel Pereira-Resquin Galván(1), Marian Vila-Caballer(2), Cristina Fernández Romero(3), Lorena Vila Cobreros(3), Alba Llorens López(3) y Esther Quecedo Estebáñez(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, (2)Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia - España y (3)Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España.

**Introducción:** La presencia de un edema agudo en miembros superiores se ha relacionado con traumatismos, infecciones y tromboflebitis. Cuando el edema afecta ambos brazos se debe descartar además la trombosis venosa bilateral y el síndrome de vena cava superior. Existen además otras etiologías infrecuentes cuyo tratamiento precoz es fundamental para evitar complicaciones.

**Caso Clínico:** Varón de 38 años que consulta por aumento de volumen en ambos miembros superiores de 48 horas de evolución. A la exploración destaca un edema con fovea indoloro que se extiende desde los hombros hasta las muñecas de forma bilateral. El paciente no presenta dolor, prurito, debilidad muscular, fiebre, ni alteraciones en la orina. Niega consumo de fármacos o tóxicos, pero refiere haber iniciado un programa de entrenamiento intensivo en los días previos a la aparición de la clínica.

A nivel analítico destaca una elevación de la creatina quinasa (CK) de 7741 mU/mL. En la ecografía se ve un leve engrosamiento del tejido celular subcutáneo, junto con finas láminas de líquido, compatible con edema. No se observaron signos de trombosis venosa.



Edema con fovea

Con sospecha de rhabdomiólisis secundaria al ejercicio, el paciente ingresó para fluidoterapia intravenosa. En los días siguientes se produce mejoría clínica y analítica que permiten el alta.

**Discusión:** La rhabdomiólisis supone una necrosis muscular con liberación de constituyentes intracelulares a sangre. Su gravedad oscila desde formas leves paucisintomáticas a cuadros potencialmente mortales asociados a fracaso renal.

La triada clínica clásica completa de dolor muscular, debilidad y orinas oscuras únicamente se observa en el 10% de los pacientes, siendo más habitual la presencia de dolor que suele acompañarse de debilidad. Nuestro caso, donde el edema subcutáneo localizado era el único síntoma, supone una forma de presentación muy poco frecuente. Analíticamente destaca la elevación de CK (habitualmente quintuplicando su valor basal) así como de otras enzimas musculares. Se debe estudiar también la presencia de mioglobulinuria. Ante un paciente con edema de miembros superiores la ecografía es fundamental, tanto para confirmar la presencia de líquido como para descartar una trombosis venosa.

Sobre el tratamiento, resaltar que unos valores de CK superiores a 5000 mU/ml son indicación de fluidoterapia intravenosa para prevenir daño renal.

### PO-343 HEMOSIDEROSIS CUTÁNEA LOCALIZADA

Ana Belén Piteiro Bermejo(1), Alicia Quesada Cortés(1), Paola Merlo Gómez(1), M<sup>a</sup> Dolores Vélez Velázquez(2) y Laura Martínez Alcalde(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Introducción:** La hemosiderosis cutánea es el depósito de hierro en la dermis, comportándose como un pigmento que tiñe la piel de coloración marronácea. Este hierro puede proceder de la degradación de la hemoglobina de hematíes extravasados a la piel; o por hierro en forma directa secundario a la administración de preparados de hierro parenterales.

**Caso Clínico:** Varón de 79 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y anemia ferropénica, que tras la infusión intravenosa de hierro se produce la extravasación de vía periférica con edema en miembro superior derecho, de unas horas de duración. El paciente acude a dermatología refiriendo pigmentación marronácea asintomática del miembro superior derecho, desde muñeca hasta el codo, siendo más intensa en la cara dorsal.

Con la sospecha clínica de hemosiderosis cutánea se realiza biopsia cutánea que confirma la sospecha clínica.

En la biopsia se aprecia atrofia de la epidermis, elastosis solar y numerosos hemosiderófagos dispersos en dermis (hemosiderosis).

**Conclusión:** Presentamos el caso de un paciente con hemosiderosis cutánea localizada en antebrazo derecho, secundaria a un episodio de extravasación de hierro durante la infusión intravenosa. Esta pigmentación no apareció de forma inmediata a la extravasación, si no tras más de 2 meses del procedimiento, lo que hizo que el paciente no lo relacionara con aquel episodio.

La hemosiderosis es un proceso totalmente benigno, que solo ocasiona un problema estético, generalmente permanente. Hasta hace unos años no había un tratamiento satisfactorio para estos paciente. Actualmente, gracias a los láseres Q Switch de nano o picosegundos, se puede conseguir un buen resultado estético e incluso la eliminación total del pigmento.

### PO-344 QUERATODERMIA ESPINULOSA: EXPLORANDO UNA DERMATOSIS POCO FRECUENTE

Irene Rivera Ruiz(1), César Guijarro Sánchez(1), Miguel Juan Cencerrado(1), Delia Díaz Ceca(1), Carmen Mochón Jiménez(1), Andrea Ballesteros Antúnez(1), Irene Suárez Vergne(1), Juan de Luque Fernández(1), Pedro Jesús Gómez Arias(1), Juan Luis Sanz Cabanillas(1), Manuel Galán Gutiérrez(1) y Antonio José Vélez García-Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España.

Mujer de 69 años, con antecedentes personales de infarto agudo de miocardio y polineuropatía sensitivo motora esencial que consulta en el Servicio de Dermatología por unas lesiones en las manos de un año de evolución. En la exploración física se observa la presencia de múltiples espículas hiperqueratósicas de 1-2 mm en las palmas de ambas manos, asintomáticas.

La exploración física del resto de la superficie cutánea no mostró otras alteraciones. La paciente no presentaba síntomas de síndrome constitucional asociado, no padecía sintomatología sugestiva de síntomas sistémicos ni tenía antecedentes familiares con estas lesiones. Se realizó un diagnóstico clínico de queratodermia espinulosa o queratodermia espinosa palmar.

Esta dermatosis, considerada una dermatosis paraneoplásica, motivó la realización de un estudio analítico y una tomografía computarizada corporal total. Ambas pruebas complementarias no mostraron alteraciones reseñables. Se inició tratamiento con urea al 30% con respuesta parcial, permaneciendo las lesiones desde el diagnóstico. La paciente sigue actualmente en seguimiento en el Servicio de Dermatología con seguimiento clínico y con pruebas de imagen periódicas.

**Discusión:** La queratodermia espinulosa es una entidad poco frecuente, la mayoría de casos son adquiridos, pero existen casos familiares con varios miembros afectados. Se ha asociado con diversas condiciones, incluyendo diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y varias neoplasias, como carcinoma esofágico, carcinoma epidermoide laríngeo, melanoma maligno y adenocarcinoma de pulmón, entre otras. En muchos casos, su manifestación precede al desarrollo de la neoplasia, aunque no siempre se ha establecido una relación causal. El curso no siempre es paralelo a la neoplasia y algunos casos preceden la aparición de la neoplasia hasta en 30 años, motivo por el cual estos pacientes requieren

seguimiento periódico, sin haber consenso en cuanto a la frecuencia o pruebas de imagen debido a los pocos casos descritos en la literatura hasta la fecha (apenas se ha descrito una treintena de casos). Dado su carácter asintomático, puede pasar desapercibida, y su tratamiento con queratolíticos tópicos y sistémicos ha mostrado resultados variables.

**Conclusión:** Creemos que esta entidad, aunque infrecuente, es de fácil diagnóstico, pudiendo ser la clave diagnóstica de una neoplasia oculta.

**PO-345 ÚLCERA ESCROTAL AGUDA: DOS CASOS DE VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO**

Belén Rodríguez Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Virseda González(1), Noelia Medrano Martínez(1), Luis Jiménez Briones(1), Marina de la Puente Alonso(1), Luis Zamorro Díaz(1), Ana María Almodóvar Real(2), Ricardo Suárez Fernández(1) y Ana Pulido Pérez(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (2)Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.



Caso 1. Dos placas violáceas con ulceración central en hemiescrotal izquierdo

Las úlceras genitales plantean un dilema diagnóstico y ansiedad en el paciente. El diagnóstico diferencial incluye: lesiones traumáticas, infecciones de transmisión sexual (herpes, sífilis o chancroide), otras infecciones (gangrena de Fournier o ectima), aftas, panarteritis nodosa, pioderma gangrenoso, dermatitis artefacta y ulceración aguda genital idiopática o reactiva (vasculitis gangrenosa juvenil del escroto en varones y úlcera vulvar aguda o úlcera de Lipschütz en mujeres). Presentamos dos casos de varones jóvenes con úlceras escrotales agudas.

**Caso 1:** Varón de 23 años con dermatitis atópica en tratamiento con abrocitinib, vacunado de gripe y herpes zóster el día anterior, con lesión en escroto dolorosa, fiebre y mialgias de 24 horas de evolución. Presentaba dos placas violáceas con ulceración y escara central. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. Los aislamientos microbiológicos en sangre, orina y úlcera negativos. La ecografía descartó afectación profunda. La biopsia mostró necrosis epidérmica e infiltrado neutrofílico dérmico de predominio perivascular. Tras 48 horas de antibioterapia empírica, la fiebre cedió y las lesiones se resolvieron totalmente a las 4 semanas. Sin recidivas.

**Caso 2:** Varón de 27 años con lesión escrotal de 24 horas de evolución, con odinofagia y fiebre. Presentaba úlcera con centro necrótico. En la analítica, leucocitosis con neutrofilia. Los estudios microbiológicos fueron negativos. La ecografía descartó afectación profunda. La biopsia mostró necrosis epidérmica e infiltrado neutrofílico dérmico de predominio perivascular. La lesión reepitelizó a lo largo de 3 semanas, sin recidivas. La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto es un cuadro poco frecuente de causa desconocida, casi exclusivo de jóvenes sanos. La clínica es típica, con lesiones escrotales necrótico-ulcerosas, precedido de fiebre. No se aíslan microorganismos. La histología muestra necrosis epidérmica e infiltrado neutrofílico en dermis y vasos

pequeños, con leucocitoclasia. Pese a llamarse "vasculitis" no existe necrosis fibrinoide, aunque su presencia no descarta el diagnóstico. Es autolimitado. Las recidivas son excepcionales.

Es preciso incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de úlceras escrotales y conocer su carácter autolimitado para evitar intervenciones e ingresos innecesarios.

**PO-346 DERMATITIS PAPILOMATOSA CRÓNICA PERIOSTOMÍA: REPORTE DE DOS CASOS**

Nelly Marlene Román Mendoza(1), Marta Gutiérrez Pascual(1), M<sup>a</sup> Dolores Caro Gutiérrez(1), Ana María Delgado Márquez(1), Rocío Muñoz Martínez(1), Cristina Marcos Rodríguez(1), Lourdes Estrada Muñoz(2) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

**Introducción:** Es importante reconocer las dermatosis periostomales para realizar un adecuado manejo y evitar el círculo vicioso de dermatitis-insuficiencia del estoma. Con el objetivo de dar a conocer estas complicaciones aportamos dos casos clínicos.

**Casos Clínicos :**

**Caso 1:** Varón de 69 años portador de una derivación urinaria tipo conducto ileal intracorpórea desde hace 3 años por un carcinoma urotelial. Refería lesiones asintomáticas periostomía de semanas de evolución. En la exploración física se objetivaron pápulas queratósicas, blanquecinas de 3-5mm alrededor de la ostomía, levemente induradas al tacto, no infiltradas. La biopsia de las lesiones confirmó la sospecha de dermatitis papilomatosa crónica (DPC). En la histología se objetivó una epidermis con acantosis irregular y papilomatosis, engrosamiento de la capa granulosa e hiperqueratosis con paraqueratosis. Tras las recomendaciones de cambios frecuentes de la bolsa colectora, acidificación de la orina y uso de cremas barreras en la piel periostomal, las lesiones se resolvieron en 3 meses.

**Caso 2:** Varón de 72 años portador de una ureteroileostomía cutánea desde hace 3 años por un carcinoma urotelial. Presentaba lesiones periostomales de 1 año de evolución. En la exploración física se objetivó una placa eritematosa y queratósica periostomal. Dada la sospecha de una DPC se dieron las recomendaciones descritas con resolución de las lesiones.

**Discusión:** La DPC es una complicación poco frecuente. Se produce en la piel periostomal, sobre todo alrededor de urostomías, pero también está descrita en piel perianal y genital. Se considera una dermatitis de contacto irritativa por la orina alcalinizada. La orina puede estancarse cuando la bolsa no está bien ajustada favoreciendo el sobrecrecimiento bacteriano. Estas bacterias, al degradar la urea, alcalinizan la orina. Se pueden observar pápulas y nódulos blanco-grisáceos o eritemato-marrónáceos, sobre todo en la zona inferior del estoma. El diagnóstico es clínico e histológico.

El diagnóstico diferencial es con otras dermatosis periestomales como neoplasias secundarias, infección por el VPH, pioderma gangrenoso, etc. Son importantes las medidas preventivas como el adecuado ajuste del dispositivo de drenaje y el cambio frecuente de la bolsa. También se recomienda la acidificación de la orina, así como el tratamiento precoz de las infecciones.

**PO-347 DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB**

Ricardo Francisco Rubio-Aguilera(1), Elena Gil de la Cruz(1), Adrián Ballano Ruiz(1), Santiago Nieto Llanos(2), Nuria Barrientos Pérez(1) y José Domingo Domínguez Auñón(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Henares, Coslada (Madrid) - España.

**Caso Clínico:** varón de 79 años con carcinoma de recto con metástasis ganglionares y hepáticas inicialmente tratado con esquema FOLFOX (ácido folínico + 5-fluorouracilo + oxaliplatino) + panitumumab. Tras 6 ciclos, presentó progresión hepática, por lo que se inició segunda línea de tratamiento con FOLFIRI (ácido folínico + irinotecan) + bevacizumab. Tras el primer ciclo, comenzó con aparición de abundantes pápulas y placas eritematosas, pruriginosas, redondeadas, crateriformes, con hiperqueratosis central, distribuidas por tronco y extremidades, algunas con disposición lineal. Con la sospecha clínica de dermatosis perforante adquirida (DPA), se realizaron dos biopsias de lesiones diferentes, ambas compatibles con DPA. Analíticamente, la función renal estaba conservada y las glucemias eran normales. Se inició tratamiento con fototerapia UVB y mometasona tópica. Asimismo, se espaciaron los ciclos de quimioterapia y se redujeron sus dosis al 70%. Tras esto presentó curación progresiva de las lesiones cutáneas, quedando únicamente cicatrices residuales. Hasta la fecha no ha presentado recidiva de la DPA.

**Discusión:** la DPA es una entidad cuya etiología y patogénesis permanecen desconocidas. Principalmente se ha relacionado con enfermedad renal crónica, diabetes y neoplasias malignas. El prurito es característico y se ha asociado el rascado con la aparición de lesiones. Por otra parte, bevacizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante contra el factor de crecimiento vascular endotelial que inhibe la angiogénesis. Entre sus efectos secundarios destacan hipertensión, proteinuria, sangrados, perforación gastrointestinal o eventos trombóticos. A nivel cutáneo se han descrito prurito, dermatitis exfoliativa, exantemas inespecíficos y erupciones acneiformes. Hasta la fecha solo hay un caso descrito de DPA en un paciente en tratamiento con bevacizumab, si bien hay otro caso de foliculitis perforante asociada a este fármaco. Aunque nuestro paciente presenta un carcinoma de recto y esto podría haber desencadenado la DPA, su aparición tras el inicio de bevacizumab y su mejoría tras la reducción de dosis y espaciamiento de los ciclos favorecen la implicación de este fármaco en su desarrollo.

**Conclusiones:** se presenta un caso de un paciente en tratamiento con bevacizumab que desarrolló una DPA, asociación prácticamente no descrita hasta la fecha.

**PO-348 HIPERQUERATOSIS LENTICULARIS PERSTANS**

Claudia Sarró-Fuente(1), Miguel Vela Ganuza(1), Fernando Pinedo Moraleda(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** La hiperqueratosis lenticularis perstans (HLP) o enfermedad de Flegel es un trastorno de la queratinización infrecuente que se presenta como pápulas queratósicas lenticulares de distribución simétrica en la zona distal de las extremidades. Suele aparecer a partir de la cuarta o quinta década de vida y, aunque la mayoría de los casos son esporádicos, puede tener herencia autosómica dominante. Se ha descrito su asociación a trastornos endocrinos como la diabetes y el hipertiroidismo.

**Caso Clínico:** Varón de 67 años sin antecedentes de interés que acudía a consultas de dermatología por presentar lesiones eritematosas pruriginosas en antebrazos y dorso de manos de un año de evolución. Ni él ni sus familiares habían tenido lesiones cutáneas similares. Había realizado tratamiento con corticoesteroides y antifúngicos tópicos sin mejoría. A la exploración presentaba pápulas eritematosas hiperqueratósicas no confluyentes en muñecas, tobillos, y dorso de manos y pies, así como depresiones puntiformes palmoplantares. La dermatoscopia mostró zonas parduzcas sin estructura e hiperqueratosis con fina descamación superficial. Se realizó una biopsia que reveló una discreta atrofia epidérmica, con hiperqueratosis ortoqueratósica compacta y un ligero infiltrado inflamatorio de patrón liquenoide en dermis papilar. Se pautó tratamiento con calcipotriol/betametasona en espuma, con mejoría discreta de las lesiones, pero completa del prurito.

**Discusión y Conclusión:** La HLP es una dermatosis rara que cursa con pequeñas pápulas hiperqueratósicas eritematoparduzcas, por lo general asintomáticas, de predominio en piernas y dorso de pies. A nivel histológico se caracteriza por una hiperqueratosis ortoqueratósica compacta que puede asociar o no paraqueratosis, hipogranulosis y un infiltrado liquenoide de predominio CD4 en dermis papilar. Se han descrito numerosos tratamientos con escasos resultados, como los retinoides tópicos y sistémicos. 5-fluorouracilo, derivados de la vitamina D, terapia PUVA, entre otras. Recientemente se ha descrito la posible asociación de la HLP con alteraciones en la proteína SPTLC1, clave en la biosíntesis de esfingolípidos, por lo que se sugiere esta vía como un nuevo objetivo terapéutico.

Presentamos un caso típico de HLP, entidad poco frecuente pero muy característica, que hay que conocer para evitar retrasos diagnósticos y sobretratamiento.

**PO-349 INJERTOS EN SELLO SOBRE TENDÓN EXPUESTO: UNA ALTERNATIVA QUE CURA**

Ana Simón Gozalbo(1), Nuria Conde Navarro(1), María Gamo Guerrero(1), Emilio del Río Pena(1), Ainhoa Roca Martiartu(1), Pablo de la Cueva Dobao(1) y Elena Conde Montero(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre, Madrid - España.

**Introducción:** Las úlceras crónicas con exposición tendinosa suponen un reto terapéutico, especialmente en aquellos pacientes en los que la cobertura con colgajo no es una opción viable.

**Casos clínicos:** Presentamos la evolución clínica de cuatro pacientes que presentaban úlceras en miembros superiores e inferiores con tendón expuesto. En todos los casos se había desestimado la realización de un colgajo. A pesar de no tener un lecho idóneo para la cobertura con

injertos, en todos los casos se realizaron injertos en sello secuencial asociados a terapia de presión negativa y/o terapia compresiva. El seguimiento se realizó de manera semanal o quincenal con repetición de cobertura con injertos aproximadamente cada tres semanas. En cada cambio de apósito no se realizó limpieza del lecho. La epitelización completa de la herida se consiguió en menos de dos meses en todos los casos, pudiendo retornar los pacientes a su vida habitual.

**Conclusión:** La terapia de presión negativa sobre los injertos permite una mejor inmovilización y sellado de los injertos. Además, la disminución del cizallamiento disminuye la posibilidad de aparición de seromas y hematomas. A pesar de no esperar un prendimiento de los injertos sobre el tendón, dichos injertos proporcionan una fuente de factores de crecimiento y células que promueven la granulación y contracción de la herida con una aceleración de su cicatrización.

El empleo combinado de injertos en sello secuencial y terapia de presión negativa constituye una opción terapéutica efectiva para la cicatrización de heridas con tendón expuesto, reduciendo el dolor y los costes asociados a procedimientos más invasivos.

**PO-350 ÚLCERAS GENITALES INDUCIDAS POR UNA CREMA ANTIHEMORROIDAL: UNA SERIE DE 3 CASOS**

Maria Cinta Sin i Soler(1), Marc Corbacho Monné(1), Núria Riera Martí(1), Mireia Yébenes Marsal(1), Mireia Sàbat Santandreu(1), Vicente Expósito Serrano(1) y Miquel Ribera Pibernat(1) de (1)Servicio de Dermatología. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España.



Iconografía clínica

**Antecedentes:** En los últimos años se han descrito casos de úlceras perianales tras la aplicación repetida de cremas antihemorroidales. Se ha atribuido la fisiopatología a la acción vasoconstrictora, atrofia cutánea y anestesia local de sus componentes, especialmente tras su uso en áreas sensibles como las intertriginosas. Hasta la fecha, no se han publicado en la literatura pacientes con afectación en el cuerpo del pene ni vulvares.

**Métodos:** Presentamos una serie de 3 casos con úlceras en el área genital (perianal, vulvar y peneana) tras la aplicación de una crema antihemorroidal compuesta por lidocaína al 2%, pentosano polisulfato sódico al 1% y acetónido de triamcinolona al 0,01% con resolución completa tras su interrupción.

**Resultados:** En total, 3 pacientes con una media de edad 68 (50-79) y predominio en hombres 2:1. Las localizaciones fueron en glande, pene, perianal y vulvares. El tiempo medio de desarrollo de las úlceras desde su aplicación fue de 3 meses (1-6). Se excluyeron otras causas mediante cultivos bacterianos, despistaje de enfermedades de transmisión sexual y biopsias cutáneas, sin poder identificar un diagnóstico alternativo. Tras la suspensión de la pomada antihemorroidal se evidenció una resolución completa de las úlceras en 30,5 días de media. Como tratamiento farmacológico se utilizaron antibióticos tópicos y orales. Se presentarán los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas a los pacientes.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de 3 casos por úlceras atribuidas al uso de crema antihemorroidal, las primeras con afectación genital. Es esencial realizar una anamnesis completa incluyendo el uso de agentes tópicos, incluyendo aquellos de venta libre. No obstante, el diagnóstico es de exclusión, por lo que es necesario descartar otras etiologías como infecciones, tumores, procesos inflamatorios y dermatitis de contacto alérgica mediante la realización de pruebas complementarias.

**PO-351 DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL Y LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**

Isabel Zapata Martínez(1), Javier Torres Marcos(1), José María Camino Salvador(1), Alicia Martínez Fernández(1), Violeta Herrera Montoro(1), Patricia González Muñoz(1) y Esther de Eusebio Murillo(1) de (1)Hospital General Universitario, Guadalajara - España.



Lesiones maculopapulosas eritematosas en miembros inferiores

Dermatitis granulomatosa intersticial y dermatitis granulomatosa neutrofílica en empalizada son términos empleados para describir un tipo de dermatitis reactiva granulomatosa. Su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con distintos procesos hematológicos, autoinmunitarios o farmacológicos. Los hallazgos clínicos más frecuentemente descritos son lesiones maculopapulosas eritematosas, seguidas de nódulos y el inicialmente descrito como "signo de la cuerda".

Presentamos el caso de un varón de 42 años diagnosticado de leucemia linfática crónica (LLC) desde octubre de 2020. En abril de 2021 inicia tratamiento con Ibrutinib dada la aparición de síntomas B y la progresión de la enfermedad. Se mantiene con respuesta parcial mantenida durante dos años. En julio de 2023 decide abandonar la medicación por motivos personales, produciéndose de nuevo un empeoramiento de la sintomatología. A los 15 días de haber retirado el tratamiento, vuelve a referir empeoramiento clínico. Además, comenta aparición de lesiones cutáneas asintomáticas.

A la exploración física presenta pápulas y placas eritematosas, escasamente confluentes distribuidas por extremidades inferiores, así como otras más dispersas y aisladas en extremidades superiores. Se toma biopsia de una de las lesiones de muslo y se describe un infiltrado intersticial de histiocitos y aisladas células gigantes con focal presencia de empalizada. Se identifica colágeno de aspecto necrobiótico y depósito de mucina, todo ello compatible con dermatitis granulomatosa intersticial y en empalizada.

La leucemia linfática crónica es un trastorno linfoproliferativo que consiste en la acumulación de linfocitos B maduros en sangre, médula ósea, bazo y ganglios linfáticos. Entre el 25 y el 45% de los pacientes diagnosticados de LLC pueden presentar distintas lesiones cutáneas. Estas se pueden clasificar según se trate de lesiones específicas, causadas por infiltración de células leucémicas en la piel, o inespecíficas. Estas últimas son las más frecuentes y se deben a un ambiente inmunitario alterado, síndrome neoplásico.

Anteriormente, solo se ha descrito la asociación entre dermatitis granulomatosa intersticial y LLC en una ocasión. Dicho paciente igualmente presentó empeoramiento de la sintomatología coincidiendo con la aparición de lesiones cutáneas. La relación entre ambas entidades deberá ser estudiada en el futuro.

ZONA  
PÓSTER

## NEVUS MELANOCÍTICOS Y MELANOMA

## PO-352 MELANOMA PRIMARIO MÚLTIPLE SINCRÓNICO Y TRATAMIENTO PROFILÁCTICO CON INMUNOTERAPIA

Marta Isabel Andreu Barasoain(1), Pilar López Criado(2), Luis Jacobo Cabañas Montero(3), Juan Fernando García García(4) y Alberto Conde Taboada(1) de (1) Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Oncología, (3)Servicio de Cirugía General y Digestiva y (4)Servicio de Anatomía Patológica. MD Anderson Cancer Center Madrid, Madrid - España.

El melanoma primario múltiple (MPM) se clasifica en metacrónico y sincrónico. Se considera MPM sincrónico (MS) cuando el paciente tiene un segundo melanoma primario detectado en el plazo de un mes del diagnóstico del primer melanoma. El MS comprende alrededor de un tercio de los MPM, y no parece tener peor pronóstico que los melanomas únicos.

Presentamos el caso de un varón de 67 años en seguimiento con dermatoscopia digital por antecedentes previos de varios nevus displásicos y un melanoma in situ; así como un melanoma de extensión superficial de Breslow 1.3 mm de reciente diagnóstico. Acude a nuestro hospital para ampliación y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), resultando negativas. Se le hace una primera dermatoscopia digital en nuestro centro, objetivándose varias lesiones atípicas, pero ante la estabilidad referida por el paciente y el seguimiento dermatoscópico estrecho que aseguraba tener, aconsejamos nuevo control en 3 meses.

El paciente vuelve un año después, apreciándose crecimiento y cambios en múltiples nevus. Se decide estudio histológico de las 6 lesiones más sospechosas, siendo todas compatibles histológicamente con melanoma: dos melanomas de Breslow 1.3 mm extirpados en mejilla y muslo, uno de Breslow 0.5 mm en antebrazo; y 3 in situ biopsiados (gran tamaño) en región preauricular bilateral y espalda.

En el comité de melanoma de nuestro hospital se decide ampliación y BSGC de los melanomas infiltrantes, que resultan negativas, y extirpación de los in situ faciales, dejando un in situ de espalda sin extirpar.

El paciente continúa seguimiento estrecho dermatoscópico y con microscopía confocal, y comienza ensayo clínico con Nivolumab para pacientes con melanoma irreseccable o metastásico ante el diagnóstico de múltiples MS. Durante los 10 meses que recibe el tratamiento se observa regresión parcial del melanoma de espalda, así como progresión de otras lesiones atípicas, que se extirpan resultando ser melanomas in situ y nevus displásicos. Se suspende el ensayo por toxicidad digestiva. El estudio genético es negativo.

El MPM sincrónico implica un difícil manejo multidisciplinar, teniendo que tomar decisiones en cuanto al orden/prioridad de extirpación, ampliación y BSGC de los melanomas de mayor Breslow; al seguimiento del paciente, y a la posibilidad de inmunoterapia para prevenir la progresión y aparición de nuevos melanomas.

## PO-353 REGRESIÓN SIMULTÁNEA DE NEVUS MELANOCÍTICOS ADQUIRIDOS EN UN PACIENTE TRATADO CON VEDOLIZUMAB

Pablo Bonete(1), Clara Buendía Martínez(1), Ana Jiménez Sánchez(1), Mario Aparicio Domínguez(1), Alejandra Reolid(1), Yolanda Delgado Jiménez(1), Javier Sánchez Pérez(1) y Ana Miguélez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Introducción:** La regresión espontánea y aislada de nevus melanocíticos adquiridos (NMA) es un fenómeno conocido. Sin embargo, la regresión simultánea de la mayoría de las lesiones névicas se ha descrito en pocas ocasiones en la literatura, relacionándose principalmente con trastornos autoinmunes y fármacos inmunomoduladores.

**Caso clínico:** Varón de 45 años con enfermedad de Crohn (EC) grave de 25 años de evolución que inicia seguimiento mediante dermatoscopia digital por >50 NMA, con un patrón predominante mixto reticular/globular, sin asimetrías ni signos de regresión. En octubre de 2021, se inició vedolizumab para control de su patología digestiva.

En julio de 2022, se observó un aclaramiento simultáneo de sus lesiones melanocíticas, algunas de manera homogénea y otras con haloacrómico alrededor, sin observar atipicidad, prurito o eritema en las lesiones. En la última revisión, tras 18 meses de seguimiento, se observa un aclaramiento aún mayor de las lesiones, incluso con desaparición de alguna de ellas. El paciente no refería antecedentes de vitiligo u otras enfermedades autoinmunes.

Como antecedente familiar destacaba una tiroiditis de Hashimoto en su madre, sin alteraciones en el estudio analítico por parte del paciente. Hasta la fecha el paciente mantiene seguimiento sin extirpación de ninguna lesión, al no presentar datos de atipia.

**Discusión:** Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 que actúa contra la integrina  $\alpha 4\beta 7$  de los linfocitos humanos encargada del transporte de los mismos a través de la pared intestinal. Está aprobado para el tratamiento de la EC moderada o grave. Aunque se han descrito efectos adversos cutáneos, hasta la fecha no se ha notificado ningún caso de regresión espontánea de NMA. Tampoco se ha descrito este fenómeno en pacientes con EC. En nuestra búsqueda en la literatura, hemos encontrado casos que relacionan dicho efecto con enfermedades autoinmunes y otros fármacos como inhibidores de BRAF y MEK o inmunoterapia.

Dado que nuestro paciente no presenta antecedentes personales u otros tratamientos que puedan relacionarse con este fenómeno, proponemos el tratamiento con vedolizumab como posible causa de la regresión simultánea de los nevos melanocíticos en nuestro paciente.

**Conclusiones:** Presentamos el primer caso de regresión simultánea de NMA tras inicio de tratamiento con vedolizumab en un paciente con EC.

**PO-354** CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE LOS MELANOMAS MÚLTIPLES PRIMARIOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES (MADRID)

Ana María Delgado Márquez(1), Rocío Muñoz Martínez(1), Inés Gonzalo González(2), Alberto Alegre Bailo(1), Cristina Marcos Rodríguez(1), Javier Haro Sánchez(3) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España, (2)Dermatología. Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid) - España y (3)Universidad Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España.

Los pacientes con antecedente personal de melanoma tienen mayor riesgo de desarrollar nuevos melanomas. Se denominan sincrónicos si se diagnostican en los tres primeros meses del diagnóstico del primero, y metacrónicos si son más tardíos.

El objetivo principal del presente estudio fue analizar las características clínico-patológicas de los pacientes con melanomas múltiples primarios diagnosticados en nuestro hospital. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de casos, realizando el análisis estadístico con "R-Studio".

Se recogieron datos de 374 pacientes diagnosticados de melanoma desde marzo de 2012 hasta diciembre de 2022, de los cuales 23 (6,15%) presentaron melanomas múltiples. Todos ellos presentaron dos melanomas salvo uno, que fue diagnosticado de cinco melanomas. El 62% del total fueron metacrónicos, y de ellos el 25% fueron diagnosticados en los primeros dos años. La localización de los melanomas fue coincidente en un mismo paciente en el 43% de los casos. Los subtipos clínico-patológicos más frecuentes fueron el melanoma de extensión superficial y el lentigo maligno melanoma, coincidiendo los subtipos en el 56% de los pacientes con melanomas múltiples. El índice de Breslow, el nivel de Clark, y el estadio AJCC fueron inferiores en los segundos melanomas respecto a los primeros. Sin embargo, en nuestra serie los segundos melanomas presentaron más ulceración.

Los pacientes con antecedente de melanoma tienen un mayor riesgo de desarrollar un segundo melanoma. Aunque es más probable que esto ocurra en los primeros dos años, hemos encontrado melanomas más de trece años después, lo que refuerza la importancia de un seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Si bien en la mayoría de los casos los tumores posteriores coincidían en subtipo clínico-patológico y localización con los previos, una cifra no despreciable aparecían en regiones anatómicas diferentes. Esto enfatiza la importancia de un examen corporal completo y meticuloso.

En nuestra serie, y coincidiendo con la bibliografía revisada, los melanomas posteriores son menos agresivos que los iniciales. Esto puede deberse a un seguimiento más estrecho de estos pacientes, y un mayor conocimiento por su parte de los factores de riesgo y signos de alarma, lo que puede conducir a un diagnóstico y tratamiento más precoz.

**PO-355** MELANOMA GIGANTE DEL CUERO CABELLUDO: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL

Álvaro González González(1), Sabela Paradela de la Morena(1), Ignacio Martín Loureiro(1), Cristina Prego Padín(1), Mariña Dios Guillán(1) y Eduardo Fonseca Capdevila(1) de (1)Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España.



Melanoma gigante de cuero cabelludo.

**Introducción:** El melanoma maligno de cuero cabelludo es una variante de mal pronóstico que representa un 5% de todos los melanomas pero un 10% de los fallecimientos por esta causa.

**Caso Clínico:** Presentamos a un varón de 72 años de edad, que acude a nuestra consulta por la aparición de una lesión en cuero cabelludo que ha crecido rápidamente en 2 meses.

Como antecedentes personales destacaba un trasplante cardiaco en 2011 por una miocardiopatía hipertrófica a tratamiento inmunosupresor con micofenolato mofetilo 750 mg/12 horas y tacrolimus 1 mg cada 48 horas.

Clínicamente la lesión de 15x15 cm presentaba costra adherida y pigmento marrón-gris. A la dermatoscopia destacaban algunos glóbulos asociados. Con la sospecha de melanoma se realizaron biopsias de los cuatro puntos cardinales de la lesión.

El resultado de AP fue: Melanoma de extensión superficial en fase de crecimiento vertical, ulcerado, con, al menos 3 mm de espesor de Breslow (pt3b) y neurotropismo asociado.

En el estudio molecular se detectó la mutación BRAF V600R, siendo NRAS negativo. El estudio para PD-L1 (SP263) y el MELscore fueron negativos (0% células tumorales).

Se decidió realizar PET-TAC de cuerpo entero que no demostró lesiones hipermetabólicas patológicas.

Con el diagnóstico de Melanoma de extensión superficial al menos estadio IIB irresecable por extensión y localización, se inició tratamiento sistémico con encorafenib 450 mg/24 horas y binimetinib 45 mg/12 horas por vía oral cada 4 semanas. Se cambió tacrolimus por everolimus dada interacción con IBRAF/IMEK.

La evolución tras un mes de tratamiento ha mostrado regresión de algunas zonas, con pérdida de pigmento y menor eritema. Actualmente continúa mismo esquema de tratamiento con intención neoadyuvante por irresecabilidad inicial.

**Discusión:** Nuestro caso corresponde a un melanoma de extensión superficial de novo con crecimiento «en sábana» hasta alcanzar un tamaño de 15x 15 cm en menos de 8 semanas desde su inicio.

Es altamente probable que la inmunosupresión debida a su trasplante cardiaco y el neurotropismo de la lesión hayan provocado el crecimiento radial rápido de la lesión. Presentamos el melanoma de mayor tamaño de cuero cabelludo reportado en la literatura hasta la actualidad. Destacamos la importancia del diagnóstico molecular y la inmunoterapia como tratamientos sistémicos de casos irresecables.

**Tabla:** Melanomas gigantes de cuero cabelludo reportados en la literatura hasta la fecha

Caso	Edad, Sexo	Tamaño, cm	Breslow, mm	Enfermedad ganglionar	Enfermedad metastásica	Tratamiento
Ching, A (2012)	70, V	14,5 x 10,4	18	Si	Sí	Excisión quirúrgica y vaciamiento ganglionar
Panajotovic (2007)	57, V	12 x 10	100	No	No	Excisión quirúrgica
Nuestro caso (actualidad)	72, V	15 x 15	3	No	No	Inmunoterapia con intención neoadyuvante

V: Varón cm: centímetros mm: milímetros

PO-356

MELANOMA IN SITU MULTIFOCAL EN EL GLANDE CON RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA TRAS EL TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD TÓPICO 5%

Carlos González-Cruz(1), Sebastian Podlipnik(2), Berta Ferrer Fàbrega(3), Josep Malveyh Guilera(2), Susana Puig Sardá(2), Vicente García-Patos Briones(4), Agustí Toll Abelló(2), Isabel Vidal Olmo(1), Laia Canal de la Iglesia(1), Paula Inés Valentine(1) y Carla Ferrándiz-Pulido(4) de (1)Dermatología. Hospital Universitari de Vic, Vic (Barcelona) - España, (2)Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España y (4)Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.



Melanoma in situ en glande. Resultado clínico tras el tratamiento con imiquimod 5% en crema durante 10 semanas.

**Antecedentes:** El melanoma constituye menos del 1% de cánceres en el pene. Ésta localización supone menos del 0,2% de todos los melanomas. El melanoma in situ en el glande con patrón de crecimiento lentiginoso multifocal constituye un reto terapéutico debido a la mala delimitación de las lesiones y su posible afectación uretral. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica mediante decorticación del glande aunque en ocasiones puede requerir una penectomía parcial. Presentamos un paciente afecto de melanoma in situ en el glande que rechazó el tratamiento quirúrgico.

**Descripción del caso:** Un varón de 88 años, hipertenso, con hiperplasia prostática y resistencia a la insulina consultó por una lesión pigmentada en el glande que se había oscurecido y crecido durante al menos 5 años. Se trataba de una mácula hiperpigmentada, heterocroma con áreas ne-gruzcas, muy mal delimitada y con zonas de color normal en su interior, de aproximadamente 25 x 10 mm, en el dorso del glande, sin afectar macroscópicamente el meato uretral. La dermatoscopia, la microscopía confocal

y dos biopsias en las zonas más hiperpigmentadas confirmaron que era un melanoma in situ con patrón lentiginoso. No se observaron signos de afectación uretral mediante uretrosocopia. El paciente rechazó la cirugía de decorticación como primera opción terapéutica y se consensuó aplicar crema de imiquimod al 5% (fuera de ficha técnica). Se pautó Imiquimod tópico al 5% con una aplicación diaria. La reacción inflamatoria consecuente (con edema, fisuras, dolor y sangrado) obligaba al paciente a detener el tratamiento tras dos semanas de uso continuado del mismo. El paciente completó un total de 10 semanas de tratamiento a lo largo de un año. Tras finalizar la última tanda de dos semanas, y tras resolverse la inflamación, las exploraciones clínicas, dermatoscópica y mediante estudio con microscopía confocal no mostraron restos de melanoma. No se ha observado recidiva tras 6 meses de seguimiento.

**Conclusiones:** El melanoma en el pene es muy infrecuente. Al tratarse de un melanoma in situ multifocal en un paciente añoso que rechazó la cirugía, optamos por un tratamiento fuera de ficha técnica con imiquimod crema al 5% que consiguió una respuesta completa, sin alteración funcional. La microscopía confocal ha constituido una técnica no invasiva muy útil en el seguimiento.

**PO-357 MELANOMA Y HAMARTOMA NEUROCRÍSTICO SOBRE NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO GIGANTE**

Ane Lobato Izagirre(1), Isabel Gainza Apraiz(1), Irene Arévalo Ortega(1), Ana Sánchez Díez(1), Goikoane Cancho Galán(2) y Rosa María Izu Beloso(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

**Introducción:** Los nevus melanocíticos congénitos (NMC) son proliferaciones benignas de células melanocíticas que están presentes en el nacimiento. Los NMC se producen por mutaciones postcigóticas que dan lugar a defectos en la migración y diferenciación de los melanocitos derivados de la cresta neural. En general, los NMC se clasifican en función de su tamaño en NMC pequeños (<1,5 cm), medianos (1,5-20 cm), grandes (20-40 cm) o gigantes (>40 cm). Los NMC grandes/gigantes (NMCG) son infrecuentes y se estima que afectan a 1/20.000 recién nacidos. Con frecuencia los NMCG se asocian a múltiples nevus satélite y pueden desarrollar lesiones nodulares en su interior. Estos nódulos pueden ser de naturaleza benigna (nódulos proliferativos, hamartomas etc.) o maligna (melanoma etc.).

**Caso clínico:** Varón de 57 años que presenta un NMCG en el muslo izquierdo y zona lumbosacra izquierda con afectación de genitales y más de 100 nevus satélite. Consulta por una lesión nodular en la zona paratesticular izquierda, de más de 15 años de evolución, que ha presentado un cambio en su consistencia recientemente. Se realizó exéresis de la lesión y el estudio histológico fue compatible con un melanoma. A la exploración se objetivaron dos lesiones nodulares en la región glútea izquierda sobre el NMCG.

Se extirparon ambas lesiones, y el estudio histológico de ambos fue compatible con hamartomas neurocrísticos cutáneos. Se solicitó un estudio de extensión que incluía PET-TAC y RM cerebral, sin objetivarse signos de enfermedad metastásica, y se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela que fue negativa.

**Discusión:** Los hamartomas neurocrísticos cutáneos (HNC) son tumores benignos infrecuentes que se originan como consecuencia de una migración anómala de células de la cresta neural. Por tanto, los HNC pueden presentar diferenciación melanocítica, neural o fibroblástica. El papel del neuromesenchima contribuye al desarrollo anormal de las estructuras adyacentes. Los NMC también representan una displasia neurocrística en la que las células melanocíticas se detienen en su desarrollo durante el periodo embrionario y se localizan en la dermis reticular. Los hamartomas neurocrísticos proliferativos también pueden aparecer sobre los NMC. Es importante conocer esta entidad debido a su comportamiento biológico, ya que se ha descrito la malignización del componente melanocítico.

**PO-358 MELANOMA FAMILIAR: ACTUALIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E INTERPRETACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS**

Irene López Riquelme(1), Silvestre Martínez García(1), Ana Serrano Ordóñez(1) y Leandro Martínez Pilar(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.

**Antecedentes:** El melanoma presenta una incidencia creciente. En su patogenia influyen factores ambientales y susceptibilidad genética individual. Se define como melanoma familiar aquel con 2 familiares de primer grado afectados de melanoma y/o cáncer de páncreas, o 3 o más de cualquier grado. Los primeros genes que se relacionaron con éste fueron CDKN2A y CDK4. Posteriormente se han ido describiendo otros, la mayoría genes supresores de tumores, relacionados también con neoplasias internas.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas e histológicas del melanoma familiar, teniendo en cuenta la presencia de mutaciones asociadas.

**Métodos:** Se seleccionaron pacientes que cumplieran criterios de melanoma familiar en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional de Málaga, de los que disponemos datos clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos. Se realizó un panel genético de Melanoma hereditario y cáncer de piel.

**Resultados:** Se recogieron datos de 88 pacientes. Las principales variables clínicas e histológicas se resumen en la tabla 1. 68 pacientes (77.3%) tenían antecedentes familiares oncológicos, destacando melanoma (56 casos; 63.6%), cáncer de mama (12 casos; 13.6%) y páncreas (11 casos; 12.5%). Además, 4 pacientes (4.5%) tenían antecedente personal de cáncer de mama y 3 (3,4%) neoplasia renal, entre otros tumores. Se realizó estudio genético en 65 pacientes, encontrando mutaciones en 28. El gen más frecuentemente mutado fue CDKN2A (13 casos; 14.8%), seguido de NF1 (3 casos; 3.4%) y otros como TERT y ATM. En 16 casos fueron consideradas mutaciones patogénicas, 1 probablemente patogénica y 11 de significado incierto.

**Conclusiones:** Observamos un ligero predominio femenino y una relativa alta tasa de melanomas in situ. La mutación más frecuente es CDKN2A. Los tumores que se asocian con más frecuencia a esta mutación son el melanoma y el cáncer de páncreas. Sin embargo, hemos encontrado mutaciones en genes distintos de CDKN2A que podrían relacionarse con antecedentes oncológicos personales y familiares de estos pacientes, así como con variables clínicas e histológicas del melanoma. Por último, sería interesante recopilar las variantes de significado incierto que hasta ahora no se consideran patogénicas. Estos hallazgos podrían ayudar a identificar pacientes con predisposición familiar, establecer medidas de prevención y determinar factores pronósticos.

**Tabla 1.** Resultado de las principales variables clínicas, epidemiológicas y anatomopatológicas recogidas.

Sexo	52 (59.1%) mujeres
	36 (40.9%) hombres
Edad media al diagnóstico del primer melanoma	47.64 años (desviación típica [DE] 15.96)
Número medio de melanomas	1.75 (DE 1.24)
Índice de Breslow (media)	1.02 mm (DE 1.09)
	19 pacientes melanoma in situ (23.8%)

Localización	Espalda 35 (39.8%)
	Miembro superior 16 (18.2%)
	Miembro inferior 9 (10.2%)
	Escote 9 (10.2%)
	Cabeza y cuello 8 (9.1%)
	Abdomen 6 (6.8%)
Subtipo	Extensión superficial 69 (78.4%)
	Nodular 9 (10.2%)
	Lentiginoso acral 2 (2.2%)
	Léntigo maligno 1 (1.1%)
Origen	De novo 59 (67%)
	Sobre nevus 20 (22.7%)
Metástasis	9 pacientes (10.2%)

**PO-359**

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE LAS METÁSTASIS CUTÁNEAS DE MELANOMA**

Loreto Luna Bastante(1), Inés Gonzalo González(2), Araceli Sánchez Gil(1), Marta Gutiérrez Pascual(1), Alberto Alegre Bailo(1), Sara Torrico Hatami(3) y F. Javier Vicente Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid) - España, (2)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid) - España.

**Introducción:** En la última década, la inmunoterapia y tratamientos dirigidos revolucionaron el manejo del melanoma de alto riesgo, mejorando la supervivencia. A pesar de estos avances, algunos pacientes desarrollan satelitosis, metástasis en tránsito (MIT) y/o metástasis cutáneas de melanoma (MCM). El tratamiento de las mismas debe ser individualizado considerando diversos factores. La escala RECIST 1.1 presenta limitaciones en la evaluación de la respuesta de lesiones <5 mm.

**Casos clínicos:**

**Caso clínico 1:** Varón, 66 años, melanoma nodular estadio IIIC BRAFV600 mutado. Tratamiento adyuvante con INFy recaída como satelitosis en 2015. Inició Dabrafenib en noviembre de 2015, con reducción de las lesiones, seguido de exéresis quirúrgica de todas ellas en 2017, revelando hiperpigmentación residual sin melanoma.

**Caso clínico 2:** Mujer, 53 años, melanoma nodular estadio IV BRAFV600 mutado. Inició tratamiento con encorafenib/bimetinib tras fracaso a nivolumab/ipilimumab. A los dos meses las MCM disminuyeron su tamaño y perdieron la captación en PET TC, pero la biopsia posterior mostró persistencia de la enfermedad.

**Discusión:** El manejo de satelitosis y MCM carece de estandarización. Se recomienda tratamiento quirúrgico cuando es posible, mejorando la supervivencia. Alternativamente, existen tratamientos locorregionales y sistémicos. La evaluación de la respuesta terapéutica mediante RECIST es limitada, especialmente en lesiones <5mm. La dermatoscopia ha demostrado utilidad en MCM con patrón dermatoscópico rosado. La falta de herramientas objetivas aumenta la necesidad de biopsias repetidas, aumentando la morbilidad.

**Conclusión:** La evaluación de la respuesta tumoral en MCM de pequeño tamaño carece de herramientas validadas. Cambios clínicos similares pueden asociar resultados histológicos opuestos. Se requieren más estudios a largo plazo para comprender la relación entre cambios clínicos e histológicos ante diferentes tratamientos. La búsqueda de herramientas de evaluación objetivas es esencial para reducir la necesidad de biopsias repetidas y mejorar la gestión de pacientes con melanoma cutáneo.

**PO-360**

**LEUCODERMIA ASOCIADA A MELANOMA PRIMARIO DE RECTO EN PORTADORA DE MUTACIÓN BRCA1**

Luis Carlos Mendoza Chaparro(1), Laura Martínez Montalvo(1), Omar Al-Wattar Ceballos(1), Marina Montero García(1), Mónica Gómez Manzanares(1), Marcos Carmona Rodríguez(1) y María del Prado Sánchez Caminero(1) de (1)Hospital General Universitario, Ciudad Real - España.

**Introducción:** El vitíligo es significativamente más frecuente en pacientes con melanoma que en la población general. Por contra la asociación entre mutación de genes BRCA1 y BRCA2 e incremento de riesgo de melanoma resulta controvertida.

**Caso clínico:** Mujer de 71 años portadora de mutación del gen BRCA1, con antecedentes familiares de cáncer de estómago (padre), ovario (madre) y cérvix (hermana), intervenida en 2014 mediante cuadrantectomía de carcinoma ductal infiltrante en mama derecha, recibiendo quimio y radioterapia adyuvantes. En 2022 fue intervenida nuevamente de la mama derecha por angiosarcoma radioinducido, realizándose mastectomía total y quimioterapia adyuvante.



Consultó en dermatología en Enero de 2023 por presentar áreas de despigmentación en cara, cuello y escote de 3 años de evolución, junto pérdida de pelo de cejas y zona implantación cabello parietotemporal bilateral.

Se diagnosticó de vitiligo y alopecia frontal fibrosante e inició tratamiento tópico con pimecrólimus para ambas patologías.

En Octubre de 2023 fue diagnosticada de melanoma de recto BRAF nativo, realizándose cirugía con linfadenectomía retroperitoneal, lográndose la extirpación completa del tumor y encontrándose metástasis de melanoma en 5 ganglios linfáticos. El estudio de extensión con PET-TAC descartó metástasis a distancia, y la exploración cutánea, ocular y ORL fueron normales, lo que permitió descartar la presencia de un melanoma primario oculto.

Actualmente la paciente está en tratamiento con pembrolizumab y permanece libre de enfermedad sin progresión de su vitiligo.

**Discusión:** El melanoma primario de recto es una neoplasia infrecuente y representa el 1% de casos de melanomas y entre el 0.5-4% del total de neoplasias anorrectales. Las mutaciones germinales de BRCA1 y 2, oncogenes implicados en la reparación del ADN, aumentan el riesgo de padecer un amplio espectro de tumores, pero en los estudios observacionales no se ha encontrado un riesgo superior de melanoma respecto a la población general.

La leucodermia asociada a melanoma ocurre entre el 2-16% de los pacientes con melanoma, es indistinguible del vitiligo y se debe a la presencia de antígenos comunes en melanocitos sanos y células tumorales. Puede ocurrir años antes del diagnóstico de melanoma, es un factor de buen pronóstico en estadios III-IV y de buena respuesta en los casos asociados a inmunoterapia.

#### PO-361 NEVUS DE SPITZ EN EL ADULTO: ESTUDIO CLÍNICO Y DERMATOSCÓPICO

Ana Patricia Miguélez Hernández(1), Francisco Javier Bru Gorraiz(2), Alicia Comunió Artieda(2), María del Mar Llamas Velasco(1), Patricia Muñoz Hernández(3), Clara Buendía Martínez(1), Pablo Chicharro Manso(1) y Esteban Daudén Tello(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (2)Servicio ITS/Dermatología. Sección de Especialidades Médicas. Ayuntamiento de Madrid, Madrid - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** El Nevus de Spitz (NS) fue descrito inicialmente en niños y posteriormente en adultos. Es una neoplasia melanocítica benigna y en ocasiones difícil de distinguir del melanoma. Se revisan casos de NS en adultos (mayores de 15 años) aportando sus características más relevantes tanto clínicas como dermatoscópicas (DC).

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de NS confirmados histológicamente, entre los años 2000-2023. Se recogen características epidemiológicas y clínicas de 183 casos disponiendo de imagen DC en 40 de ellos. Las imágenes fueron evaluadas por dos de los autores identificando el patrón DC global y los signos DC locales decidiéndose por consenso su presencia o ausencia.

**Resultados:** El NS se presentó con más frecuencia en mujeres (razón M/H 1,95). La edad más frecuente de aparición fue entre los 25-34 años (39,89%), localizándose con más frecuencia en miembros inferiores (42,62%). En general fueron lesiones de aparición reciente estimándose su evolución en menos de 6 meses en el 33,33%. Las lesiones fueron asintomáticas, informándose de crecimiento en el 14,65%. El diámetro de la lesión fue menor de 5 mm en el 70% de los casos siendo descrita como pápula (48,47%) o mácula (47,85%), de color marrón (44,83%), o negro (37,24%). El diagnóstico de NS fue sospechado en el 41,53%. 42 casos (22,9%) fueron considerados sospechosos de melanoma.

Respecto al patrón DC global, el más frecuente fue el multicomponente (dos o más patrones en la misma lesión) (11/40). El patrón en "estallido de estrellas" /starbust (SB) (centro sin estructura rodeado de líneas radiales/pseudópodos circunferenciales) se encontró en 8/40. Los patrones reticular, globular, homogéneo y de vasos puntiformes fueron menos frecuentes. El patrón se consideró inespecífico en 11/40. Las prolongaciones/pseudópodos fueron los signos locales más frecuentes (18/40). El retículo invertido, velo azul blanquecino, vasos atípicos y el retículo negro superficial fueron infrecuentes, no observándose crisálidas.

**Conclusiones:** El NS en nuestro estudio predomina en mujeres, en miembros inferiores y en una edad más joven, similar a lo descrito previamente. En la DC el patrón SB no ha sido el más frecuente, a diferencia de algunos estudios, sino el multicomponente e inespecífico. En cuanto a signos locales, los pseudópodos/prolongaciones fueron los más observados.

#### PO-362 DETECCIÓN DE ADN TUMORAL CIRCULANTE (ctADN) EN PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO III

Rodolfo David Palacios Díaz(1), Blanca de Unamuno Bustos(1), Sarai Palanca Suela(2), Amara Carratalá García(2), Gema Pérez Simó(2), David Moreno Ramírez(3), Lara Ferrándiz Pulido(3), Francisco Almazán Fernández(4), Aram Boada García(5), Leire Loidi Pascual(6) y Rafael Botella Estrada(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (2)Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia - España, (3)Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España, (4)Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España, (5)Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona - España y (6)Dermatología. Hospital Universitario de Navarra, Navarra - España.

La biopsia líquida es una técnica diagnóstica no invasiva que incluye el análisis de ADN tumoral circulante (ctADN), células tumorales circulantes y ARN tumoral circulante en distintos fluidos, fundamentalmente en plasma. El ctADN se refiere al ADN fragmentado que se origina de los procesos de necrosis o apoptosis que sufren las células tumorales, y es portador de las mismas alteraciones moleculares que el tumor de origen. Se ha demostrado la correlación de los niveles de ctADN y la carga tumoral, así como el valor pronóstico de la detección de ctADN. Concretamente, la detección basal de altos niveles de ctADN en pacientes candidatos a cirugía o tratamiento sistémico se han relacionado

con peores tasas de supervivencia libre de enfermedad y global. Adicionalmente, la monitorización del ctADN ha demostrado utilidad en la detección de enfermedad mínima residual tras cirugía, la detección precoz de recurrencias, la predicción de respuesta al tratamiento, y la detección de mecanismos de resistencia.

Con respecto al melanoma, la mayor parte de los estudios incluyen pacientes con melanomas localmente avanzados irreseccables o metastásicos, siendo escasos los estudios en pacientes con estadio III reseccable. El objetivo es analizar la utilidad de la determinación del ctADN en la predicción de progresión tumoral en pacientes con melanoma.

Estudio observacional, multicéntrico retrospectivo y prospectivo efectuado sobre pacientes con melanoma estadio III atendidos en los Servicios de Dermatología desde noviembre de 2018 a diciembre de 2023. Se han recogido muestras de tejido parafinado del tumor primario y/o metastásico y muestras de sangre en distintos momentos de la enfermedad. Se han estudiado las mutaciones en los genes BRAF, NRAS y promotor del gen TERT en el tejido mediante PCR en tiempo real (Idylla NRAS-BRAF Mutation Test) y secuenciación Sanger utilizando la pareja de cebadores hTERT\_2F CTCCCAGTGGATTTCGCGGGC y hTERT\_2R CCCACGTGCGCAGCAGGAC). Se han excluido aquellos melanomas no portadores de mutaciones en ninguno de los tres genes anteriormente descritos. De cada muestra de sangre se han obtenido 5-10ml de plasma que se han utilizado para aislar el ADN libre circulante (cfADN) empleando MagMAX Cell-Free DNA (cfDNA) Isolation. Las mutaciones en el cfADN se han estudiado mediante PCR digital [(QX200 Droplet Digital PCR (ddPCR) system].

**PO-363 EVOLUCIÓN COMPLEJA DE MELANOMA METASTÁSICO: UN CASO DE RESILIENCIA Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR**

Blanca Rebollo Caballero(1), José Pablo Serrano Serra(1), José Francisco Orts Paco(1), Juan Carlos Romera Pallarés(1), José Navarro Pascual(1), Javier Ruiz Martínez(1), Jesús Hernández-Gil Sánchez(1) y M<sup>a</sup> Encarnación Giménez Cortés(1) de (1)Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia - España.

El melanoma es uno de los tumores cutáneos más agresivos, siendo responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de piel. En estadios iniciales la exéresis quirúrgica con márgenes puede ser curativa, sin embargo, tras la aparición de metástasis la supervivencia desciende drásticamente.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años con melanoma de extensión superficial en brazo derecho extirpado en 2013. Un año después se detectó adenopatía axilar derecha positiva para células malignas en punción, por lo que se realizó vaciamiento ganglionar con detección de metástasis de melanoma en 2 de los 9 ganglios extraídos. Tras esto, la paciente recibió tratamiento adyuvante con interferón. Menos de un año después se halló lesión sospechosa en amígdala derecha en TC de control, y, tras extirpación, se confirmó infiltración por melanoma. Ante un melanoma estadio IV con BRAF positivo se decidió iniciar terapia dirigida con vemurafenib, el cual hubo que suspender por erupción cutánea generalizada. En este momento se propuso inmunoterapia con ipilimumab entre abril y junio de 2015, aunque la paciente no pudo completar la 4<sup>a</sup> dosis por diarrea persistente.

Desde 2015 se siguieron controles estrechos por dermatología y oncología sin datos de recidiva, hasta que en 2021 se detectó metástasis gástrica de melanoma, siendo necesario realizar una gastrectomía parcial. Tras la resección completa de la enfermedad metastásica la paciente recibió nivolumab durante un año, finalizando en septiembre de 2022. Actualmente se encuentra estable clínica y radiológicamente, siguiendo revisiones cada 6 meses en consulta.

**Discusión:** El tratamiento del melanoma metastásico ha experimentado un gran cambio en la última década con la incorporación de los inhibidores del punto de control inmunitario anti-PD1 y anti-CTLA4 junto con las terapias dirigidas frente a mutaciones BRAF. Gracias a esto se ha logrado mejorar el pronóstico, pasando de una enfermedad prácticamente letal en todos los casos a obtener datos de supervivencia global a los 5 años del 50% según algunas series. Este caso ilustra la complejidad en el manejo del melanoma metastásico, destacando la necesidad de un enfoque multidisciplinar. La continua vigilancia y ajuste de estrategias terapéuticas han llevado a lograr la estabilidad de la paciente hasta el día de hoy, subrayando la importancia del seguimiento clínico y radiológico a largo plazo.

**PO-364 NEVUS ERUPTIVOS MÚLTIPLES: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Irene Sánchez Gutiérrez(1) y Carolina Prat Torres(2) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (2)Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) - España.



*Nevus eruptivos múltiples*

Los nevus melanocíticos eruptivos múltiples (NEM) son un fenómeno raro caracterizado por la aparición súbita de múltiples nevus en relación con múltiples desencadenantes como fármacos o algunas enfermedades. Se describe el caso de una paciente con NEM de aparición brusca 8 años tras el diagnóstico y tratamiento de un meduloblastoma.

Niña de 17 años que consulta por la aparición brusca generalizada de múltiples lesiones pigmentadas. Como antecedentes personales tiene un meduloblastoma diagnosticado a los 9 años, tratado con cirugía, quimioterapia (ciclofosfamida, etopósido, vincristina, cisplatino, carboplatino y tiotepa), radioterapia y 3 trasplantes autólogos de precursores hematopoyéticos (TPH). Finalizó el tratamiento a los 11 años, manteniéndose estable durante el seguimiento. Como complicaciones secundarias presentó un fallo ovárico precoz en tratamiento con anticonceptivos orales, así como una alopecia ofásica en la zona irradiada en seguimiento por Dermatología y en tratamiento con minoxidil. No tenía antecedentes personales ni familiares de melanoma.

A la exploración física se objetivaron más de 200 nevus localizados en tronco, miem-

bros superiores e inferiores. Clínicamente eran máculas de < 5 mm, de color marrón homogéneo, muy pigmentadas, sin datos clínicos ni dermatoscópicos de atipia. Se derivó al Hospital Clínic de Barcelona para seguimiento digital, con estabilidad de las lesiones.

Previamente en la literatura se han reportado algunos casos de esta entidad asociados a enfermedades (50%) o fármacos (41%). A nivel clínico se ha propuesto una subclasificación en dos grupos: nevus eruptivos generalizados secundarios a fármacos o enfermedades sistémicas (lesiones generalizadas con predominio de tronco y extremidades, más numerosas y de menor tamaño) o nevus eruptivos tipo Koebner (mayor tamaño, menos numerosas y localizadas cerca de la enfermedad cutánea). Sólo se han descrito 5 casos de melanoma asociados a esta entidad, aunque faltan datos del seguimiento en la mayor parte de los pacientes.

Se presenta un caso de NEM unos años tras el diagnóstico y tratamiento de un meduloblastoma. Aunque no se han descrito casos en la literatura asociados al meduloblastoma, sí que hay algún caso descrito asociado a ciclofosfamida. Son necesarios más estudios para conocer mejor esta entidad, sus posibles desencadenantes y su significancia pronóstica.

**PO-365 MELANOMA SOBRE NEVUS SPILUS**

Nicolás Silvestre Torner(1), Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Ignacio Pinilla Pagnon(2), Kiril Magaletskey Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1) y Adrián Imbernón Moya(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

**Introducción:** El nevus spilus es considerado una lesión melanocítica de comportamiento benigno, siendo excepcionales los casos de asociación a melanoma.

**Caso Clínico:** Una mujer de 29 años consultó por una lesión cutánea de 1 año de evolución, desarrollada sobre una lesión pigmentada presente desde la infancia en el hemiabdomen derecho. A la exploración se observaba una pápula rosada de 6mm de diámetro localizada sobre una lesión maculosa plana de 4x3cm, con fondo color marrón claro homogéneo y múltiples máculo-pápulas superpuestas de color marrón oscuro de 2-3mm. A la dermatoscopia, se observaban múltiples vasos de morfología atípica en la pápula rosada. La lesión pigmentada presentaba fondo color marrón homogéneo y un patrón de retículo típico/retículo-homogéneo en las zonas más pigmentadas.

El estudio histopatológico de la pápula de reciente aparición mostró una proliferación melanocítica maligna ulcerada, de 1,2mm de Breslow, compatible con melanoma pT2b. La ampliación quirúrgica con 2cm de margen periférico incluyó la extirpación completa de la lesión pigmentada, observando una hiperplasia melanocítica lentiginosa en la unión dermo-epidérmica con múltiples nevus melanocíticos de la unión o compuestos, todo ello compatible con un nevus spilus. El estudio de extensión, incluyendo biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), fue negativo.

**Discusión:** El nevus spilus, también conocido como nevus lentiginoso moteado, es una proliferación melanocítica benigna presente desde el nacimiento o la infancia temprana. Durante mucho tiempo se consideró una lesión sin riesgo de transformación maligna.

En 1957 se publicó el primer caso de melanoma sobre nevus spilus, cambiando el concepto de esta lesión. El riesgo de malignización, se estima alrededor del 0,1-0,2%. En la literatura se han descrito menos de 50 casos de melanoma sobre nevus spilus, incluyendo casos de múltiples melanomas sincrónicos en una misma lesión. No se han observado diferencias en el pronóstico de estos pacientes en comparación con otros melanomas.

No se han descrito características clínicas y/o dermatoscópicas que se relacionen con un mayor riesgo de malignización. Por ello, se recomienda la autoobservación, el seguimiento a largo plazo de los nevus spilus, así como el estudio histopatológico precoz de las lesiones atípicas.

**PO-366 REPIGMENTACIÓN CAPILAR FOCAL: UN SIGNO DE ALARMA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON MELANOMA**

Lorena Vila Cobreros(1), Cristina Fernández Romero(1), Osvaldo Gabrel Pereira-Resquin Galván(1), Alba Llorens López(1), Esther Quecedo Estébanez(1), Virginia Pont Sanjuan(1) y Celia Requena Caballero(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España y (2)Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia - España.



La repigmentación focal del pelo canoso es un fenómeno poco frecuente asociado a melanoma (MM) de cuero cabelludo cuyo mecanismo exacto es todavía un interrogante.

Presentamos el caso de una mujer de 78 años, en seguimiento desde el año 2013 por un lentigo maligno (LM) en vértex, que requirió cirugía de Mohs con cierre diferido, por recidiva local 6 años más tarde. La clínica que presentamos se inicia en el año 2023, 10 años tras la exéresis de la lesión inicial.

En la visita de seguimiento se evidenció un mechón de color negro ubicado en vértex, sobre la cicatriz del LM, que contrastaba con el cabello gris de la paciente. La piel presentaba un incremento de la pigmentación de patrón homogéneo, parcheado y de bordes apolillados. Se realizó biopsia, que evidenció nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica con pleomorfismo nuclear moderado y melanina pulverulenta desarrollados sobre una dermis con elastosis solar y discreto infiltrado inflamatorio linfocitario, todo ello compatible con lentigo maligno. Ante la evidencia de recidiva del LM se realizó de nuevo cirugía de Mohs diferido, sin evidenciar lesión residual al primer pase.

Hasta la fecha, hay 12 casos de repigmentación capilar secundaria a MM en cuero cabelludo reportados en la literatura, en su mayoría asociados a MM in situ tipo LM.

Se han planteado varias hipótesis patogénicas entre las que se incluye la infiltración folicular por parte de los melanocitos malignos y la secreción paracrina de citoquinas estimuladoras de los queratinocitos foli-

culares en los casos sin infiltración. En nuestro caso, evidenciamos abundantes depósitos de melanina y melanófagos a nivel de los folículos pilosos, muchos de ellos en ausencia de células tumorales en proximidad, apoyando esta segunda hipótesis. La clínica habitual es la de un mechón de color oscuro, que puede ser distinto al color natural previo, en un paciente añoso (81 años de media).

Todos los casos comunicados hasta el momento se produjeron en pacientes sin antecedentes de MM. El nuestro es el primero reportado como recidiva de un LM.

Con él queremos resaltar la importancia de considerar la repigmentación capilar como signo de alarma, no solo para el diagnóstico de MM, sino en el seguimiento de los pacientes con antecedentes de MM en cuero cabelludo y reincidir en la importancia de mantener su seguimiento a largo plazo.

ZONA  
PÓSTER

PSICODERMATOLOGÍA

PO-367

¿NOS AYUDA MEDIR LA FATIGA CON LA ESCALA FACIT-T EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS DERMATOLÓGICAS?

María Blanca Madrid Álvarez(1), Alicia González Quesada(1), Elena Castro González(1) y Irene Castaño González(1) de (1)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Objetivo:** La fatiga está asociada a multitud de enfermedades crónicas y se ha estudiado en patologías dermatológicas. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia y gravedad de fatiga en una muestra de nuestra población de pacientes con distintas enfermedades inflamatorias dermatológicas en comparación con un grupo control.

**Material y Métodos:** Se ofreció participar a los pacientes que acudían de manera consecutiva a la consulta de visita sucesiva del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y tenían psoriasis (Pso), hidradenitis supurativa (HS) o dermatitis atópica (DA) y estaban en seguimiento en la unidad de crónicos. Se utilizó la Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-T). Se recogieron variables sociodemográficas, evolución, tratamientos previos, tratamiento actual y gravedad de la enfermedad.

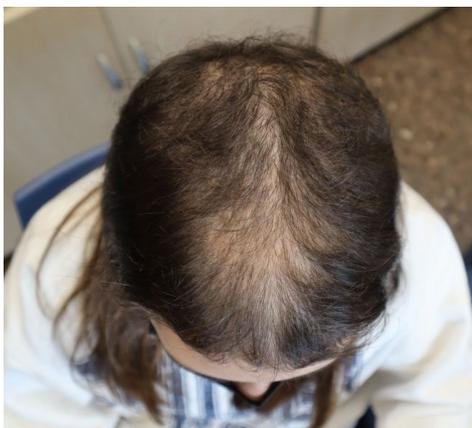
**Resultados:** Se recogieron 46 pacientes con Pso, 25 pacientes con HS, 26 con DA y 20 de grupo control (con edades entre 18-79 años) hasta la fecha de envío de este resumen. En promedio nuestra muestra presenta una puntuación de 31 en la escala FACIT-T, lo que equivale a un nivel de fatiga moderado. Un 16% de los pacientes tiene fatiga elevada/muy elevada. Un 47% no tiene fatiga o tiene niveles bajos.

**Conclusiones:** Se elaborarán comparaciones entre grupos y con el grupo control. Por ahora sólo podemos concluir, que la fatiga parece ser una variable presente en la vida de nuestros pacientes con una afectación moderada. No podemos concluir cuánta de la fatiga está asociada a la enfermedad o se debe a otras variables, pues ésta se ha medido en un momento único al venir a una visita sucesiva. Medir la fatiga antes de iniciar tratamiento y tras meses instaurado puede mostrar si hay cambios que relacionen los tratamientos y una mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes medida a través de mayores niveles de energía.

PO-368

N-ACETILCISTEÍNA EN ADOLESCENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANÍA

Enrico Giorgio Morales Tedone(1), Andrea Bernabeu Aicart(1), Cristina Albanell Fernández(1), David Muñoz Castro(1), José María Martín Hernández(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.



Niña de 13 años remitida desde atención primaria por alopecia difusa de 4-5 meses de evolución. La paciente está en seguimiento por la unidad de salud mental infantil ya que sufre acoso escolar. Reconoce impulso recurrente e irresistible de arrancamiento del cabello. Ha tomado complejo vitamínico durante 3 meses sin mejoría aparente.

A la exploración física apreciamos evidente pérdida de densidad en mechón frontal y a nivel interparietal con signos dermatoscópicos típicos de tricotilomanía (pelos rotos a diferentes alturas, vellos en crecimiento, puntos negros, tricoptilosis). Ante los hallazgos iniciamos minoxidil tópico al 2% con 2 aplicaciones al día idealmente y N-Acetilcisteína 600 mg al día con revisión en consulta a los 3 meses.

En la visita de revisión apreciamos una enorme mejoría clínica con cobertura de la zona interparietal en la que apenas se aprecia ya la pérdida de densidad y una mejoría a nivel frontal con pelos en recrecimiento de longitud variable ya que aún es pronto para ver una recuperación total por el propio ciclo del cabello. Cabe destacar que la paciente se encuentra en proceso de cambio de centro escolar debido al acoso sufrido y se aprecia gran mejoría en la esfera psicológica de la misma asociada también a la satisfacción con el tratamiento pautado y los resultados obtenidos.

**Conclusiones:** La tricotilomanía se engloba dentro de los trastornos del control de los impulsos en el que el paciente presenta una alopecia

por tracción resultante de arrancarse el pelo de forma repetitiva y compulsiva. Es mucho más frecuente durante la infancia y especialmente en niñas. Los pacientes no suelen reconocer que se manipulan el pelo. El tratamiento por parte del dermatólogo es limitado, aplicaremos medidas locales para evitar el arrancamiento (uso de guantes) y terapia de inversión de hábitos. En niños suele tener un excelente pronóstico con resolución en la mayoría de los casos, pero en adultos sería conveniente derivar a psiquiatría para evaluación psicopatológica. Los psicofármacos más utilizados son clomipramina y n-acetilcisteína en dosis de 600-2400 mg/día durante 3 meses para el control de impulsos. La psicoterapia es de utilidad en muchos casos y se debe ofrecer al paciente cuando se sospeche un claro componente psicosocial.

**PO-369** CALCINOSIS ESCROTAL IDIOPÁTICA: UNA PATOLOGÍA INFRAVALORADA

Ricardo Moreno-Borque(1), Carmen Carranza Romero(1), Elena Lozano Martínez(1), Alfredo García Mares(1), Ana Sirgado Martínez(1), Guillermo Guhl Millán(1), Lucía Campos Muñoz(1), Alberto Conde Taboada(1), Khrystyna Krasnovksa Zayets(1), Miguel Antonio Díaz Martínez(1), Elena González Guerra(1), Claudia Sarró Fuente(1), Álvaro Iglesias Puzas(1), Manuel Agud de Dios(1), Nuria Díez-Caballero Pascual(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid - España.



Presencia de múltiples nódulos calcificados en escroto

La calcinosis escrotal idiopática es una patología cutánea benigna e infrecuente, causada por la formación de depósitos de calcio en las capas dérmicas del escroto. Clínicamente cursa con la presencia de una o múltiples calcificaciones nodulares escrotales que varían en tamaño y número, pudiendo llegar a afectar a la totalidad del escroto. Suele presentarse en varones jóvenes, entre la segunda y tercera décadas de la vida. Su desarrollo no se asocia con alteraciones sistémicas del metabolismo fosfocálcico, encontrándose los niveles de hormonas y fosfatos dentro de los límites de la normalidad.

Habitualmente su comportamiento es paucisintomático, siendo el prurito el síntoma más frecuentemente reportado. Otros síntomas descritos son la secreción de una sustancia caseosa al presionar los nódulos o la infección de los mismos. El tratamiento es quirúrgico, habitualmente mediante escrotoplastia. Al ser una patología benigna, es habitual que se infravalore la alteración estética que presentan estos pacientes, y cómo ésta repercute negativamente en la calidad de vida de los mismos.

Presentamos el caso de un paciente de 33 años de edad con diagnóstico de calcinosis escrotal idiopática desde los 17 años. A lo largo de los años fue valorado en numerosas ocasiones por parte de dermatólogos, cirujanos generales y urólogos, quienes restaron importancia a su patología debido a que se trataba de una entidad benigna. Tras nuestra valoración, se realizó un cuestionario DLQI (Índice de Calidad de Vida en Dermatología), donde se obtuvo un resultado de 19 puntos, reflejando una gran afectación en la calidad de vida del paciente. Tras la realización de una escrotoplastia subtotal se realizó un nuevo cuestionario DLQI a los 6 meses de la intervención, obteniendo un resultado post-quirúrgico de 4 (leve afectación en la calidad de vida). El DLQI puede representar una herramienta muy útil para valorar la verdadera relevancia clínica de patologías benignas como la calcinosis escrotal idiopática.

**PO-370** ¿CÓMO INFLUYE EN LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA LA ESTABILIDAD EMOCIONAL EN LA ADAPTACIÓN A SU ENFERMEDAD?

Miguel Quetglas Valenzuela(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Júlia Mercader Salvans(1), Daniel Javier Sánchez Báez(1), Vania Lukoviek Araya(1), Jezabel Bravo Medina(2) y Marta García Bustinduy(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España y (2)Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife - España.

**Introducción:** La Hidradenitis Supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta de forma importante el día a día de los pacientes. El estado emocional del paciente podría influir en el curso de la enfermedad. El Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) es una herramienta para conocer aspectos de la conducta y comportamiento de los pacientes con patologías graves. El presente estudio nos ayuda a conocer cómo afrontan la enfermedad nuestros pacientes con HS.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo en el que se estudian las características conductuales de pacientes procedentes de nuestra consulta monográfica de HS con el MBMD según la estabilidad emocional que refiere. El análisis inferencial se realizó mediante T Test.

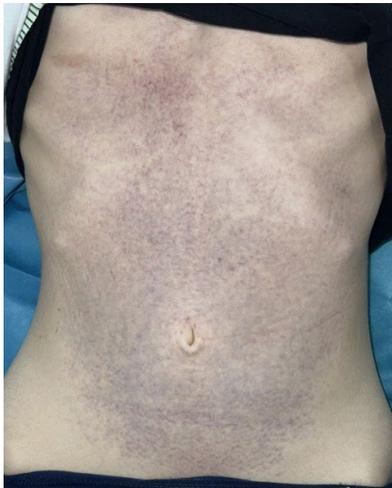
**Resultados:** Se incluyen 80 pacientes con HS, de los que el 56% son mujeres con una edad media de 38,19 (DE = 13,41). Aquellos que no se consideran emocionalmente estables (55%) muestran diferencias significativas respecto a los que sí en: aprensión a la enfermedad (p<0,001), capacidades funcionales (p<0,001), sensibilidad al dolor (p<0,001), pesimismo respecto al futuro (p<0,001), estando presentes estos síntomas de forma leve. Asimismo cuentan con mayores puntuaciones en receptividad ante la información (p=0,002) y cumplimiento terapéutico (p=0,006).

Todos los pacientes presentan problemas de adaptación a la enfermedad observándose mayor riesgo en los pacientes no estables emocionalmente (p=0,029). Además, habría que considerar en éstos la derivación psicológica/psiquiátrica (p=0,001).

**Conclusiones:** El análisis mediante el MBMD de nuestros pacientes con HS sugiere que los pacientes que niegan ser emocionalmente estables tienen más problemas para moderar situaciones estresantes relacionadas con su enfermedad, cuentan con mayores problemas de adaptación y podría ser beneficiosa la derivación psicológica/psiquiátrica. Además se evidencia mejor receptividad a los detalles sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, así como una predisposición a mayor adherencia terapéutica. Indagar sobre la estabilidad emocional podría ayudar a definir quién requiere un trato más atento por parte de su profesional de la salud.

**PO-371 PÚRPURA RETICULADA DIFUSA EN UNA PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA**

Ana Serrano Ordóñez(1), Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Andrea Monedero de la Orden(1), Eduardo López Vera(1), Leandro Martínez Pilar(1) y Irene López Riquelme(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.



*Erupción purpúrica de aspecto reticulado predominante en tronco.*

**Introducción:** La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una elevada morbimortalidad en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. En la mayoría de los casos de AN grave pueden identificarse signos cutáneos. La púrpura reticulada difusa es una manifestación cutánea infrecuente, característica de pacientes con AN y desnutrición grave.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 22 años, con antecedente de trastorno de la conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, ingresada por desnutrición grave. Refería ejercicio físico intenso. Se objetivó al ingreso un peso de 32 kg (IMC 12,9).

Presentaba una erupción purpúrica reticulada no palpable con afectación difusa de tronco y discreta en cara anterior de muslos. Se realizó examen dermatoscópico, sin observarse pelos en sacacorchos ni hiperqueratosis perifolicular. Entre sus pruebas complementarias, destacaba la presencia de hipertransaminasemia, anemia y leucopenia con neutropenia leve. Se realizó una biopsia cutánea, en la que se observan cambios purpúricos no inflamatorios, con inmunofluorescencia directa negativa. Las pruebas complementarias (analítica de sangre, biopsia y dermatoscopia) descartaron enfermedades carenciales y vasculitis, realizándose el diagnóstico de púrpura reticulada difusa. Tras iniciar la nutrición enteral, se consiguió una mejoría del estado nutricional y la consecuente resolución de las lesiones cutáneas en 3 semanas.

**Conclusiones:** La afectación cutánea en la AN es frecuente, y puede ser la expresión de desnutrición, vómitos, consumo de fármacos o por trastornos psiquiátricos concomitantes. La xerosis, lanugo, alteraciones ungueales y el efluvio telógeno son las más comunes, mientras que la presencia de púrpura se ha descrito de forma menos frecuente. La púrpura reticulada difusa es un

tipo peculiar de púrpura característico de pacientes con AN y desnutrición grave. Afecta al tronco como una erupción reticulada purpúrica, que se resuelve rápidamente al mejorar el estado nutricional. Se han descrito 6 casos hasta el momento, todos en adolescentes, con predominio del sexo masculino. Con el nuestro, presentamos un nuevo caso de mujer joven con diagnóstico de púrpura reticulada difusa en contexto de AN y desnutrición grave, una manifestación cutánea infrecuente pero característica de esta enfermedad.

ZONA PÓSTER

**PSORIASIS Y ENFERMEDADES ERITEMATOESCAMOSAS**

**PO-372 EVALUACIÓN DEL BENEFICIO DE UNA RUTINA DE CUIDADO DIARIA QUE CONTIENE CERAMIDAS EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS CRÓNICA EN PLACA**

Leonor Prieto Cabezas(1), Carlota Abbad-Jaime de Aragón(2), Emilio Berna Rico(1), Mercedes Abarquero-Cerezo(2) y Álvaro González Cantero(3) de (1)L'ORÉAL Dermatological Beauty, Madrid - España, (2)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (3)Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), Madrid - España.

**Introducción:** La psoriasis es una afección cutánea inflamatoria crónica y recurrente que requiere de tratamiento a largo plazo. Más allá de las dimensiones físicas de la enfermedad, la psoriasis tiene un gran impacto emocional y psicosocial en los pacientes. Varias investigaciones han confirmado la reducción de los niveles de ceramidas epidérmicas en psoriasis, lo que se correlaciona significativamente con la gravedad clínica. El objetivo fue evaluar el beneficio clínico y en la calidad de vida, de una rutina de cuidado diaria con ceramidas (monoterapia o coadyuvante) en el tratamiento de pacientes con psoriasis.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo y de intervención con 71 pacientes con psoriasis crónica en placa que presentaban un índice de intensidad y gravedad de la psoriasis (PASI) <10. Los pacientes utilizaron un limpiador y una crema hidratante al menos 1 vez al día, ambas con ceramidas (1, 3 y 6-II) y tecnología MVE de liberación controlada, junto a otros tratamientos prescritos previamente. La evaluación clínica se realizó al inicio y tras 4 semanas de estudio utilizando el índice PASI para analizar la gravedad de la psoriasis (eritema, induración y descamación), y la escala DLQI para valorar el impacto en la calidad de vida. Los pacientes evaluaron la tolerancia, satisfacción y cosmética de la rutina.

**Resultados:** La evaluación clínica tras 4 semanas de estudio evidenció una mejora en la extensión y características de las lesiones, con una reducción significativa del índice PASI de 2,77 puntos (-62,5%). Cabe destacar que, esta mejoría permitió la reducción en la pauta de tratamiento con corticoides al 30,9% de pacientes que los tenían prescritos previamente. La calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placa a través de los resultados obtenidos en la escala DLQI mostró una mejora significativa de 3,4 puntos (-64,6%). La rutina de cuidado fue bien tolerada por los sujetos, y un 90,8% del ellos afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que la utilización de una rutina de cuidado diaria de la piel basada en ceramidas puede ayudar a mejorar los signos y síntomas de la psoriasis crónica en placa, así como la calidad de vida de los pacientes. La rutina fue bien tolerada, y un muy alto porcentaje de pacientes quedaron satisfechos con el resultado.

**PO-373** EVALUACIÓN EN SUJETOS CON PSORIASIS LEVE A MODERADA DE UNA LOCIÓN HIDRATANTE CON UREA, POLIDOCANOL, NIACINAMIDA, ALANTOÍNA Y ALOE VERA PARA USO DIARIO

Sonia Aladren(1), Albert Navasa(1), Ludmila Prudkin-Silva(1) y Eric Jourdan(1) de (1)Innovation and Development Department. ISDIN SA, Barcelona - España.

**Antecedentes:** La psoriasis es un trastorno cutáneo crónico común caracterizado típicamente por pápulas y placas eritematosas con escamas plateadas acompañadas frecuentemente de prurito, el cual puede tener un impacto significativo en la calidad de vida. Existen múltiples alternativas terapéuticas, siendo el abordaje tópico cosmético una de las alternativas. En este estudio se evaluó la eficacia de una crema hidratante con urea para reducir los signos y síntomas asociados a la psoriasis.

**Métodos:** Se incluyeron 31 sujetos, edad media 45±3 años, con psoriasis en placas leve-moderada que aplicaron la crema dos veces en las placas al día durante 28 días; 21 de estos sujetos continuaron aplicando el producto un total de 12 semanas. Se evaluó la evolución de los signos de la psoriasis mediante el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) score, Body Surface Area (BSA) y el Investigator Global Improvement Score (IGIS), así como la seguridad del producto. Además, al inicio del estudio, se identificó una lesión de psoriasis, donde la severidad del eritema, el grosor y las escamas fueron evaluadas a lo largo de todo el estudio. A su vez, el sujeto reportó su percepción sobre la mejoría de su sintomatología a través del Patient Global Assessment (PGA), la disminución del picor a través del Visual Analogue Scale (VAS) y un cuestionario sobre la eficacia del producto. Estas evaluaciones fueron realizadas el día 0 (D0), día 28 (D28) y día 84 (D84).

**Resultados:** El estudio demostró una mejora estadísticamente significativa del aspecto de la piel caracterizado por una disminución del PASI score (p<0.01) a D28 (-23%) y D84 (-28%) y del BSA (p<0.05) a D84 (-17%), y se consideró que el 87% de los sujetos tuvo algún tipo de mejoría del IGIS score a D28. Se observó una disminución del eritema, el grosor y las escamas de la lesión a D28, que seguía mejorando a D84 (Ver tabla). Un 88% y 87% de los sujetos manifestaron una disminución del prurito y una mejoría de su sintomatología psoriásica a D28, respectivamente. No ocurrieron eventos adversos graves durante el estudio.

**Conclusión:** La loción ha demostrado mejorar el aspecto de la piel de los sujetos con psoriasis en placas leve-moderada después de 28 días de uso y que se mantiene 3 meses después.

**Tabla:** Variación de la severidad de los signos de la lesión seleccionada

Parámetro / % variación	D28 vs. D0 (p-value)	D84 vs. D0 (p-value)
Eritema	-17% (p<0.05)	-25% (N.S.)
Grosor	-39% (p<0.05)	-47% (p<0.05)
Descamación	-47% (p<0.05)	-47% (p<0.05)

N.S.= no significativo; D: Día

**PO-374** BIMEKIZUMAB MÁS ALLÁ DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PSORIASIS: REDUCCIÓN DE LOS MARCADORES DE INFLAMACIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Cristina Albanell Fernández(1), Lucía Martínez Casimiro(1), Lorena Vila Cobreros(2), Arantxa Torrijos Aguilar(2), Miguel Mansilla Polo(3), Antonio Sahuquillo Torralba(3), Conrad Pujol Marco(3), Encarnación Montesinos Villaescusa(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (2)Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España y (3)Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España.

**Antecedentes y objetivos:** Bimekizumab es el primer inhibidor de IL-17 A y F aprobado para el tratamiento de la psoriasis. Bimekizumab ha demostrado ser altamente rápido, eficaz y persistente en el aclaramiento de la piel. Sin embargo, la evidencia sobre sus efectos en marcadores inflamatorios es limitada. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de bimekizumab en nuestra serie de pacientes con psoriasis y analizar su efecto en los marcadores de inflamación y riesgo cardiovascular recogidos en condiciones de práctica clínica habitual.

**Materiales y Métodos:** Presentamos un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con bimekizumab en condiciones de práctica clínica habitual. Se recogieron las características demográficas y clínicas a nivel basal, la evolución de la respuesta PASI en las semanas 4 y 12, los acontecimientos adversos reportados, y se analizaron los marcadores de inflamación y riesgo cardiovascular recogidos en las analíticas rutinarias.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 20 pacientes, 55% hombres, con una edad promedio de 52,85 (±13,88) años y un IMC de 29,23 (±7,00) kg/m<sup>2</sup>. El PASI basal promedio fue de 11,33 (±9,43), BSA 12,92 (±14,30) y DLQI 12,91 (±4,68). En la semana 4, después de una sola dosis de bimekizumab, PASI promedio fue de 2,96 (±3,47), BSA 2,35 (±4,59) y DLQI 2,00 (±2,00), y en la semana 12-16 PASI 0,55 (±1,81), BSA 0 y DLQI 0. Bimekizumab fue bien tolerado y no se identificaron nuevas alertas de seguridad.

El tratamiento con bimekizumab se asoció una reducción de marcadores de inflamación y riesgo cardiovascular. La proteína C reactiva (PCR), la velocidad de sedimentación globular (VSG), el índice aterogénico PCR/HDL y el marcador de inflamación monocito/HDL se redujeron de forma estadísticamente significativa en semana 12 respecto al basal (p<0,05).

**Conclusiones:** La efectividad de bimekizumab observada en nuestra cohorte de pacientes confirma la reportada en los ensayos clínicos, sin evidenciar nuevas alertas de seguridad. Bimekizumab emerge como una alternativa altamente eficaz y rápida, tanto en el blanqueamiento cutáneo como en la normalización de marcadores de inflamación sistémica y riesgo cardiovascular. Estos resultados sugieren un posible papel protector de bimekizumab en la prevención de comorbilidades asociadas a la inflamación sistémica.

PO-375

**BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR**

Inmaculada Balaguer Franch(1), Raquel Carrascosa de Lome(1), M<sup>a</sup> Ángeles Martín Díaz(1), Catiana Silvente San Nicasio(1), Kevin Díez Madueño(1), José Luis Galán Sánchez(1), Diana Velázquez Tarjuelo(1) y Pablo de la Cueva Dobao(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1/κ con 2 regiones de unión de antígeno idénticas que se une selectivamente y con alta afinidad a las citocinas IL-17A, IL-17F e IL-17AF, impidiendo así su unión a los complejos receptores IL17RA/RC y IL17RC/RC. Está autorizado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, de la artritis psoriásica (APS), de la espondiloartritis axial no radiográfica y de la espondilitis anquilosante, en adultos. Presentamos los datos iniciales de los seis de 23 pacientes de nuestro centro en tratamiento con bimekizumab que tenían APS concomitante, con un seguimiento de hasta 6 meses.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con psoriasis en placas moderada a grave tratados con bimekizumab en condiciones de práctica real que presentaban APS concomitante. Se recogieron las características demográficas y clínicas basales y se analizó la respuesta clínica mediante el PASI y la calidad de vida (DLQI), a semana 12-16 y con un seguimiento medio de 6 meses.

**Resultados:** Serie de seis pacientes, cuatro de ellos mujeres, con edades comprendidas entre 34 a los 62 años y con diagnóstico de artropatía psoriásica de predominio periférico. Todos ellos habían seguido tratamientos previos con fototerapia, sistémicos clásicos, apremilast y/o biológicos (anti IL-12/23, IL-23 e IL-17), sin control completo de la enfermedad. Previo inicio de bimekizumab, presentaban un PASI medio de 6,76. Tras un seguimiento de unos 6 meses, tanto el PASI como el DLQI se redujeron en todos los pacientes, y tres de ellos se encontraban con un buen control articular a criterio del reumatólogo. Otros dos precisaron combinar metotrexate y leflunomida, respectivamente, para alcanzar dicho control. En el paciente restante, se le suspendió bimekizumab por un efecto adverso no claramente relacionado (reacción edematosa en miembros inferiores).

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro centro reproducen los datos vistos en los ensayos clínicos de psoriasis y artritis psoriásica con bimekizumab. La inhibición dual y selectiva de las citocinas proinflamatorias IL-17A y F resulta en una mejora de la inflamación cutánea y articular y, por tanto, en la mejoría de los síntomas clínicos relacionados con la psoriasis y la APS, con un buen perfil de seguridad, en nuestra experiencia de práctica clínica.

PO-376

**EVALUACIÓN DE LA INVERSIÓN EN MEDICAMENTOS INNOVADORES EN ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA: PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA**

Daniel Callejo Velasco(1) y Jordi Domínguez Sanz(1) de (1)HEOR-RWES. IQVIA, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La financiación de fármacos innovadores en patologías que carecían de tratamientos con indicación autorizada previamente supone un beneficio en la salud de los pacientes candidatos a tratamiento, al tiempo que aumenta el presupuesto farmacológico de atención a estos pacientes. El objetivo del proyecto es evaluar el gasto farmacéutico asociado a la atención de pacientes con psoriasis y dermatitis atópica (DA) destinado a fármacos innovadores.

**Métodos:** Se han seleccionado los fármacos innovadores (biológicos: anti-TNF, inhibidores JAK y anticuerpos monoclonales humanizados), financiados en España desde 1999 para psoriasis y desde 2020 para DA. Utilizando las fuentes información de IQVIA AIB y EMH se ha estimado el consumo asociado con estos fármacos en los últimos años. La información de IQVIA se estima a Precio de Venta de Laboratorio notificado. Se ha realizado el ajuste en el gasto utilizando la información de gasto farmacéutico hospitalario público entre el año 2020 y el 2022.

**Resultados:** En España la prevalencia de psoriasis se ha estimado en torno al 2,7% de la población y la prevalencia de DA grave en torno al 0,1%. Entre mayo de 2022 y abril de 2023 se ha estimado que la inversión en fármacos innovadores hospitalarios para la atención en psoriasis ascendió a 385,6 millones de euros, y para la atención en DA a 44,3 millones de euros. En psoriasis los fármacos anti-TNF (infliximab, etanercept y adalimumab), primera generación de los fármacos innovadores analizados, la inversión durante el periodo mencionado fue 105,0 millones de euros, lo que suponía un 27,2% sobre el total de gasto en psoriasis. Durante el año 2020, primer año tras la financiación de dupilumab, el primer fármaco innovador analizado para DA, se ha estimado que la inversión del sistema de salud en esta terapia fue 8,0 millones de euros.

**Conclusiones:** La aparición de nuevas alternativas terapéuticas en enfermedades dermatológicas que no disponían previamente de medicamentos con estas indicaciones implica beneficios en la salud de los pacientes candidatos, acompañados de un nivel de inversión necesario a realizar por el sistema de salud, que está relacionado con la prevalencia de la patología.

PO-377

**EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

María del Mar Cordellat Martínez(1), José Antonio Pujol Montcusí(1), Nerea Mohino Farré(1), José David Cánovas Martínez(1), Cristina Angulo Martínez(1), Clara Martín Callizo(1), Laia Pastor Jané(1), Ángela Ruíz Dámaso(1) y Miquel Just Sarobé(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España.

**Antecedentes y objetivos:** Bimekizumab es el primer inhibidor dual selectivo de IL-17 A y F aprobado para el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriásica y espondiloartritis axial. Bimekizumab ha demostrado eficacia y seguridad tanto en el tratamiento de la psoriasis, demostrando superioridad a la inhibición de IL-17 A únicamente, y en artritis psoriásica, tanto a nivel periférico como axial. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de bimekizumab en nuestros pacientes con enfermedad psoriásica.

**Materiales y Métodos:** Presentamos un estudio observacional retrospectivo monocéntrico en pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con bimekizumab en condiciones de práctica clínica habitual. Se recogieron las características demográficas y clínicas a nivel basal y se analizó la respuesta PASI en las semanas 4 y 12-16, así como los efectos adversos reportados.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13 pacientes, 69% hombres, con una edad promedio de 52,9 ( $\pm$  13,4) años y un IMC de 29,0 ( $\pm$  6,6) kg/m<sup>2</sup>. El 39% presentaban artritis psoriásica concomitante. A nivel basal, el PASI promedio fue de 11,8 ( $\pm$  7,2), BSA 10,3 ( $\pm$  9,0) y DLQI 21,3 ( $\pm$  2,2). En la semana 4, después de una sola dosis de bimekizumab, el PASI promedio se redujo a 2,4 ( $\pm$  1,5) y en semana 12-16 a 1,0 ( $\pm$  1,4). El aclaramiento de la piel se alcanzó independientemente de las características del paciente o la localización de la psoriasis. Los pacientes con artritis psoriásica concomitante experimentaron mejorías rápidas y clínicamente relevantes ya desde la primera dosis. Bimekizumab fue bien tolerado y no se reportaron efectos adversos.

**Conclusiones:** La efectividad de bimekizumab observada en nuestros pacientes confirma e incluso supera la reportada en los ensayos clínicos, sin nuevas alertas de seguridad. La rapidez en el tratamiento es crucial especialmente cuando la psoriasis tiene un alto impacto en la calidad de vida, y en caso de afectación articular, donde hay riesgo de progresión estructural. Destacamos la rapidez de acción de bimekizumab, tanto a nivel cutáneo como articular. Bimekizumab se presenta como una alternativa terapéutica altamente efectiva, brindando mejoras rápidas y clínicamente relevantes que reducen significativamente el impacto de la enfermedad psoriásica en la calidad de vida de los pacientes.

### PO-378 SÚPER RESPONDEDORES A BRODALUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Cotarelo Hernández(1), Elena Martínez Lorenzo(1), Cristina Romera de Blas(1), Natalia Aranda Sánchez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), María José Carrera Hernández(1), Juan José Amorós Oliva(1), Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1), Paula Blázquez Pérez(1), Lidia Carbonero Jiménez(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

Brodalumab es un anticuerpo monoclonal recombinante totalmente humano IgG2 que se une con gran afinidad al receptor de la interleucina 17 (IL-17RA) bloqueando su actividad. El término súper respondedor (SR) se ha utilizado para definir pacientes tratados con inhibidores de la IL23 con respuestas rápidas, completas y mantenidas. Sin embargo, en IL17 se ha hablado menos de este concepto.

El objetivo de nuestro estudio es definir las características demográficas y basales de los pacientes SR a Brodalumab en un centro.

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con 15 pacientes de un centro de Castilla La Mancha tratados con Brodalumab. Se define SR aquellos que alcanzan PASI 0 en semana 16 y lo mantienen hasta al menos semana 52. En nuestra serie, 11 (73,3%) pacientes fueron SR y 4 (26,7%) fueron no SR.

Los SR a Brodalumab, frente a los no SR, presentaban una menor edad (45,8 vs 62,25) y menor IMC medio (28,8 vs 30). Sin embargo, presentaban más comorbilidades como artritis psoriásica (45,5% vs 25%) y enfermedad cardiovascular (29% vs 25%).

Los pacientes SR presentaban más años de evolución de su psoriasis respecto a los no SR (21,9 vs 15,75), con mayor frecuencia de afectación de localizaciones especiales (63,6% vs 50%), destacando que un 27% de ellos presentaban psoriasis pustulosa. Por otro lado, los SR de nuestra serie también presentaban un PASI basal medio mayor (10,2 vs 5,2) y un BSA basal medio mayor (10,2 vs 5,2).

Respecto a los tratamientos previos a Brodalumab, en el grupo de SR existía un menor número de tratamientos sistémicos previos (1,5 vs 2,25) y menor número de biológicos previos (1 vs 1,25), siendo dos pacientes naïve. Sin embargo, en el grupo de no SR, pese a no alcanzar un PASI 0 en semana 16, todos ellos alcanzan PASI 0 en semana 52 y lo mantienen.

De esta forma, este grupo de pacientes no alcanzan la súper respuesta inicial pero sí una respuesta a largo plazo y mantenida en el tiempo, sin pérdida de efectividad con el tiempo, característica importante a tener en cuenta en una enfermedad crónica como la psoriasis.

Como conclusión, presentamos una serie de SR a Brodalumab en práctica clínica real, definiendo las características epidemiológicas predictoras de súper respuesta observadas, con muy buena respuesta mantenida a largo plazo observada en ambos grupos, característica a destacar respecto a otros antiIL17.

### PO-379 BIENESTAR DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TILDRAKIZUMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS PRELIMINARES A SEMANA 52 DEL ESTUDIO DE FASE IV POSITIVE

Esteban Daudén Tello(1), Ulrich Mrowietz(2), Rachel Sommer(3), Ziad Reguiai(4), Sascha Gerdes(5), Wolfgang Weger(6), Julia-Tatjana Maul(7), Philip Laws(8), Luigi Naldi(9), Pierre-Dominique Ghislain(10), Elke de Jong(11), Sicily Mburu(12), Volker Koscielny(13), Eric Massana(13), Ismail Kasujee(13) y Matthias Augustin(3) de (1)Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP), Madrid - España, (2)Psoriasis-Center, Department of Dermatology, University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania, (3)Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing (IVDP), University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburgo (Hamburg) - Alemania, (4)Dermatology Department, Polyclinic Courlancy, Reims (Champagne-Ardenne) - Francia, (5)Center for Inflammatory Skin Diseases, Department of Dermatology, Venereology and Allergology, University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel (Schleswig-Holstein) - Alemania, (6)Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Graz, Graz (Steiermark) - Austria, (7)Department of Dermatology, University Hospital Zurich; Faculty of Medicine, University of Zurich, Zurich - Suiza, (8)Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds - Reino Unido, (9)Division of Dermatology, San Bortolo Hospital, Vicenza (Veneto) - Italia, (10)Department of Dermatology, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, Bruselas (Brussels Hoofdstedelijk Gewest) - Bélgica, (11)Department of Dermatology, Radboud University Medical Center (Radboudumc), Nijmegen (Gelderland) - Holanda, (12)International Federation of Psoriasis Associations, Stockholm (Stockholms Lan) - Suecia y (13)Almirall GMA, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La psoriasis afecta profundamente el aspecto social, emocional, funcional y físico de los pacientes, repercutiendo en su bienestar general. Tildrakizumab es un inhibidor de la IL-23p19 indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave. El objetivo fue evaluar la efectividad de tildrakizumab en el bienestar general y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave del estudio POSITIVE.

**Métodos:** POSITIVE es un estudio observacional multinacional fase IV, de 24 meses de duración en pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave tratados según práctica clínica con tildrakizumab. El bienestar se evaluó mediante el Índice de Bienestar General-5 de la OMS (WHO-5; rango 0-100, 100=bienestar máximo). El instrumento de CVRS fue el Índice de Calidad de Vida en Dermatología-Relevante

(DLQI-R). La satisfacción con el tratamiento se evaluó mediante el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento para Medicamentos (TSQM-9). Presentamos datos preliminares a semana (S) 52 mediante análisis de casos observados.

**Resultados:** Se incluyeron 400 pacientes (63,3% hombres, edad media [ $\pm$ IC95%]: 46,5 $\pm$ 1,5 años). La puntuación media ( $\pm$ IC95%) de WHO-5 aumentó de 53,8 $\pm$ 2,3 en la visita basal a 66,0 $\pm$ 2,3 en la S28 y 65,7 $\pm$ 2,7 en la S52 ( $p < 0,0001$ , ambas). La media ( $\pm$ IC95%) del Índice del Área y la Gravedad de la Psoriasis (PASI) disminuyó de 13,1 $\pm$ 0,8 en la visita basal a 1,7 $\pm$ 0,3 en la S28 y 1,5 $\pm$ 0,3 en la S52 ( $p < 0,0001$ , ambas). El 85,8%/54,8% y el 88,4%/56,8% de los pacientes alcanzaron un PASI  $\leq 3/\leq 1$  a S28 y S52, respectivamente. La puntuación media ( $\pm$ IC95%) de DLQI-R disminuyó de 12,5 $\pm$ 0,8 en la visita basal a 3,3 $\pm$ 0,6 en la S28 y 3,1 $\pm$ 0,6 en la S52 ( $p < 0,0001$ , ambas). En la S52, las puntuaciones medias ( $\pm$ IC95%) en los dominios del TSQM-9 fueron 77,4 $\pm$ 3,2 para efectividad, 81,5 $\pm$ 2,6 para conveniencia y 81,1 $\pm$ 2,6 para satisfacción global. En el momento de este análisis, el 19,8% de los pacientes tenía  $\geq 1$  acontecimiento adverso (AA). Solo 2 pacientes discontinuaron por AA.

**Conclusiones:** Tildrakizumab mejoró significativamente el bienestar de los pacientes, así como el PASI y la CVRS, con altas tasas de satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave después de 28 semanas, manteniéndose la mejoría hasta la S52.

**PO-380 BIMEKIZUMAB EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA: REPORTE DE UN CASO DE ÉXITO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

Liz Durán Gavilanes(1), Anna Isabel Lázaro Simó(1) y Francisco Javier Ferrando Roqueta(1) de (1)Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa (Tarragona) - España

Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal IgG1, es el primer inhibidor dual y selectivo de las interleucinas (IL)-17 A e IL-17 F aprobado para el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriásica y espondiloartritis axial. Debido a la reciente aprobación de bimekizumab por las agencias reguladoras, la evidencia en la práctica clínica real es limitada.

Presentamos un caso de una paciente de 36 años, IMC 24,7 kg/m<sup>2</sup> con psoriasis grave y artritis psoriásica concomitante. La paciente debutó con psoriasis a los 16 años y había recibido previamente tratamiento metotrexato, adalimumab y etanercept. A nivel basal, la paciente presentaba placas en glúteos, brazos, espalda, pecho y abdomen, con afectación ungueal, y refería dolor matutino en hombros. PASI 21,4, BSA 26%, DLQI 4. Al mes de tratamiento con bimekizumab, después de una sola dosis, la paciente alcanzó el blanqueamiento casi completo de la piel, hipopigmentación residual era el único signo restante. La mejoría también se hizo evidente a nivel ungueal, y resolvieron sus dolores articulares. PASI 1, BSA 1%, DLQI 1. Sin acontecimientos adversos reportados.

Nuestro caso respalda la eficacia de bimekizumab en el tratamiento de la psoriasis y artritis psoriásica, tal como se ha demostrado en ensayos clínicos. La rapidez en el tratamiento es crucial especialmente cuando la psoriasis afecta localizaciones especiales o visibles, y en artritis psoriásica, donde hay riesgo de progresión estructural. Destacamos la rapidez de acción de bimekizumab, tanto a nivel cutáneo como articular, incluyendo la resolución de la psoriasis ungueal. Bimekizumab se presenta como una opción terapéutica efectiva, brindando mejoras rápidas y clínicamente relevantes que reducen significativamente el impacto de la enfermedad psoriásica en la calidad de vida de los pacientes.

**PO-381 BIMEKIZUMAB EN PRACTICA CLÍNICA HABITUAL: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Rosa Fornons Servent(1), Ricardo Ruiz Villaverde(2), Esteban Daudén Tello(3), Jorge Magdaleno Tapial(4), Manuel Pastor Velasco(5), Sergio Santos Alarcón(6), Luca Schneller-Pavelescu Apetrei(7), Anna López Ferrer(8), Raquel Rivera Díaz(9), Elena del Alcázar-Valldomiu(10), Antonio Martorell Calatayud(11), Almudena Mateu Puchades(12), José Antonio Pujol Montcusí(13), Mariano Ara Martín(14), José Luis López Estebaranz(15), Salvador Arias Santiago(16), Laura Mahiques Santos(17), Lucía Martínez Casimiro(18), María del Mar Llamas Velasco(3), Mercedes Hospital Gil(19), Miguel Mansilla Polo(20), Isabel Belinchón Romero(21), José Manuel Fernández Armenteros(22), Francisco Javier Melgosa Ramos(23), Carlos Muñoz Santos(24), Álvaro González Cantero(25), Francisco Javier Mataix Díaz(26), Anna Agustí Mejías(27), Javier García Latasa(28) y Jaime Notario Rosa(1) de (1)Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (2) Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España, (3)Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (4)Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España, (5)Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, (6)Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España, (7)Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante) - España, (8)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (9)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (10)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (11)Hospital de Manises, Valencia - España, (12)Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia - España, (13) Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España, (14)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España, (15)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (16)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (17)Hospital Universitario de La Plana, Villarreal (Castellón) - España, (18)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (19)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (20)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (21)Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España, (22)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (23)Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España, (24)Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona) - España, (25)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (26)Hospital Marina Baixa, Alicante - España, (27)Hospital General de Ontinyent, Ontinyent (Valencia) - España y (28)Hospital Royo Villanova, Zaragoza - España.

**Antecedentes y objetivos:** Bimekizumab (BMK) es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado, que inhibe las isoformas A y F de la interleucina-17. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de efectividad y seguridad de BMK en pacientes con psoriasis (PsO) moderada-grave en el corto plazo en práctica clínica.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico en pacientes con PsO tratados con BMK en práctica clínica hasta noviembre de 2023, con un seguimiento mínimo de 12 semanas. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades y terapias previas. La medida de la respuesta clínica se realizó utilizando datos observados mediante PASI, BSA y DLQI.

**Resultados:** Se incluyeron 205 pacientes. Los datos de seguridad se analizan para el total de pacientes y los de efectividad para aquellos con PsO en placas (n:115; 31,30% mujeres, edad media 51,86 años, índice de masa corporal (IMC) medio 28,84; IMC>30 35,65%). La prevalencia de diabetes, dislipemia e hipertensión arterial fueron del 14,78%, 31,30% y 28,70% respectivamente. Un 26,09% presentaban artritis psoriásica. La duración media de la enfermedad fue 17,70 años. Un 78,26% habían realizado tratamiento sistémico convencional previo y un 20,87% eran naive a biológicos. El PASI medio al inicio del tratamiento (n:115), a semana 4 (n:93) y a semana 12-16 (n:113) fueron respectivamente de 12,55, 1,42 y 0,57. El BSA medio al inicio del tratamiento (n:104) y a semana 12-16 (n:88) fue de 17,02 y 1,24 respectivamente, y los valores de DLQI en los mismos puntos de evaluación fueron 11,34 (n:93) y 0,93 (n:81). El tratamiento se suspendió en 14 pacientes (6,83%), 9 por falta/pérdida de

respuesta, 3 por acontecimiento adverso (2 candidiasis mucosas, 1 reacción local) y 2 por pérdida de control. El acontecimiento adverso más frecuente fue la aparición de candidiasis mucocutánea en el 8,78% de pacientes (18/205).

**Conclusiones:** Bimekizumab, en concordancia con los datos de los ensayos clínicos, se muestra como un tratamiento altamente efectivo y con un buen perfil de seguridad para el tratamiento de pacientes con psoriasis en placas.

### PO-382 ESPESOLIMAB EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON DERMATOSIS PUSTULAR SUBCÓRNEA

Reyes Gamo Villegas(1), Fernando Pinedo Moraleda(1), Gemma María Jumilla Martínez(1), Sara de Benito Mendieta(1), Alejandra Méndez Valdés(1), Elena Naz Villalba(1), Henar Sanz Robles(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La enfermedad de Sneddon-Wilkinson (ESW) es una erupción pustulosa rara, crónica y recurrente, de etiología desconocida caracterizada por pústulas subcórneas en la histología. Puede ser muy difícil de distinguir de la psoriasis pustulosa generalizada y la pustulosis exantemática generalizada aguda. Parecen ser trastornos estrechamente relacionados. Espesolimab es un anticuerpo monoclonal de inmunoglobulina G1 (IgG1) humanizado que bloquea la señalización del receptor de la IL36 (IL36R) humano. Es el primer fármaco con indicación de los brotes en pacientes adultos con psoriasis pustulosa generalizada.

**Caso clínico:** Paciente de 81 años con hipertensión, dislipemia, diabetes y gammapatía monoclonal de significado incierto IgA kappa en seguimiento por una pustulosis subcórnea confirmada histológicamente. Había realizado previamente tratamiento con sulfona que tuvo que suspender por mala tolerancia, ciclos de corticoides orales con respuesta y reaparición de lesiones al suspenderlos. No respondió al tratamiento con UVB de banda estrecha, colchicina, dolquine, apremilast, metotrexate y pentoxifilina. Presentaba cifras de triglicéridos por encima de 700 mg/dl por lo que no había recibido tratamiento con acitretino. Consultó por un brote de pústulas generalizadas asociadas a prurito intenso. Se pautó tratamiento con corticoides en pauta descendente y recibió una infusión de Espesolimab 900 mg IV durante 90 minutos. A la semana de la infusión y a pesar del descenso de corticoides orales, desaparecieron la mayor parte de las lesiones. Un mes y medio más tarde presentó un rebrote generalizado de las lesiones a pesar de tratamiento con sulfona tópica.

**Discusión:** Presentamos un caso de un paciente con ESW con un brote extenso de lesiones que fue tratado con Espesolimab con aclaramiento de las lesiones a la semana de la infusión. Se requieren más estudios que avalen su uso en esta entidad ya que su cronicidad requiere fármacos que la controlen a largo plazo.

### PO-383 PSORIASIS PLANTAR IMITANDO TINEA PEDIS: CLAVES CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Paloma García Piqueras(1), Elisa Hernández de la Torre Ruiz(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Marta Bergón Sendín(1) y Ana Pulido Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** Cuando afectan la piel plantar, la psoriasis y la tiña pedis pueden ser diagnosticadas erróneamente. Presentamos un caso de psoriasis plantar que imita una tiña pedis y recordamos algunas claves clínicas que ayudan en su diagnóstico diferencial.

**Caso clínico:** Hombre de 31 años con antecedentes familiares de psoriasis acudió a urgencias de dermatología con una historia de 4 meses de placas eritematodescamativas anulares bien delimitadas y pruriginosas en ambos pies. Inicialmente diagnosticado erróneamente como tiña pedis, recibió tratamiento con antifúngicos orales y tópicos sin respuesta. El cultivo de hongos fue negativo. Una biopsia cutánea confirmó la sospecha clínica de psoriasis.

**Discusión:** Tanto la psoriasis como la tiña pedis son dos dermatosis comunes. A pesar de su diferente etiología, cuando se localizan en las plantas de los pies, a veces pueden diagnosticarse erróneamente debido a sus similitudes clínicas. Ambas entidades pueden manifestarse clínicamente con placas eritematodescamativas de bordes bien definidos, pueden ser pruriginosas y pueden presentar pústulas en superficie. Existen, no obstante, algunas claves clínicas cuando la afectación es plantar, que ayudan en el diagnóstico diferencial antes de recurrir a pruebas más específicas como cultivos o biopsias. En nuestro paciente, la ausencia de onicomiosis con una afectación tan extensa de la piel circundante reduce la probabilidad de infección fúngica. Además, la afectación de los arcos plantares sin afectar el resto de la superficie plantar (mucho más rica en queratina) va en contra de la dermatofitosis. La extensión bilateral, simétrica y transgrediens sugiere un proceso inflamatorio en lugar de uno infeccioso. Se pueden observar algunas pápulas amarillo-naranja que sugieren pústulas residuales (no limitadas al borde periférico), guiando hacia el diagnóstico de psoriasis pustulosa plantar.

Finalmente, la evolución clínica, la falta de respuesta a antifúngicos orales y los antecedentes familiares de psoriasis también son claves a favor del diagnóstico de psoriasis. Aunque las dos entidades se asemejan, los dermatólogos debemos ir más allá de la imagen general y prestar atención a los detalles clínicos, que a menudo establecen las bases para un diagnóstico clínico adecuado.

### PO-385 EVIDENCIAS DE RESTAURACIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRAS TRATAMIENTO CON GUSELKUMAB

Álvaro González Cantero(1), Elia Moreno Cubero(2), Manuel Cuervas-Mons Cantón(2) y Cynthia Novella Rubio(2) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (2)Departamento Médico. Johnson and Johnson, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** Esta revisión narrativa tiene como objetivo resumir las investigaciones más recientes sobre los efectos inmunes de guselkumab en pacientes con psoriasis.

**Métodos:** Revisión narrativa de las evidencias de restauración inmunológica en pacientes con psoriasis tratados con guselkumab.

**Resultados:** En la piel lesional existe un infiltrado inflamatorio con alta producción de IL-23 e IL-17. Las células mieloides contribuyen a la diferenciación y activación de células T17 a través de la secreción de IL-23. Las células Th17, Tc17 y TRM activadas secretan citoquinas efectoras

pro-inflamatorias, manteniendo la activación de las células T y los queratinocitos. Actualmente, se considera que las células TRM son las principales responsables de la recidiva de la enfermedad. Tras el tratamiento satisfactorio con inhibidores de citoquinas efectoras versus guselkumab, existen diferencias en la composición de células inmunes, el bloqueo de citoquinas efectoras no es suficiente para controlar la población TRM ni para frenar la pérdida de Treg, mientras que con guselkumab se consiguió reducir la población TRM, manteniéndose la población Treg. En pacientes de corta evolución, tras una administración de guselkumab se consiguió llegar a niveles de TRM de piel no lesional. Además de las diferencias entre fármacos frente a diferentes dianas, también existen diferencias entre varios anticuerpos dirigidos a p19IL23 en eficacia clínica y persistencia. Estas diferencias intra-clase podrían explicarse en base a los diferentes atributos moleculares de los distintos anticuerpos. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano dirigido contra p19IL23, que se une a IL-23 con gran afinidad y potencia. Además, Tiene una región Fc nativa con capacidad de unirse al receptor CD64 expresado en células mieloides, que se encuentran enriquecidas en la lesión, y que son la fuente principal de IL-23 de manera local.

**Conclusiones:** Guselkumab, con un conjunto de características moleculares únicas, podría tener un efecto profundo en la inmunopatogenia de la psoriasis.

PO-386

### OMALIZUMAB Y ADALIMUMAB: UNA COMBINACIÓN SEGURA Y EFICAZ EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y PSORIASIS

Sonia Heras González(1), Lucía Carnero González(2), Itziar Arrue Michelena(2), Vanesa Fatsini Blanch(2), Amaia Sáenz Aguirre(2), Javier Gimeno Castillo(2) y Ricardo González Pérez(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España y (2)Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

Presentamos dos casos de tratamiento concomitante con adalimumab para la psoriasis y omalizumab para la urticaria crónica espontánea (UCE).

**Caso Clínico 1:** Varón de 57 años en tratamiento con adalimumab 40 mg cada dos semanas por artiritis psoriásica. En 2018, ante UCE que no remitía a pesar de antihistamínico, se inició tratamiento con omalizumab 300 mg cada 4 semanas. Permanece con este tratamiento en la actualidad, manteniendo un PASI 0 y sin lesiones de urticaria crónica.

**Caso Clínico 2:** Varón de 53 años que consulta por brotes ocasionales de habones asociados a angioedema desde hace 2 años. Tras fallo a tratamiento con antihistamínicos se inicia tratamiento con omalizumab 300 mg cada 4 semana. Además, el paciente presenta placas de psoriasis extensas resistentes a tratamiento tópico, por lo que se inicia tratamiento con adalimumab 40 mg cada 2 semanas. Ante la mejoría, se decide espaciar tratamiento con Omalizumab permaneciendo asintomático, por lo que se suspende el fármaco. Dos años después de la discontinuación del tratamiento, el paciente persiste asintomático y mantiene un PASI 0 habiendo espaciado el Adalimumab a cada 6 semanas.

**Discusión:** Se denomina urticaria crónica espontánea a la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible. La patogenia no está clara y se ha asociado con múltiples enfermedades inflamatorias crónicas, entre ellas, la psoriasis.

Omalizumab, anticuerpo monoclonal recombinado frente a inmunoglobulina E, está indicado en pacientes con UCE y síntomas resistentes al tratamiento con antihistamínicos. Existen muy pocos casos en la literatura de combinaciones con otros fármacos biológicos.

En los dos casos reportados, observamos que el tratamiento con omalizumab para la UCE en combinación adalimumab para la psoriasis fue efectivo, bien tolerado y no presentó problemas de seguridad.

PO-387

### USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Miquel Just-Sarobé(1), Nerea Mohino-Farré(1), Samantha Rodríguez-Muguruza(2), Laia Pastor-Jané(1), Clara Martín-Callizo(1), José Antonio Pujol-Montcusí(1), María del Mar Cordellat Martínez(1), José David Cánovas-García(1), Margarita Menacho-Viladot(3), Gemma Valldosera-Gomis(3) y Ramón Fontova-Garofé(2) de (1) Dermatología, (2)Reumatología y (3)Digestivo. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España.

**Introducción:** El conocimiento y manejo de la anticoncepción en pacientes con enfermedades crónicas inflamatorias inmunomediadas (ECII) es de gran importancia por el riesgo teratogénico de algunos de sus tratamientos.

**Objetivos. Determinar:**

1. La relación entre la teratogenicidad de los fármacos empleados en ECII y la eficacia de los métodos anticonceptivos (MAC) usados por las pacientes.
2. La prevalencia del uso de MAC en mujeres en edad fértil que padecen ECII.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional transversal en el Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Se incluyeron mujeres entre 18-50 años diagnosticadas de ECII (psoriasis, artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa).

El tratamiento para la ECII se clasificó en función del riesgo teratogénico (Clasificación de la FDA): clases A y B (seguros), clase C (evitar si existe alternativa), clases D y X (potencialmente teratogénicos). Los MAC se clasificaron según su eficacia (Clasificación de la OMS) en altamente eficaces, moderadamente e ineficaces. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Los tratamientos empleados en ECII se dicotomizaron en 2 categorías: bajo riesgo (A, B y C) y alto riesgo (D y X).

**Resultados:** Se incluyeron 59 mujeres con una edad media de 41,2 años. El 69,5% utilizaba algún MAC: 58,5% de eficacia moderada, 31,7% alta y 9,8% ineficaz.

En cuanto a los fármacos empleados en psoriasis-ECII, el 67,8% pertenecía al grupo de alto riesgo y el 31,2% al de bajo riesgo. El 37,5% de las que recibía un fármaco de alto riesgo, empleaba un MAC ineficaz o no lo utilizaba.

La relación entre los fármacos empleados en ECII y la eficacia de la anticoncepción no fue estadísticamente significativa (p valor 0,52).

**Conclusiones:** La frecuencia del uso de MAC en mujeres en edad fértil con ECII fue casi del 70%, en la mayoría de los casos de eficacia moderada o alta.

Aproximadamente el 40% de las pacientes con un fármaco de alto riesgo no utilizaba MAC o éste era ineficaz. Por otra parte, no se encontró una relación entre el riesgo teratogénico de los fármacos y la eficacia del MAC empleado. Es importante una adecuada gestión del riesgo teratogénico y del empleo de MAC de las pacientes con ECII en tratamiento médico.

PO-388

PERSISTENCIA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PSORIASIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Nuria Lamas Doménech(1), Olga Carrascosa Piquer(2), Alba Aguado Jodar(3), Clara Fernández Sartorio(1), José Herrerías Moreno(1), Sara Martín Sala(1), María Teresa Barrera Puigdollers(2) y Loida Galvany Rossell(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Farmacia y (3)Servicio de Epidemiología. Hospital Dos de Maig, Barcelona - España.

**Objetivo:** Analizar la persistencia de los tratamientos biológicos (TB) que se iniciaron entre 2018 y 2021 en pacientes diagnosticados de psoriasis en nuestro centro.

**Método:** Estudio unicéntrico observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con psoriasis que iniciaron TB desde enero 2018 a diciembre 2021, se siguieron hasta diciembre 2023.

Se registraron datos demográficos, IMC, lesiones en localizaciones especiales, línea de tratamiento, tipo de TB, variables de gravedad basales y a los 6, 12 y 24 meses, duración del tratamiento, suspensión del tratamiento y motivo de la misma.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, 58 pacientes iniciaron TB. La edad media fue 48 años, el 59% hombres. El 52% presentaron sobrepeso u obesidad. El 24% mostraron lesiones en localizaciones especiales.

Se iniciaron 76 TB, 45% en primera línea: 56% con anti-TNF y 44% con anti-IL. El 55% restantes se iniciaron líneas más avanzadas: 5% con anti-TNF y 95% con anti-IL.

Los TB iniciados en primera línea tuvieron una persistencia de 2,1 años de media: 1,8 con adalimumab (ADA), 1,1 con brodalumab (BRO), 1,3 con etanercept (ETN), 2,8 con ixekizumab (IXE), 4,1 con secukinumab (SECU) y 2,5 con ustekinumab (UST). Se suspendieron el 73%: de estos el 76% por pérdida de respuesta, 8% por falta de adherencia, 8% por decisión del paciente y el 8% por pérdida de seguimiento. Se suspendieron el 68% de los TB iniciados con antiTNF (10 ADA y 3 ETN) y el 80% de los iniciados con anti-IL (1 BRO, 2 IXE, 1 SECU y 8 UST).

Los TB iniciados en líneas más avanzadas tuvieron una persistencia media de 2,5 años: 1,5 con ADA, 1,6 con ETN, 2,7 con guselkumab (GUS), 2,6 con IXE, 2,5 con risankizumab, 1,6 con SECU, 2,4 con tildakizumab y 2,6 con UST. Se suspendió el 55%: 4% por comorbilidad asociada, 4% por falta de adherencia, 83% por pérdida de respuesta y 9% por pérdida de seguimiento. Se suspendieron el 100% de los TB con antiTNF y el 52% de los iniciados con anti-IL (3 con GUS, 10 con IXE, 2 con SECU y 6 con UST).

**Conclusión:** El tiempo de persistencia de TB fue de 2,3 años, siendo 2,1 años en primera línea y 2,5 años en líneas más avanzadas. El fármaco con mayor persistencia fue SECU en primera línea y GUS en líneas más avanzadas. Se han ampliado las opciones terapéuticas y se necesita profundizar en el conocimiento de las mismas para ayudar en el proceso de toma de decisiones.

PO-389

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE, SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON EL USO DE UNA CREMA DE CALCIPOTRIOL Y DIPROPIONATO DE BETAMETASONA BASADA EN LA TECNOLOGÍA PAD PARA LA PSORIASIS EN PLACAS EN CONDICIONES DE VIDA REAL

José Luis López Estebarez(1), Hjalmar Kurzen(2), Marta Menéndez(1), Giulia Greta Dradi(1) y Jordi Galván(3) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid - España, (2)Universidad Técnica de Munich, Clínica y Policlínica de Dermatología y Alergología en Biederstein, Munich (Baden-Wberg Bayern) - Alemania y (3)Global Medical Affairs, Almirall SA, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** La psoriasis afecta negativamente la calidad de vida (CdV) de los pacientes. Los agentes tópicos tratan con éxito al 70-80% de los pacientes con psoriasis leve a moderada. Una crema acuosa de calcipotriol (CAL) y dipropionato de betametasona (BDP) basada en la tecnología PAD es una opción de primera línea para el tratamiento tópico de la psoriasis, con eficacia demostrada, alta comodidad, y seguridad y tolerabilidad favorables. Dado que la insatisfacción y la falta de adherencia son barreras importantes para el éxito de un tratamiento, el objetivo de este estudio fue evaluar la percepción por parte del paciente, así como su satisfacción y adherencia al tratamiento con el uso de CAL/BDP PAD crema en un entorno de vida real.

**Métodos:** Entre Sep-Nov de 2023, se seleccionaron en España y Alemania pacientes con psoriasis que estaban usando (78%) o habían usado (en los últimos 3 meses) (33%) CAL/BDP PAD crema durante >2 semanas para participar en una encuesta online (cuestionario de 30 ítems).

**Resultados:** 129 pacientes con psoriasis completaron la encuesta (media 43 años; 66% mujeres; 20% con artritis psoriásica). Con una media de 12 años desde el diagnóstico, el 98% de los pacientes tenía la CdV afectada. La psoriasis afectaba de media el 11% de la superficie corporal de los pacientes, principalmente cuero cabelludo (64%) y codos (58%). El 47% de los pacientes se aplicó CAL/BDP PAD crema una vez al día. La duración media del tratamiento fue de 14 semanas. La mayoría de los pacientes (93%) mostraron satisfacción con CAL/BDP PAD crema, con una alta adherencia por parte del 66% de los mismos (Figura 1). Los tres factores principales para la elección de CAL/BDP PAD crema como

tratamiento fueron «fácil/cómoda de aplicar», «bien tolerada» y «no causa prurito ni quemazón». Además, el 91% de los pacientes prefirió CAL/BDP PAD crema en comparación con sus tratamientos tópicos previos. La mayoría la encontró más efectiva, más fácil de usar y con menos efectos secundarios (Figura 1).

**Conclusiones:** Los pacientes con psoriasis en placas tratados con CAL/BDP PAD crema muestran una alta satisfacción con el tratamiento y una buena adherencia. Destaca la comodidad/facilidad de uso, tolerabilidad, rápido inicio de acción y el impacto positivo en su aspecto y autoestima.

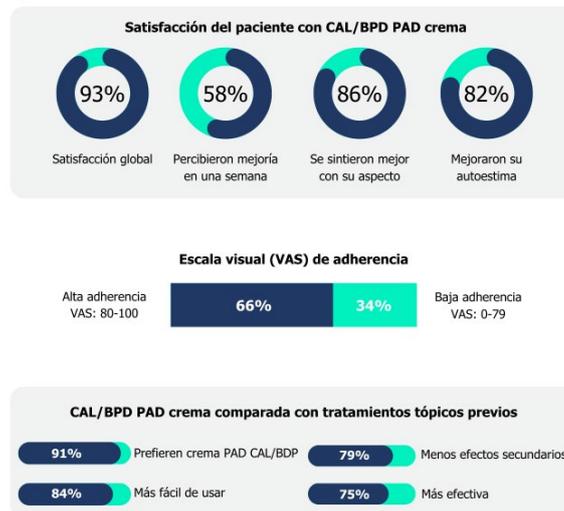


Figura 1. Impacto de CAL/BDP PAD crema en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento, y percepción del paciente con el uso de CAL/BDP PAD crema vs. tratamientos tópicos previos.

PO-390

EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON PSORIASIS. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 41 PACIENTES

Diego López Martínez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Marta Segado Sánchez(1), José Juan Parra García(1), Julia Román Gómez(1), María Castillo Landete(1), Ana López Mateos(1) y Esther García Martínez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La psoriasis es una enfermedad crónica que está aumentando su prevalencia en los últimos años, y con ello el abanico de tratamiento con terapias biológicas. Secukinumab es un inhibidor de la interleucina-17A, una citoquina proinflamatoria clave en la patogénesis de esta enfermedad. Este estudio tiene como objetivo profundizar en la eficacia y seguridad de secukinumab en práctica clínica real, evaluando resultados clínicos, efectos secundarios y calidad de vida.

**Método:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca en el Servicio de Dermatología. Se incluyó un total de 41 pacientes con psoriasis cutánea tratados con secukinumab desde enero 2016 hasta diciembre de 2023. Todos los pacientes eran mayores de 18 años con psoriasis cutánea moderada-grave y recibieron en ese periodo tratamiento con secukinumab, independientemente de la dosis. Los datos epidemiológicos y clínicos se obtuvieron mediante historial médico hospitalario. El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico IBM SPSS v28.0.1.

**Resultados:** La edad media fue de 52,10 ± 12,3, siendo un 78% varones y 22% mujeres. El tipo de psoriasis predominante fue la forma en placas con un 78%. La localización especial más frecuentemente afectada fue el cuero cabelludo con un 68,3%. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular el 46,3% tenían hipertensión, el 24,4% eran diabéticos y el 56,1% con alteraciones en el perfil lipídico. Casi dos tercios recibieron algún tratamiento previo con otro biológico y un tercio eran individuos "naive". Se alcanzó un PASI absoluto <3 a las 12 semanas en el 56,1% y un PASI absoluto de 0 en el 14,6%. Hubo diferencias significativas en el PASI absoluto alcanzado a las 12 semanas en pacientes naive respecto a los que recibieron tratamiento previo (73,3% vs 38,4%;  $\chi^2=0,031$ ). El 17,1% (n=7) discontinuó con el tratamiento. Hubo 3 fallos primarios, 1 caso de enfermedad inflamatoria intestinal, 1 caso de neoplasia y 2 fallecieron durante el periodo del estudio por otras causas.

**Conclusiones:** Secukinumab se presenta como una opción eficaz y segura en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Presentamos los datos obtenidos en práctica clínica real utilizando PASI absoluto ya que es la medida más recomendada y sencilla de usar en nuestra práctica diaria.

PO-391

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PSORIASIS: MÁS ALLÁ DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON BIMEKIZUMAB

Mercedes Hospital Gil(1), Marta Loro Pérez(1), María Blanca Madrid Alvarez(2) e Irene Castaño González(2) de (1)Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid - España y (2)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, asociada a un gran impacto negativo, tanto físico como emocional. La velocidad de respuesta a los tratamientos, identificada como una necesidad no cubierta, es relevante para los pacientes

debido a su relación con la eficacia y satisfacción con el tratamiento. Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1/k con 2 regiones de unión de antígeno que se une selectivamente y con alta afinidad a las citocinas IL-17A, IL-17F e IL-17AF. Está aprobado para su uso en psoriasis, donde ha demostrado una respuesta rápida y mantenida con mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo del estudio es analizar el posible efecto positivo que tiene en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis el tratamiento con un fármaco biológico con elevada rapidez de acción como el bimekizumab.

**Métodos:** Estudio observacional, bicéntrico, de cohortes, ambispectivo para evaluar la eficacia, rapidez de acción y calidad de vida en pacientes con psoriasis en placas moderada a grave tratados con bimekizumab en condiciones de práctica durante un período de 52 semanas y con al menos una visita de seguimiento en los centros participantes del estudio. Se excluyen pacientes cuyo diagnóstico principal no sea psoriasis en placas. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y diversos cuestionarios para medir el impacto emocional y psicológico de la enfermedad en los pacientes, que se registran por práctica habitual en los centros participantes.

**Resultados:** En el estudio participan 2 hospitales de diferentes zonas geográficas que forman parte de la red sanitaria pública y disponen, como peculiaridad, de un psicólogo que colabora con el servicio de Dermatología. Se estima una N de 20 pacientes.

**Conclusiones:** El estudio permite evaluar el cambio en el impacto psicológico y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis tras el tratamiento con bimekizumab, un fármaco que ha demostrado en ensayos clínicos una alta rapidez de acción. También permite establecer la posible relación entre la mejoría clínica y el estado emocional/psicológico de los pacientes, así como evaluar el mantenimiento de ambas respuestas al año de tratamiento con bimekizumab.

PO-392

EVALUACIÓN DE LA INHIBICIÓN DE IL-23 CON TILDRAKIZUMAB SOBRE LA RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA Y LA EXPRESIÓN CITOQUÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA Y GRAVE

Antonio Martínez López(1), Raquel Sanabria de la Torre(2), Manuel Sánchez Díaz(1), Carlos Cuenca Barrales(2), Luis Salvador Rodríguez(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (2)Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada), Granada - España.

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica en la que el efecto de la IL-23 sobre el desarrollo de las lesiones clínicas y las comorbilidades está ampliamente establecido. Tildrakizumab es un inhibidor monoclonal de la IL-23 que ha mostrado seguridad y eficacia en el manejo de los pacientes con psoriasis en placa grave. Sin embargo, hasta la fecha hay escasa evidencia sobre el perfil de seguridad en ciertas comorbilidades como la resistencia vascular periférica. Por otro lado, el conocimiento de los efectos terapéuticos de distintos tratamientos sobre la expresión citoquínica sigue siendo escaso en el momento actual.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes con psoriasis en placas moderada y grave candidatos a tratamiento biológico que iban a iniciar tratamiento biológico con Tildrakizumab. En todos los pacientes incluidos se recogieron variables epidemiológicas de edad y sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, gravedad de la enfermedad medida mediante PASI y BSA así como comorbilidades. Además, en todos los pacientes incluidos se realizó una medición basal y a los 8 meses de parámetros de resistencia vascular periférica, como la velocidad de onda de pulso, el índice de aumento y el grosor de íntima media carotídea.

Por otro lado, se realizaron mediciones de 96 citoquinas en los pacientes incluidos. Los datos obtenidos se compararon con otra cohorte de pacientes con psoriasis tratados con Metotrexate.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes (10 tratados con Tildrakizumab y 10 con Metotrexate). No se observaron diferencias en las características basales de ambas muestras. El tratamiento con Tildrakizumab mostró una diferencia estadísticamente significativa en la reducción del PASI y el BSA a los 8 meses de tratamiento. Asimismo, se evaluaron cambios en parámetros de riesgo cardiovascular y en el perfil de expresión citoquínica antes y después del tratamiento.

**Conclusiones:** En nuestros días, el manejo de la enfermedad psoriásica va más allá de la mejoría cutánea y articular de la enfermedad. La presencia de tratamientos eficaces como Tildrakizumab que, además, tengan un buen perfil de seguridad sobre las comorbilidades cardiovasculares de los pacientes con psoriasis moderada y grave, es necesaria para poder realizar un tratamiento completo de la patología.

PO-393

OVERLAP PSORIASIS-ECZEMA CON BUENA RESPUESTA A APREMILAST

M<sup>a</sup> Susana Medina Montalvo(1), Isabel Polo Rodríguez(1), M<sup>a</sup> Isabel Hernández Surmann(1), Ileana Medina Expósito(1) y Paola Merlo Gómez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

La psoriasis y la dermatitis atópica han sido consideradas durante tiempo enfermedades opuestas. Sin embargo, ahora sabemos que pueden coexistir en algunos pacientes.

Presentamos el caso de una mujer de 60 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y fumadora de 15 cigarrillos/día, así como erupciones cutáneas ocasionales eczematosas, que consultó por irritación en la zona genital tras un estudio ecográfico vaginal. Había recibido múltiples tratamientos tópicos, sin clara mejoría.

Una semana después, le aparecieron lesiones anulares con descamación, de predominio en axilas e ingles y algunas aisladas en tronco y progresivamente en dedos de manos, flexuras antecubitales y zona perioral. Posteriormente presentó lesiones en pliegue interglúteo.

Se realizaron PAC que resultaron positivas para níquel, cobalto y tiomersal y negativas para cosméticos propios.

Biopsia cutánea ESD : dermatitis espongiiforme.

Biopsia cutánea pliegue interglúteo: compatible con psoriasis.

Con el diagnóstico de psoriasis/eczema (PASI: 10,6, BSA: 10, DLQI: 21) y, dada la mala respuesta al tratamiento tópico, se decidió pautar Otezla 30 mg cada 12 h, con buena tolerancia, salvo discreta dispepsia inicial. A los 4 meses, la paciente presenta buen control de las lesiones, con mínimo eritema en pliegue interglúteo. PASI: 0,8, BSA: 0,8, DLQI: 3.

Apremilast podría ser una alternativa terapéutica en pacientes con un cuadro overlap psoriasis/eczema.

PO-394

**BIMEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA ACTIVA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Francisco Javier Melgosa Ramos(1), Laura Mahiques Santos(2), Antonio Martorell Calatayud(3), José María Ortiz Salvador(4), Miguel Mansilla Polo(5), Jorge Magdalena Tapial(4), Antonio Sahuquillo Torralba(6), Almudena Mateu Puchades(7), Esperanza Martínez Ruiz(1), Luca Schneller-Pavelescu Apetrei(8), Manel Velasco Pastor(9), Álvaro Aguado Vázquez(10), Cristina Albanell Fernández(11), Rebeca Alcalá García(12) y Sergio Santos Alarcón(13) de (1)Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España, (2)Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana (Castellón) - España, (3)Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España, (4) Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España, (5)Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (6)Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España, (7)Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia - España, (8)Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante) - España, (9)Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Valencia - España, (10)Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia - España, (11)Hospital Clínico Universitario, Valencia - España, (12)Hospital de Sagunto, Sagunto (Valencia) - España y (13)Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España.

**Introducción:** La artropatía psoriásica representa un reto diagnóstico y terapéutico en las consultas compartidas “derma-reuma”. La instauración precoz de terapias avanzadas puede contribuir a modificar el curso de la enfermedad. Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 inhibidor dual de la IL-17 A/ F que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la psoriasis cutánea y articular. Actualmente, la eficacia de bimekizumab en la práctica clínica real está siendo crecientemente reportada a nivel cutáneo, si bien los reportes de eficacia en el dominio articular son todavía escasos pese a su sólido desarrollo clínico.

**Objetivo Primario:** Evaluar la eficacia y seguridad de bimekizumab en el tratamiento de la artropatía psoriásica en pacientes pertenecientes a varios centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio multicéntrico, incluyendo a los pacientes con psoriasis cutáneo-articular tratados con bimekizumab en la consulta compartida dermatología-reumatología de 12 centros hospitalarios de la comunidad Valenciana, desde junio de 2023 hasta el 1 de mayo de 2024. Se analizarán las características basales, las comorbilidades, los tratamientos previos, los dominios implicados de la APs y la afectación de áreas especiales. La eficacia a nivel articular se evalúa mediante PGA, DLQI, NAD, NAT y ACR a las semanas 0, 16 y 24 (cuando esté disponible). Como objetivos secundarios se evalúan a eficacia a nivel cutáneo y la seguridad.

**Resultados y Conclusiones:** Se incluyeron hasta la fecha 22 pacientes (N=22). Los resultados de eficacia a nivel articular en términos de número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT) y ACR están pendientes de análisis definitivo. A la vista de los resultados preliminares, bimekizumab se presenta como una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de los pacientes con psoriasis y artropatía psoriásica activa, tanto a nivel periférico como axial.

PO-395

**BIMEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS GRAVE: UN FÁRMACO CON RÁPIDO INICIO DE ACCIÓN DESDE LA SEMANA CUATRO**

Sara Merino Molina(1), Carmen Tienza Fernández(1), María Dolores Benedicto Maldonado(1), Ana Carmona Olveira(1), Jorge Alonso Suárez Pérez(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Antecedentes y objetivos:** Bimekizumab, un nuevo anticuerpo monoclonal humanizado que actúa selectivamente frente a IL-17A e IL-17F, ha sido aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada y grave, mostrando resultados prometedores en términos de eficacia con una rápida respuesta de acción.

Este trabajo pretende comunicar nuestra experiencia en el tratamiento con bimekizumab de pacientes con psoriasis grave, evaluando su eficacia en la semana 4 y 12, así como su perfil de seguridad y tolerancia.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo con 10 pacientes en tratamiento con bimekizumab. Se ha evaluado la respuesta al fármaco en las semanas 4 y 12, así como la aparición de efectos adversos.

**Resultados:** Se han incluido un total de 10 pacientes (6 hombres y 4 mujeres) en tratamiento con bimekizumab. El PASI medio basal fue de 12 y todos habían sido tratados previamente con diferentes fármacos biológicos, entre los que se incluyen anti-TNF como adalimumab e infliximab, inhibidores de interleucina 17 (ixekizumab, brodalumab y secukinumab) e inhibidores de la vía IL-23 (ustekinumab y guselkumab). A la semana 4 de inicio, la puntuación PASI media descendió a 2. El 90% de los pacientes alcanzó la respuesta PASI 75, el 50% superó el PASI 90 y el 30% consiguió una respuesta PASI 100.

Estos resultados se mantuvieron e incluso mejoraron en la semana 12, con un PASI medio de 1,6, y un 60% de pacientes con una respuesta PASI 100. Sólo un paciente con psoriasis palmoplantar no respondió al tratamiento y tuvo que suspenderlo.

En términos de seguridad, no se informaron eventos adversos graves. Dos pacientes experimentaron candidiasis oral, tratada con éxito con antifúngicos orales y tópicos.

**Conclusiones:** Bimekizumab ha demostrado eficacia y seguridad como tratamiento para la psoriasis grave, logrando un rápido inicio de respuesta en la semana 4, incluso en pacientes refractarios a múltiples tratamientos biológicos previos.

**PO-396** CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS INDUCIDA POR FÁRMACOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

Fernando Navarro Blanco(1), Miguel Antonio Lasheras Pérez(1), Antonio Sahuquillo Torralba(1), Begoña Escutia Muñoz(1), Conrad Pujol Marco(1), Rodolfo David Díaz Palacios(1), Mónica Pozuelo Ruiz(1), Miguel Mansilla Polo(1), Daniel Martín Torregrosa(1) y Rafael Botella Estrada(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia - España.

La psoriasis inducida por fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) es una reacción paradójica infrecuente. Se debe a una proliferación de las células dendríticas de la dermis y a una polarización inmune que desencadena la psoriasis cutánea en pacientes pre-dispuestos. Los anti-TNF se utilizan en diversas patologías con diferente posología: psoriasis cutánea, artropatía psoriásica, artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal e hidradenitis supurativa. Dado que su uso se encuentra en aumento en el campo de la patología inflamatoria, consideramos necesario recoger los pacientes de nuestro centro y tratar de determinar si hay una relación entre la dosis de anti-TNF y el riesgo de desarrollar psoriasis inducida.

Se revisaron los registros clínicos entre los años 2007-2023 para identificar a los pacientes en tratamiento con anti-TNF que desarrollaron psoriasis inducida. Se recogieron las características clínicas basales, la dosis acumulada de anti-TNF, el tiempo de latencia, la localización de las nuevas lesiones, los datos clínicos y analíticos del cuadro y tratamiento requerido.

Se identificaron 53 pacientes que desarrollaron psoriasis inducida, los cuales estaban en tratamiento por enfermedad inflamatoria intestinal (n=22), hidradenitis supurativa (n=18), psoriasis (n=9), artritis reumatoide (n=4) y espondilitis anquilosante (n=1).

La psoriasis paradójica es un efecto adverso cada vez más frecuente, que puede requerir adaptar la estrategia terapéutica. Consideramos que una mayor dosis del fármaco podría estar relacionada con la frecuencia de este evento, no obstante, se requieren estudios de mayor tamaño.

**PO-397** ESTUDIO RETROSPECTIVO, NO INTERVENCIONISTA Y MULTICÉNTRICO DE LA PROPORCIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS Y SU RECORRIDO EN 7 SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA DE ESPAÑA REALIZADO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL: ESTUDIO DERMACLEAR

Jaime Notario Rosa(1), Francisco J. Ortiz de Frutos(2), Ana M. Giménez Arnau(3), Vicente García Patos(4), José Luis López Estebaranz(5), Ana Martín-Santiago(6), Lara Gómez(7), Guillermo Guinea(7), Pau Terradas(7) y Esteban Daudén Tello(8) de (1)Hospital de Bellvitge, Barcelona - España, (2)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (3)Hospital del Mar Research Institute. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona - España, (4)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (5)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (6)Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (7)Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona - España y (8)Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La psoriasis (PsO) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta aproximadamente a un 2,3% de la población española y que se asocia a una elevada morbilidad e impacta negativamente en la calidad de vida. Aunque su diagnóstico, manejo holístico y tratamiento efectivo son cruciales, datos sobre su carga asistencial de forma global son limitados en el entorno clínico. El objetivo de este estudio es ofrecer una visión general de los pacientes con PsO, su manejo y tratamiento en práctica clínica mediante Inteligencia Artificial (IA).

**Métodos:** Estudio multicéntrico, nacional, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con PsO procedentes de 7 centros de España, desde 2016 a 2021, y se procesaron mediante un análisis basado en IA que utiliza aprendizaje automático y Procesamiento de Lenguaje Natural. Se recopilaron las características de pacientes, su recorrido en el sistema de salud, manejo y tratamiento de la PsO.

**Resultados:** De un total de 49779 pacientes adultos atendidos en Dermatología, se identificaron 29262 pacientes con PsO (edad media: 58,0±18,0 años; 51,5% mujeres; 37,0% obesos). La edad media al diagnóstico fue 49,0±18,2 años y el 95,7% de los pacientes presentaban otros trastornos inmunológicos concomitantes. En el cierre de la base de datos, 3932 (13,4%) pacientes habían muerto, principalmente debido a enfermedad cardiovascular (33,1%) o hipertensión (20,6%). La media de visitas a dermatología en 6 años de seguimiento fue 5,2±5,7. Un 56,8% de los pacientes visitó antes otros departamentos. De media, desde la primera visita a dermatología hasta recibir tratamiento biológico pasaron 26,0 (IQR:4,0-5,0) meses. De acuerdo con las historias clínicas, el 56,2% de los pacientes recibió tratamiento para la PsO, siendo biológico en un 8,4%. Los tratamientos biológicos más utilizados fueron adalimumab (34,2%), ustekinumab (27,9%), y secukinumab (27%).

**Conclusiones:** El empleo de herramientas de IA basadas en reconocimiento de lenguaje natural permite la obtención y procesamiento de una enorme cantidad de datos; pero la heterogeneidad de las historias clínicas plantea limitaciones que pueden condicionar los resultados extraídos. El estudio DERMACLEAR permite, por primera vez, estudiar el abordaje de la PsO en la práctica clínica real en casi 30000 pacientes de 7 servicios de Dermatología en España.

**PO-398** LIQUEN PLANO AMPOLLOSO

Berta Pérez Tato(1), Silvia Marinero Escobedo(1), Evelina de la Cruz Gómez(1), María Ángeles Muñoz Fernández(2), Cristina Diego Hernández(2), Ana María Rodríguez Martín(1), Monserrat Franco Muñoz(1) y Isabel Polimón Olabarrieta(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.

Los pacientes con liquen plano, raramente, pueden desarrollar ampollas, siendo necesario realizar el diagnóstico diferencial entre dos entidades similares, liquen plano ampolloso y liquen plano penfigoide.

Se trata de un paciente varón, de 60 años de edad, que presenta desde hace más de 10 años placas liquenoides, pruriginosas, en ambas piernas, con formación en los últimos años, de ampollas tensas en dichas placas, con periodos de empeoramiento y de mejoría con clobetasol crema pero sin llegar a remitir.



A la exploración se objetivan placas liquenoides en regiones pretibiales de ambas piernas y regiones poplíteas, ampollas tensas en las propias placas liquenoides y costras residuales de lesiones previas. Con el juicio clínico de liquen plano ampoloso vs liquen plano penfigoide, se realizan dos biopsias cutáneas, una de la placa liquenoide y otra de una ampolla.

El estudio anatómo-patológico de la piel correspondiente a la placa liquenoide, muestra una epidermis con discreta hiperqueratosis de tipo ortoqueratósico, con degeneración vacuolar focal de la capa basal. En la dermis superficial se observa un moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario con aislados polimorfonucleares con patrón perivascular superficial y en banda.

El estudio anatómo-patológico de la piel correspondiente a la ampolla, muestra una vesícula subepidérmica mostrando en la dermis subyacente un infiltrado inflamatorio mixto con zonas de disposición liquenoide. Con técnica de inmunofluorescencia directa no se observan depósitos.

El estudio de autoinmunidad es negativo para anticuerpos antimembrana basal.

Con el diagnóstico de liquen plano ampoloso, se pauta acitretino 0.5mg/kg/24h.

El liquen plano ampoloso y el liquen plano penfigoide son entidades clínicamente similares.

En el liquen plano ampoloso, las ampollas se forman de manera típica en las propias lesiones de liquen, como resultado de la intensa inflamación liquenoide y del daño epidérmico, que conduce a la separación dermoepidérmica. Por el contrario, en el liquen plano penfigoide, el daño de la capa basal por el infiltrado liquenoide, podría exponer antígenos ocultos a linfocitos T autorreactivos, conduciendo a la formación de autoanticuerpos dirigidos contra los hemidesmosomas y ampollas subepidérmicas.

#### PO-399 EFICACIA Y SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Isabel Polo Rodríguez(1), Laura M. Pericet Fernández(1), Marta Herrero Fernández(2), Lidia Trasobares Marugán(1) y Susana Medina Montalvo(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria inmunomediada que afecta de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, por lo que es muy importante el mantenimiento de la respuesta terapéutica a largo plazo. Risankizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL-23 que ha demostrado altos niveles de eficacia en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en ensayos clínicos.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de risankizumab en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en vida real en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

**Metodología:** Hemos evaluado los pacientes de nuestro servicio con psoriasis moderada-grave en tratamiento con risankizumab durante los últimos 2 años.

**Resultados** Incluimos a 63 pacientes, con una edad media de 54,5 años. Un 20% de pacientes tenían más de 70 años. El 43% tenían mantoux positivo y dos pacientes historia de tuberculosis tratada. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron: dislipemia, hipertensión y trastornos del estado de ánimo. El 36,6% tenían sobrepeso u obesidad. Cincuenta y tres pacientes tenían psoriasis en placas, 5 artritis psoriásica, 9 palmoplantar, 13 en cuero cabelludo, 7 afectación ungueal, 3 genital y un paciente eritrodermia. El 40% presentaba psoriasis desde hacía más de 20 años. El 61,6% habían recibido biológicos previos y el 26,6% apremilast. El PASI medio basal fue 10,3 y el BSA 13,2. A las 16 semanas el 88,3% de los pacientes presentaba un PASI inferior o igual a 1. El 69,6% de los pacientes mantenían un PASI100 al año de tratamiento y el 82% un PASI absoluto menor o igual a 1. De los pacientes que llevaban 2 o más años de tratamiento (26) el 84,6% mantenían un PASI 0. Los pacientes mostraron buena tolerancia y solo fue retirado en un paciente por trombopenia autoinmune que no se relacionó con el fármaco.

#### PO-400 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS CLÍNICOS CON AYUDA DE UNA PLATAFORMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO

Vicenç Rocamora Durán(1), Salvador Herrera-Pérez(2), Gabriel Mercadal Orfila(3), Marta Bello Crespo(4), Aina Vila Payeras(5) y María Antonia Maestre Fullana(4) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor, Manacor (Illes Balears) - España, (2)Facultad de Ciencias de la Salud, Comité científico Naveta Healthcare. Universidad de Valencia, Valencia - España, (3)Servicio de Farmacia Hospital Mateu Orfila, Comité científico Naveta Healthcare. Hospital Mateu Orfila, Maó (Illes Balears) - España, (4)Servicio de Farmacia Hospital de Manacor, Manacor (Illes Balears) - España y (5)Hospital de Manacor, Manacor (Illes Balears) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La psoriasis es una enfermedad crónica que impacta significativamente en la calidad de vida del paciente. Por ello, su evaluación es fundamental para comprender su impacto y así mejorar y adaptar las intervenciones sanitarias a los dominios alterados. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la calidad de vida percibida por los pacientes y los índices clínicos.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con psoriasis moderada-grave en seguimiento durante un año. Los pacientes se incorporaron al programa de telemedicina Naveta, que proporcionó los cuestionarios de evaluación de la calidad de vida y facilitó la recogida telemática y programada de respuestas. Se incluyeron el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Psoriasis Symptoms and Signs Diary (PSSD). Se recopilaron el Psoriasis Area Severity Index (PASI) y el Body Surface Area (BSA) para cuantificar la gravedad y extensión de la enfermedad al principio y fin del seguimiento. Se buscó la correlación entre los **resultados** de los cuestionarios de calidad de vida y los datos clínicos con un índice ANOVA.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes, 63,6 % mujeres, con una media de edad de 50 años. La mayoría no consumía alcohol (54,5%) o lo hacía esporádicamente (27,3%) y eran no fumadores (72,7%).

Se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones de DLQI a lo largo del periodo de seguimiento (5,1 puntos vs 1,3) ( $p < 0,05$ ). Por contra, el PSSD no mostró significación estadística, aun observándose una reducción de la puntuación de 30,4 a 18,7 puntos. Los datos sugirieron mejoras significativas tanto en PASI de  $4 \pm 3,47$  a  $0,84 \pm 1,21$  ( $p < 0,005$ ,  $n=21$ ) como en BSA de  $6,11 \pm 6,82$  a  $0,81 \pm 1,42$  ( $p < 0,005$ ,  $n=24$ ). Además, se detectó una fuerte correlación entre el PASI (Pearson 0,77) y el BSA (Pearson 0,978) a lo largo del tiempo ( $< 0,005$ ). Dichos datos mostrarían una respuesta positiva al tratamiento. Finalmente, se observó una correlación significativa entre DLQI con el PASI y del PSSD con el BSA (Spearman (rho) 0,767 y 0,785 respectivamente).

**Conclusiones:** Pese a la limitación en el número de pacientes, se concluye que el DLQI es un cuestionario adecuado para medir la calidad de vida en pacientes con psoriasis, y que la eficacia de los tratamientos se refleja adecuadamente en los índices PASI y BSA. Además, se observa una correlación significativa entre las variables clínicas y los resultados de calidad de vida reportados por los pacientes

**PO-401 ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Diana Patricia Ruiz Genao(1), José Gregorio Álvarez Fernández(1), Reyes Gamo Villegas(1), Henar Sanz Robles(1), Javier Martín Alcalde(1), Elena García Zamora(1), Lucía Martínez Rozas(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La psoriasis precisa de un manejo terapéutico proporcional y adaptado a su gravedad. La «Actividad Mínima de la Enfermedad» se ha propuesto como un método de evaluación integral que valora tanto la perspectiva del médico como la del paciente. Este estudio en práctica clínica real investiga la proporción de pacientes que alcanzan esta actividad mínima y examina los factores vinculados a su cumplimiento en práctica clínica real.

Se incluyeron 75 pacientes de una monográfica de psoriasis (50.7% mujeres y 49.33% hombres) con una edad media de 51.6 años. Respecto a los tratamientos, el 34.67% recibía un sistémico clásico, otro 34.67% un biológico, y el 29.33% sólo tratamiento tópico. El 44% de los pacientes alcanzó la Actividad Mínima de la Enfermedad. Este grupo presentó una mayor proporción de hombres (51.52% vs 48.48%), mayor edad media (54.3 vs 49.6 años) y menor PASI absoluto (0.45 vs 2.78). Asimismo, el tratamiento biológico fue más común en este grupo (48.48% vs 23.81% en el grupo que no alcanzó la actividad mínima). El 54.24% de los pacientes con PASI absoluto  $\leq 3$  cumplían criterios de actividad mínima. En el grupo que no alcanzó la actividad mínima, el 28.57% tenía artritis activa, el 30.95% presentaba afectación en localizaciones especiales y predominó el tratamiento tópico (45.24% vs 9.09%).

Los resultados indican una tendencia hacia un mayor cumplimiento de actividad mínima en hombres, con mayor edad y menor PASI, principalmente en aquellos con tratamiento biológico. Cabe destacar que solo la mitad de los pacientes con un PASI absoluto  $\leq 3$  alcanzaron la actividad mínima de la enfermedad. Esta discrepancia entre la medida objetiva del PASI y la percepción subjetiva del paciente subraya la necesidad de incluir la valoración del paciente en las escalas de gravedad de la psoriasis.

**PO-402 SUPERRESPUESTA A CORTO Y MEDIO PLAZO ¿LA RESPUESTA RÁPIDA Y COMPLETA ES UN PREDICTOR DE RESPUESTA MANTENIDA?**

Henar Sanz Robles(1), Sara de Benito Mendieta(1), Lucía Martínez Rozas(1), Javier Martín Alcalde(1), Gemma María Jumilla Martínez(1), Reyes Gamo Villegas(1) y Enrique Gómez de la Fuente(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España

Los fármacos biológicos han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la psoriasis. Cada vez se les exige mayor rapidez de acción y tasas de respuesta, cobrando un interés especial los inhibidores de la IL23 por su esperable “lenta respuesta”. De ahí surgió el concepto de superrespuesta (SR). A raíz de un estudio previo realizado en nuestro centro, en el que se definía a los pacientes SR como aquellos con un PASI 0 en la semana 16 y 24 de tratamiento, planteamos un nuevo estudio cuyo objetivo era analizar si esa SR se mantenía en el tiempo, en concreto, durante 52 semanas. El objetivo fue analizar qué factores se asociaban a esa SR, si dependía de características del paciente o del fármaco; y qué factores influyen en esa respuesta para que se mantenga a lo largo de las semanas.

El estudio fue retrospectivo y observacional, unicéntrico, reclutando un total de 83 pacientes con psoriasis moderada-severa tratados con inhibidores de la interleucina 23 durante al menos 6 meses. De esos pacientes, 50 recibieron Guselkumab, 24 Risankizumab y 9 Tildrakizumab. Un 22% de los pacientes tratados con Tildrakizumab cumplían los criterios de SR, un 54% del grupo de Risankizumab y un 42% del grupo de Guselkumab. En múltiples estudios, como la publicación de Loft et al., se defiende que estas SR con los fármacos biológicos se relacionan con el peso y el número de tratamientos previamente realizados. Ruiz Villaverde et al. no encontraron diferencias significativas entre los pacientes SR y los no SR tratados con Guselkumab, en cuanto a características demográficas. Sin embargo, se observó que los pacientes SR lograban mejores respuestas y mejores supervivencias del fármaco hasta la semana 52 (sin ser significativas).

Nuestro estudio pretende caracterizar a los pacientes SR, identificar la causa de esa SR y, si es posible, revelar si esa respuesta completa y rápida puede ayudarnos a predecir qué pacientes mantendrán una respuesta óptima a lo largo del tiempo.

**PO-403 PERFIL LIPÍDICO AVANZADO POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Mireia Seguí Olmedilla(1), Pablo Chicharro Manso(1), Yolanda Delgado Jiménez(2), Beatriz López-Belgar(3), Nuria Amigó(4), María del Mar Llamas Velasco(1), Esteban Daudén Tello(2) y Hortensia de la Fuente Flores(5) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital La Princesa la Princesa, Madrid - España, (4)Biosfer Teslab, Reus (Tarragona) - España y (5)Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se asocia con la enfermedad cardiovascular y la disfunción lipídica. Los parámetros tradicionales de perfil lipídico tienen un valor pronóstico limitado. El diámetro y el número de partículas medidas por resonancia magnética nuclear son relevantes para la predicción de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio fue analizar un perfil lipí-

dico avanzado, así como las glicoproteínas A, B y F en suero de pacientes con psoriasis, mediante resonancia magnética nuclear y su asociación con la severidad de la enfermedad.

**Métodos:** Se tomaron muestras de suero de pacientes con psoriasis en placas, sin tratamiento y a los 12 meses después de iniciado un tratamiento con biológicos. Se analizó un perfil de lipoproteínas, glicoproteínas y compuestos de bajo peso molecular mediante resonancia magnética nuclear. Se analizó la correlación entre los niveles moleculares y el PASI en la visita 1 y su modulación tras un año de tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes con psoriasis, 6 mujeres y 4 varones, con una media de edad de  $42,07 \pm 14,8$  años y una media de PASI de 15,3 (3,8 - 24,5). En 8 de los 10 pacientes se obtuvo muestra a los 12 meses post-tratamiento. En el perfil lipídico, se observó una correlación positiva ( $p < 0,05$ ) con el PASI de la visita 1 y los niveles de HDL ( $r = 0,72$ ), triglicéridos LDL ( $r = 0,67$ ), colesterol esterificado ( $r = 0,67$ ), colesterol libre ( $r = 0,7$ ), glicerofosfolípidos ( $r = 0,73$ ), ácidos grasos poliinsaturados ( $r = 0,76$ ), esfingomielina ( $r = 0,81$ ), así como del número de partículas de LDL grandes ( $r = 0,65$ ) y medianas ( $r = 0,79$ ), el número total de partículas HDL ( $r = 0,71$ ) y el número de partículas HDL pequeñas ( $r = 0,74$ ), y una correlación negativa con el tamaño de las HDL ( $r = -0,78$ ).

En el resto de las moléculas observamos una correlación positiva entre el PASI y los niveles de glutamato ( $r = 0,75$ ) así como de la ratio H/W de la glicoproteína A. Un año después del tratamiento se observó una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) del número de partículas LDL total, número de partículas LDL pequeñas y los niveles de colesterol LDL.

**Conclusiones:** La severidad de la psoriasis evaluada mediante el PASI se asocia con un perfil alterado de lipoproteínas, algunas de estas alteraciones mejoran tras el tratamiento efectivo. El perfil encontrado en este estudio puede ser útil en la creación de un score de riesgo cardiovascular en psoriasis.

PO-404

METAANÁLISIS DE EXPRESIÓN DIFERENCIAL EN PSORIASIS EN PLACAS: LA IMPORTANCIA DE LA AUTOFAGIA Y LA MITOFAGIA

Miriam Sidro Sarto(1), Josep Riera-Monroig(1), Teresa Torres(2), Gemma Tell-Martí(2), Jaume Bagué(2), Neus Calbet-Llopart(2), Míriam Potrony(2), Francisco García-García(3), José Català(3), Francisco Roig(2) y Susana Puig Sardá(4) de (1)Servicio Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (2)CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer. IDIBAPS, Barcelona - España, (3)Biomedicina Computacional, Unidad de Bioinformática y Bioestadística. Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia - España y (4)CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS) Servicio Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y Objetivos del estudio:** Los avances de las tecnologías de biología molecular han permitido profundizar e identificar factores clave en la fisiopatología de la psoriasis. Aunque se han realizado estudios del transcriptoma en series de pacientes, pocos trabajos agrupan datos de diferentes series. Este trabajo busca reunir y entender los factores inmunológicos y genéticos subyacentes en la psoriasis.

**Materiales y Métodos:** Siguiendo los criterios PRISMA, se recogieron los datos públicos disponibles en Gene expresion omnibus de expresión génica de pacientes con psoriasis (piel lesional y no lesional) y controles sanos. Se realizó un análisis de expresión diferencial y uno de enriquecimiento funcional para ver que vías moleculares estaban alteradas en la psoriasis, basándonos en las bases de datos KEGG, Gene Ontology y Reactome. Posteriormente se revisó la significación clínica de estas vías moleculares y su relación con la psoriasis.

**Resultados:** Se identificaron 1780 genes diferencialmente expresados entre piel lesional y piel no lesional. Al comparar con la literatura, se encontró una coincidencia de 62,86% identificando 661 genes específicos en nuestro metaanálisis. Posteriormente se realizó el análisis de enriquecimiento funcional, y, después, se seleccionaron 157 (8,8%) genes con expresión diferencial significativa en nuestro metanálisis, no reportados previamente, y que no se incluían en las vías del análisis de enriquecimiento funcional. Entre ellos destacan las vías de gluconeogénesis, señalización FoxO; y en mitofagia y autofagia selectiva.

La identificación de vías relacionadas con la regulación de FoxO y la mitofagia sugiere una regulación negativa por la vía de señalización PI3K/AKT. La inflamación crónica, especialmente la exposición a antiTNF se ha relacionado con una disminución en la autofagia, y ésta, a su vez, en una diferenciación aberrante de los queratinocitos y un aumento en la producción de citocinas proinflamatorias. Los polimorfismos en el gen ATG16L1 que participa en la autofagia se ha asociado a un aumento de riesgo a desarrollar psoriasis en placas.

**Conclusiones:** en la piel de pacientes con psoriasis en placas, en comparación con piel sana, se observa una expresión diferencial de genes de la vía de la autofagia y mitofagia. Estos hallazgos podrían permitir profundizaren la comprensión de la patogénesis de la psoriasis.

PO-405

CAMBIO A SEGUNDO INHIBIDOR DE INTERLEUCINA 17, SIN INDUCCIÓN, ANTE FALLO SECUNDARIO A SECUKINUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS

Ricardo Valverde Garrido(1), Paola Maldonado Cid(1), Gema Vázquez Contreras(1), Abraham Santacruz Martín(1), Luis Feito Sancho(1) y Iolanda Prats Caelles(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** Ante fallo primario o secundario a un biológico en psoriasis se suele indicar un cambio de diana. Al menos en el caso de los inhibidores de la interleucina 17 (IL17), cabría indicar un segundo biológico del mismo grupo pudiendo recuperar respuesta. Cabe, además, prescindir de la inducción en el cambio, dada la teórica acción parcial previa sobre la misma diana.

**Caso Clínico:** Varón 76 años, psoriasis en placas con progresión en dorso, zona lumbar, caras extensoras de miembros y nuca. Contraindicación o sin respuesta a sistémicos clásicos. Fallo secundario a etanercept, adalimumab y ustekinumab (90mg). Secukinumab 300mg cada 4 semanas, previa inducción, con buena respuesta ( $> \text{PASI}75$ ) que mantiene dos años. Reactiva zona lumbar y placa cervical fisurada, por lo que indicamos un segundo inhibidor de la IL17 con potencia teóricamente superior.

Basándonos en el bloqueo parcial de esta vía, cambiamos a Ixekizumab 80mg/4 semanas sin inducción. Gradual ganancia de respuesta a lo largo de 4 meses hasta conseguir resolución completa, que mantiene un año después sin pérdida de respuesta.

**Discusión:** Según guías de práctica clínica de amplia implantación, ante fallo primario o secundario a un biológico, se suele valorar un cambio de diana. Existe evidencia cada vez superior, en el caso de los inhibidores de la IL17, para el uso de una segunda herramienta con el mismo mecanismo, pudiendo recuperar respuesta. Metaanálisis Cochrane muestran, en el corto plazo, superior eficacia de Ixekizumab y Bimekizumab con respecto del resto de inhibidores de IL17; por otro lado, parecen indicar que el fallo previo a inhibidor IL17 no afecta al usar otro, así como ausencia de diferencias respecto de pacientes naïve. Parece plausible introducir la nueva herramienta en pauta de mantenimiento, ahorrando la inducción, dado que partimos de un bloqueo parcial de IL17. Esta práctica es esporádica en unidades de psoriasis, pero no hemos encontrado evidencia que la avale.

En nuestro caso el cambio desde Secukinumab a Ixekizumab, sin inducción, consiguió recuperar respuesta invirtiendo un tiempo de 4 meses (quizá superior al esperable con pauta de inducción).

**PO-406 DERMATOSIS DISCOIDE FACIAL CON BUENA RESPUESTA A CALCIPOTRIOL Y BETAMETASONA EN ESPUMA**

An Wang(1), Borja González Rodríguez(1), Lorena Calderón Lozano(1), M. Luisa Guzmán Pérez(1), José Puig Buendía(1), Rosa María Ceballos Rodríguez(1), Sara Isabel Palencia Pérez(1), Alba Sánchez Velázquez(1) y Virginia Velasco Tamariz(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España.

La dermatosis discoide facial es una entidad que fue descrita por primera vez por Christine J. Ko et al. en 2010. Se presenta como lesiones papuloescamosas de morfología anular localizadas en la región facial. Se caracteriza por la resistencia a la mayoría de los tratamientos estándares y su histología similar a la pitiriasis rubra pilaris.

Presentamos a un varón de 64 años que consulta por pápulas eritemato-descamativas anulares asintomáticas salpicadas en la cara y cuero cabelludo de 3 meses de evolución.

Inicialmente se realizó observación directa y cultivo para hongos, que resultaron negativos, descartando infección fúngica; y se inició tratamiento empírico con tacrolimus pomada al 0,1%, sin observarse mejoría. Entonces se realizó una biopsia incisional que mostró acantosis, hiperplasia epidérmica regular, paraqueratosis confluyente, tapones córneos en los infundíbulos foliculares e infiltrado linfocitario en la dermis papilar. No se observó infiltrado neutrofílico en la epidermis ni depósito de mucinas.

En base a la clínica, la evolución y la histología se estableció el diagnóstico de dermatosis discoide facial. Tras ello, inició tratamiento con Hidroxicloroquina 200mg diario, tretinoína tópica y calcipotriol/betametasona en pomada; con aparición de más lesiones. Por lo que se repitió la biopsia que demostró los mismos hallazgos. Tras ello se inició calcipotriol/betametasona en espuma junto con Hidroxicloroquina, con la resolución de las lesiones tras 3 meses.

La gran mayoría de estos pacientes presentan lesiones asintomáticas y estables aunque se ha descrito un caso de ectropión y un caso de progresión a pitiriasis rubra pilaris tipo II. Histológicamente se caracteriza por acantosis, hiperplasia epidérmica, orto/paraqueratosis y la presencia de tapones córneos. También es frecuente el infiltrado perivascular linfocitario en la dermis superficial.

Gan et al. describieron una serie de 8 casos, en la que además de lo anterior, se observaba alternancia de orto-paraqueratosis; junto con la progresión de un paciente hacia pitiriasis rubra tipo II hizo plantear que la entidad sea un subtipo de la pitiriasis rubra pilaris. Suelen ser resistentes a la mayoría de los tratamientos tópicos y sistémicos. Sólo existen 2 casos descritos de mejoría con pomada de calcipotriol/betametasona asociada o no a acitretino; y un caso con ustekinumab.

ZONA PÓSTER

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO

**PO-407 UTILIDAD DE LA LUZ DE WOOD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCABIOSIS**

Joana Amat Calbet(1), Carlos Muñoz Santos(1), Jorge Romaní de Gabriel(1), Javier Fernández Vela(1), Leonardo Bascón Rodríguez(1) y Antonio Guilabert Vidal(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona) - España.

El diagnóstico de la escabiosis puede llegar a ser un reto diagnóstico, sobre todo en pacientes ya tratados o con pocos surcos. Nuestro objetivo es determinar si la Luz de Wood puede ser una herramienta útil para mejorar el diagnóstico de estos pacientes.

Se han incluido pacientes con sospecha de escabiosis que acudían a nuestras consultas externas y en los cuales en la inspección visual simple no se observaban surcos acarinos. Se incluyeron tanto pacientes que ya habían sido tratados específicamente para escabiosis como aquellos que nunca habían recibido tratamiento. En estos pacientes se realizó una inspección corporal completa con una lámpara con luz ultravioleta de Wood. En aquellos pacientes en los que se observaban posibles surcos con la lámpara se llevó a cabo visualización con dermatoscopia con luz polarizada y examen de muestras de escamas con microscopia óptica, para confirmar que eran surcos acarinos.

Se han detectado pacientes en los que no se observaban surcos acarinos en la inspección visual simple y que gracias a la visualización del tegumento con la lámpara de Wood se ha podido realizar el diagnóstico de escabiosis, tras confirmación con dermatoscopia/examen directo microscopio. La luz de Wood puede ser una herramienta útil para el diagnóstico de escabiosis en aquellos pacientes con sospecha clínica pero con pocos surcos o mal visualizables en la inspección visual simple.

**PO-408** PAPEL DE ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL DIAGNÓSTICO DE FÍSTULAS ODONTOGÉNICAS. SERIE DE CASOS

María Dolores Benedicto Maldonado(1), Pedro Navarro Guillamón(1), Ignacio Castaño Uhagón(1), Pilar Luque Varela(1), Rosa Castillo Muñoz(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Introducción:** Las fístulas odontogénicas están causadas por infecciones en la porción apical radicular de los dientes. Este proceso inflamatorio crónico es capaz de erosionar el hueso adyacente hasta conseguir alcanzar la piel. El diagnóstico frecuentemente es tardío por lo que es necesario tener un alto índice de sospecha.

**Casos clínicos:** Acudieron a consulta tres varones de 54, 23 y 75 y una mujer de 47 años sin antecedentes personales de interés, por presentar lesiones ulceradas con hundimiento central en región mandibular en dos casos y mentoniana en otros dos pacientes de meses de evolución. Todos los pacientes relataban larga data de la lesión, dos de ellos con expulsión de contenido líquido a través de la lesión. A la exploración los pacientes presentaban lesiones nodulares, algunas excavadas en dichas áreas peribucales. La exploración de cavidad bucal mostró en la mayor parte de los pacientes mal estado de piezas dentarias y de encías. En todos los pacientes se realizó una ecografía cutánea en la consulta la cual se evidenciaba un trayecto fistuloso que comenzaban en epidermis y que comunicaba en profundidad con el hueso apoyando el diagnóstico de presunción de fístula odontogénica.

**Discusión:** Las infecciones crónicas del área apical radicular dental pueden inducir resorción ósea y secundariamente fistulizar al exterior, generando las fístulas odontogénicas. Pueden presentarse como lesiones tipo nódulo o quiste inflamatorio infiltrado en región facio-cervical o bien como lesiones ulceradas drenantes de material purulento. El diagnóstico diferencial incluye infecciones bacterianas o fúngicas, quiste epidérmico, neoplasias malignas, lesiones traumáticas, cuerpo extraño, granuloma piogénico, osteomielitis o tuberculosis cutánea. El diagnóstico es clínico pero suele ser tardío; confirmándose mediante radiografía simple, TC o RMN. En los últimos años la ecografía cutánea se ha posicionado como una exploración complementaria rápida y eficiente. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante la extirpación del conducto radicular o de la pieza dentaria.

**Conclusión:** El diagnóstico de fístula odontogénica se basa en la exploración, sospecha clínica y pruebas complementarias. Aportamos el valor de la ecografía cutánea en el diagnóstico de esta entidad para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoces.

**PO-409** MALFORMACIONES GLOMOVENOSAS MÚLTIPLES FAMILIARES: BAJO LA LUPA

María Criado Otero(1), Héctor Perandones González(1), Víctor Onecha Vallejo(1), Patricia Bodas Gallego(1) y Elia Samaniego González(1) de (1)Complejo Asistencial Universitario de León, León - España.

**Antecedentes y objetivos:** Las malformaciones glomovenosas múltiples familiares son debidas a variantes patogénicas en el gen de la glomulina, con herencia autosómica dominante y gran variabilidad fenotípica. El diagnóstico definitivo se obtiene demostrando la existencia de una variante patogénica en el gen de la glomulina y lesiones compatibles con malformaciones glomovenosas en el estudio anatomopatológico. La dermatoscopia y la ecografía pueden ayudarnos a realizar un correcto diagnóstico diferencial y de esta forma evitar pruebas fútiles. Hemos estudiado su presentación dermatoscópica con el objetivo de describir los patrones que pueden identificarse en estas lesiones.

**Material y Métodos:** recogimos un caso de malformación glomovenosa múltiple independiente confirmado genéticamente y otros tres casos emparentados entre sí. Mediante exploración clínica y ecografía, localizamos las lesiones cutáneas y confirmamos que se trataba de lesiones compatibles con malformaciones glomovenosas. Posteriormente realizamos una fotografía dermatoscópica de cada una de ellas y se analizaron independientemente describiendo los hallazgos que se observaban. En un último paso, se agruparon las descripciones similares para identificar patrones.

**Resultados:** En total, hemos encontrado cuatro patrones dermatoscópicos en estas lesiones: mancha amarillo-verdosa, mancha azul-violácea, mancha azul tenue y telangiectasia corta. Estos patrones se combinaban en algunas de las lesiones.

**Conclusiones:** la dermatoscopia es una herramienta útil a la hora de establecer un diagnóstico de sospecha en los casos de malformación venosa múltiple. Hemos descrito cuatro patrones dermatoscópicos que resulta útil conocer para identificar correctamente estas lesiones y de esta forma dirigir el diagnóstico de confirmación mediante examen histológico y estudio genético. Sería interesante llevar a cabo estudios con mayor muestra para poder realizar una descripción más detallada de los patrones dermatoscópicos observables en estos pacientes.

**PO-410** TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DEL LABIO

Sara Pilar Herrero-Ruiz(1), Laura Fernández de la Fuente(1), Ana Martínez Lauwers(1), María Elena Hernández Salas(1), Anastasia A. Garrido Ríos(1), Begoña Echeverría-García(1), Helena Álvarez Garrido(1) y Jesús Borbujo(1) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

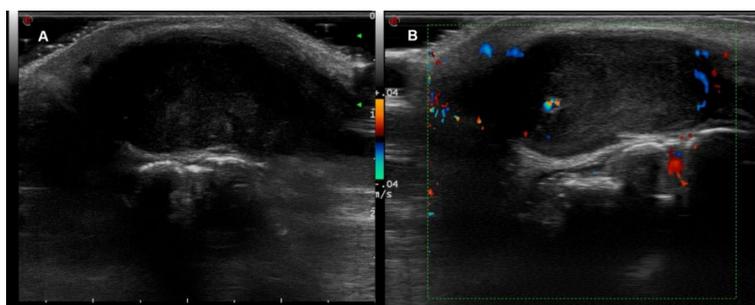
**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia mesenquimal de potencial biológico indeterminado infrecuente, con predilección por la cavidad abdominal y los pulmones. A continuación presentamos el caso de un TMI de localización atípica en el labio junto con sus hallazgos ecográficos.

**Presentación del caso:** Varón de 20 años consulta por lesión en labio superior de tres meses de evolución. A la exploración presenta en labio superior izquierdo un nódulo de consistencia firme, móvil, que impresiona depender de la mucosa del labio. Se realizó un estudio ecográfico observándose una lesión bien delimitada de contenido heteroecoico y bordes lobulados, localizada en el tejido celular subcutáneo y en contacto con la dermis profunda. El Doppler mostraba vascularización en la periferia y en el centro de la lesión. (Fig 1). Dados los hallazgos ecográficos se realizó una punción-aspiración con aguja fina no concluyente, por lo que finalmente se realizó la extirpación radical de la lesión con el diagnóstico histopatológico de un TMI.

**Discusión:** El TMI se caracteriza por una proliferación mesenquimal de miofibroblastos y fibroblastos fusiformes con un componente inflama-

torio variable. Aparece en niños y adultos jóvenes, y se localiza más frecuentemente en pulmones y cavidad abdominopélvica, siendo menos habitual su localización en tracto aerodigestivo superior y excepcional su localización en cabeza y cuello. El tratamiento de elección es la extirpación completa, teniendo en general buen pronóstico. La tasa de recurrencia local cuando su localización es extrapulmonar es del 25% y menos de un 5% presentan metástasis a distancia. Dada su baja prevalencia existen pocos casos descritos hasta el momento con sus hallazgos ecográficos, estando únicamente descritos en tumores hepáticos, renales e intestinales, como lesiones desde hipoecoicas hasta heteroecoicas con aumento de su vascularización. La presencia de un TMI en el labio nos ha permitido realizar un estudio ecográfico de mayor calidad, y definir mejor sus hallazgos ecográficos gracias al uso de una sonda lineal de baja frecuencia.

**Conclusiones:** El TMI se puede presentar de forma atípica como un nódulo en el labio. Se observa ecográficamente como una tumoración subcutánea de bordes lobulados y contenido heteroecoico con vascularización asociada, hallazgos similares a algunos tumores malignos cutáneos.



**PO-411** ECOGRAFÍA CUTÁNEA PORTÁTIL: NUESTRA EXPERIENCIA DESPUÉS DE UN AÑO DE USO EN CONSULTA

Nayra Merino de Paz(1), María Noelia Hernández Hernández(1), Solange Castro Gruber(1), María Eugenia Gaviño Ferrera(1), Lidia Trujillo Méndez(1) y Mónica Fumero Arteaga(1) de (1)Dermamedicin Clínicas, Santa Cruz de Tenerife - España.

**Antecedentes y Objetivo:** La ecografía cutánea es una prueba complementaria que cada día demuestra, con mayor certeza, su utilidad en nuestras consultas de dermatología. Precisa una formación específica, como ocurre con otras técnicas, como la dermatoscopia, que con el tiempo ha pasado a ser indispensable en nuestro día a día. En el presente trabajo exponemos un análisis de las ecografías realizadas durante 2023 en la consulta de dermatología, como parte de la exploración del paciente.

**Material y Métodos:** El ecógrafo utilizado es el Clarius L-20, portátil, con sonda de 20MHz y doppler color. Recogemos el diagnóstico previo a la ecografía, diagnóstico post-ecográfico, casos de uso pre-quirúrgico (medidas, márgenes) o antes de un tratamiento estético y su impacto en la facturación de la consulta.

**Resultados:** Se realizaron un total de 85 estudios ecográficos a los pacientes atendidos en consulta durante el año 2023, se priorizó aquellos pacientes que tenían lesiones nodulares e iban a ser intervenidos para analizar naturaleza de la lesión y tamaño de la misma con el fin de optimizar la intervención. El diagnóstico pre y postecográfico no coincidió en tres de los casos. Además, ayudó a confirmar tres sospechas diagnósticas de rellenos permanentes.

**Discusión:** Es una técnica con una curva de aprendizaje larga, pero que con los equipos actuales es rápida de realizar en la consulta habitual, dado que lo podemos tener en el bolsillo junto al dermatoscopio y, nos puede aportar datos muy valiosos para nuestras intervenciones quirúrgicas y tratamientos inyectables.

ZONA PÓSTER

TÉCNICAS DE IMAGEN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

**PO-412** EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE PERMANENCIA DE FOTOPROTECTORES TÓPICOS EN PIEL EN LA PRÁCTICA HABITUAL MEDIANTE FOTOGRAFÍA UV Y ANÁLISIS DE IMAGEN

José Aguilera Arjona(1), Francisco Jiménez Leiva(1), Celia Ruiz Espinosa(1), Carme Chorto Balart(2) y Mª Victoria de Gálvez Aranda(1) de (1)Laboratorio de Fotobiología Dermatológica, Centro Investigaciones Médico Sanitarias. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, Málaga - España y (2)Beiersdorf SA, Barcelona - España.

Los fotoprotectores tópicos han sufrido un gran avance tecnológico en los últimos años donde se han mejorado significativamente en la eficacia generando altos factores de protección tanto para eritema, pigmentación y otros efectos biológicos. El avance en formulación también ha llevado al desarrollo de fórmulas que permitan una alta cosmética y que sean fácil aplicación sin perder eficacia. En sentido estricto de la metodología de medición del factor de protección solar de una fórmula fotoprotectora tópica, un Factor de 50+ debería permitir un grado de protección frente a eritema de más de 15 horas de duración aunque las guías de fotoprotección indican la reaplicación cada dos horas. Pero

es necesario reaplicarlo cada dos horas en hábitos cotidianos de vida? El objetivo del presente trabajo es analizar el grado de permanencia de varias fórmulas fotoprotectoras en cara de voluntarios tras una sola aplicación por la mañana en condiciones de vida normal (horarios de oficina, estudios y movilidad normal).

**Métodos:** Se escogieron hemcaras donde se aplicaban en cada hemcara un tipo de fórmula fotoprotectora (se han usado un total de 3 fórmulas de FPS 50+ y una FPS 100) y se observó el grado de permanencia de las mismas mediante fotografía UV justo tras aplicar las fórmulas y tras 1-2-3-5 y 7 horas. El grado de absorción de UV y el nivel de homogeneidad de las mismas se analizó mediante el programa de análisis de imagen Fiji (ImageJ).

**Resultados:** Se observó una disminución significativa del grado de absorción UV en los voluntarios a lo largo del ciclo diario, aunque tras 7 horas de tratamiento el grado de pérdida de absorción UV fue menor al 40 % respecto al inicial en todas las fórmulas testadas.

**Conclusión:** Para los hábitos normales de vida, sin llegar a situaciones de estrés cutáneo como bañarse, realizar práctica deportiva, sino la actividad diaria normal, casa, trabajo, paseo, etc...todas las fórmulas testadas mostraron un grado de permanencia suficiente para indicar que en estas circunstancias, una sola aplicación del fotoprotector tópico en la mañana es suficiente para garantizar un grado de fotoprotección efectivo en la cara durante toda la jornada.

## PO-413

## EFICACIA DE FOTOPROTECTORES TÓPICOS EN CONCOMITANCIA CON TRATAMIENTOS TÓPICOS FRENTE A FOTODERMATOSIS

Rosa Castillo Muñoz(1), José Aguilera Arjona(2), Enrique Herrera Acosta(1), Jorge Alonso Suárez Pérez(1), Rodríguez Ruiz Marilo(2), Daniel Jesús Godoy Díaz(3), Leandro Martínez Pilar(3), Miguel Aguilar Bernier(4), Magdalena de Troya Martín(4) y M<sup>a</sup> Victoria de Gálvez Aranda(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (2)Departamento de Medicina y Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, Málaga - España, (3)Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España y (4)Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

Una recomendación obligatoria a todos los pacientes que son diagnosticados de fotodermatosis en las consultas de dermatología es el uso de fotoprotección tópica que acompañan normalmente a otro tipo de tratamiento tópico farmacológico para la piel. La pregunta es, se verá afectada la eficacia del fotoprotector tópico en la piel al aplicarse el paciente otro tratamiento tópico concomitante?. Se realizó un estudio en un total de 93 pacientes enviados desde distintas unidades de dermatología de varios hospitales de la provincia de Málaga al Laboratorio de Fotobiología Dermatológica del Centro de Investigaciones Médico Sanitarias de la Universidad de Málaga. Se utilizaron fórmulas de fotoprotección de diferentes fabricantes (SPF 50 y 50+), así como un total de 5 corticoides tópicos, 3 antifúngicos y 3 antibióticos tópicos de farmacia. Se aplicaron en diferente orden secuencial en 5 zonas de la espalda de los voluntarios 5 combinaciones diferentes (áreas de 20 cm<sup>2</sup> y con 2 mg de producto/cm<sup>2</sup>) (piel sin tratar, tratamiento farmacológico tópico, fotoprotector, trat farmacológico + fotoprotector y fotoprotector+trat farmacológico). Se utilizó la fotografía ultravioleta para comparar la piel no tratada y la piel tratada con las diferentes combinaciones. Los niveles de reflectancia del color de las fotografías se analizaron mediante el programa informático de análisis de imágenes ImageJ

**Resultados:** El análisis de reflectancia UV mostró no efecto de oscurecimiento en piel significativo cuando se aplicaron tanto los corticoides tópicos o los antibióticos, mientras que el uso de antifúngicos mostraron una ligera absorción de UV. La aplicación del fotoprotector solo, o aplicándolo antes o después de los tratamientos tópicos farmacológicos dieron lugar a una disminución del grado de reflectividad UV indicando una alta absorción como corresponde al fotoprotector. Cuando se aplicaron los corticoides o los antibióticos antes o después del fotoprotector no se alteró la eficacia de estos. Es más, aplicar antifúngico 10 min después del fotoprotector se aumentó la eficacia de fotoprotección por absorción acumulada de UV de los antifúngicos.

**Conclusión:** La eficacia de los fotoprotectores en piel no se ve afectada por los tratamientos tópicos farmacológicos tipo corticoides, antibióticos y antifúngicos independientemente que sean aplicados en diferente orden.

## PO-414

## RETÍCULO PARALELO EN MELANOMAS LENTIGINOSOS: SERIE DE CASOS Y CORRELACIÓN CON MICROSCOPIA CONFOCAL DE REFLECTANCIA IN VIVO

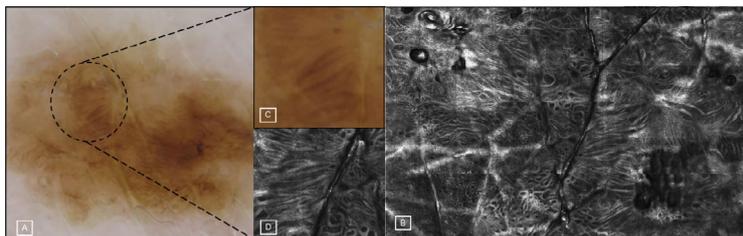
Giulia Greta Dradi(1), Marta Menéndez Sánchez(1), M<sup>a</sup> Uxúa Floristán Muruzábal(1), Diana Patricia Ruiz Genao(1), Alejandra Méndez Valdés(1), Gemma Jumilla Martínez(1), Elena Naz Villalba(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

El lentigo maligno es un tipo de melanoma de lento crecimiento asociado a pieles fotodañadas y pacientes mayores. Su diagnóstico en ocasiones es complejo, pudiendo simular lesiones no melanocíticas benignas como las queratosis actínicas pigmentadas, el lentigo solar y las queratosis liquenoides, entre otras. En los últimos años se ha convertido en un diagnóstico cada vez más frecuente en nuestras consultas, y esto probablemente se debe a varios factores. El envejecimiento poblacional, la concienciación de los dermatólogos sobre esta entidad y sus criterios dermatoscópicos distintivos, el avance de técnicas complementarias como la microscopia confocal de reflectancia, así como la actualización de los criterios histológicos, son algunas de las razones principales.

El reconocimiento de patrones dermatoscópicos es esencial para poder sospechar el diagnóstico de lentigo maligno y no pasar por alto muchas lesiones de este tipo. Los patrones clásicamente asociados al lentigo maligno son, en estadios tempranos, la hiperpigmentación perifollicular asimétrica y el patrón anular granular y en estadios más tardíos el taponamiento folicular, las áreas borradas y zonas de vascularización atípica, entre otras.

Presentamos una serie de casos de lentigos malignos confirmados histológicamente con un signo dermatoscópico característico, la presencia de un retículo pigmentado que se dispone en forma de líneas paralelas, que, en algunos casos, fue el único o principal signo para sospechar una lesión melanocítica atípica y para realizar pruebas complementarias (microscopia confocal) y/o extirpación. Al analizar estas lesiones por

confocal pudimos comprobar cómo estas áreas se corresponden con zonas de engrosamientos junturales atípicos con distribución paralela y células dendríticas que cruzan las papilas de forma horizontal (estructuras mitocondriales), ambos signos asociados a lentigos malignos en estadios tempranos.



Título imagen: Lentigo maligno en muslo: A,C) Imagen dermatoscópica con retículo atípico paralelo B,D) Imagen de MCR con patrón en malla con engrosamientos junturales atípicos paralelos a nivel de la unión dermoepidérmica

Nuestra hipótesis es que este retículo paralelo se corresponde con zonas de distorsión del retículo en fases incipientes de transformación y que presentan una clara correlación dermatoscopia-confocal. Por último, revisaremos también las limitaciones que puedan presentarse a la hora de reconocer este signo dermatoscópico.

PO-415

TUMORES ANEXIALES CUTÁNEOS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL CARCINOMA BASOCELULAR: CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS DE LOS TUMORES TRICOBLASTÍCOS

Lula María Nieto Benito(1), Alejandra Tomás Velázquez(1), María Huerta Brogeras(1), María Concepción Garrido Ruiz(2) y Pedro Redondo Bellón(1) de (1) Departamento de Dermatología y (2)Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra, Madrid - España.

Los tumores anexiales constituyen un grupo variado de tumores originados a partir de estructuras foliculares o glandulares de la piel. Los tricoblastomas (TB) y tricoepiteliomas (TE) son neoplasias benignas desarrolladas a partir de células germinativas foliculares. Existe controversia sobre si el TE [y su forma desmoplásica (TED)] son variantes histopatológicas del TB o constituyen entidades independientes.

Mujer de 45 años con una pápula color piel localizada a nivel dorsal. Mediante dermatoscopia, se observaban telangiectasias finas, bien enfocadas, dispuestas sobre un fondo blanquecino y rodeada de estructuras pigmentadas, al localizarse en una zona con intenso daño solar. La biopsia cutánea demostró los hallazgos típicos de un TED. Paciente de 60 años que consultaba por una pápula eritematosa localizada en el ala nasal izquierda de años de evolución. El análisis dermatoscópico reflejó la presencia de vasos finos y cortos, así como telangiectasias enfocadas, rosetas y glóbulos blanco-amarillentos.

El resultado histopatológico de la extirpación fue compatible con un TE. Con la sospecha de carcinoma basocelular (CBC), se realizó la extirpación de una pápula pigmentada localizada en sien izquierda. En la imagen dermatoscópica, se observan puntos y glóbulos azul-gris, telangiectasias enfocadas y vasos finos ramificados, crisálidas y una erosión central sobre un fondo azul-grisáceo correspondiente a un TB.

De la misma forma que con otros tumores anexiales, se han establecido criterios dermatoscópicos en el intento de diferenciar entre TB/TE y del CBC. Los vasos presentes en TE pueden presentar diferentes morfologías; la más descrita, es la presencia de vasos arborizantes enfocados, finos y cortos.

Estos, cuando la lesión no es pigmentada, suele presentarse sobre un fondo blanco-rosado, que, en el caso de TED, tiene una apariencia más "cristalina" (ivory like). Es frecuente la presencia de quistes tipo millium, en forma de glóbulos blanco-amarillentos o rosetas. Los TB, sin embargo, presentan vasos más similares al CBC. Lo que caracteriza a los TB son los criterios dermatoscópicos de su forma pigmentada: fondo azul-grisáceo (denominado como large blue-gray ovoid nest) único, al que pueden asociarse puntos y glóbulos azul-gris. Esto permite diferenciarlo del CBC pigmentado, en el que los nidos ovoides son múltiples y más pequeños.

PO-416

ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL EN DERMATOLOGÍA: DESCRIPCIÓN, EVALUACIÓN Y POTENCIAL DE LA TÉCNICA

Victoria Ortiz Berciano(1), Margarita Pich-Aguilera Blasco(1), Lourdes Fajardo Lucena(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Cristian Fernando Caballero Linares(1), Ángel Manuel Rosell Díaz(1), Irene Salguero Fernández(1), Gastón Roustán Gullón(1) y Fernando Alfageme Roldán(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

**Introducción:** La ecografía 3D es una técnica de imagen que utiliza ondas de ultrasonido para crear imágenes tridimensionales. De este modo, se utilizan múltiples haces de ultrasonido desde diferentes ángulos para recopilar información detallada sobre la forma y la posición de las estructuras cutáneas. Así, se obtiene una visión más completa y detallada, lo que puede ser útil en el diagnóstico, en el seguimiento y en la toma de decisiones respecto al abordaje terapéutico de múltiples patologías y lesiones tanto de la piel como de los anejos cutáneos.

**Resumen:** Este estudio examina la utilidad de la ecografía 3D en Dermatología, evaluando sus aplicaciones, ventajas y limitaciones.

La metodología incluye un análisis de múltiples casos clínicos, donde se empleó la ecografía 3D para caracterizar y evaluar lesiones cutáneas y de los anejos. Además, se recogieron también los resultados obtenidos con técnicas convencionales, como dermatoscopia, histología y ecografía 2D.

Se han evaluado numerosas y diversas patologías: inflamatorias (hidradenitis), tumores benignos y malignos (quistes epidermoides, lipomas, carcinomas basocelulares) y patología anexial.

Los hallazgos revelaron que la ecografía 3D ofrece una visión detallada de las estructuras cutáneas y subcutáneas, siendo útil en la identificación de lesiones benignas o malignas, tanto de áreas superficiales de epidermis o dermis como de localizaciones profundas de hipodermis o incluso fascia o musculatura. Su capacidad para proporcionar imágenes tridimensionales detalladas permite una mejor comprensión de la morfología, enriqueciendo las imágenes bidimensionales de la ecografía convencional.

Además, se ha objetivado la utilidad de la ecografía 3D en la planificación intervencionista y seguimiento postquirúrgico. Se discuten también las limitaciones técnicas, como la necesidad de equipos especializados y formación específica para los dermatólogos. También la variabilidad interexplorador e intraexplorador.

**Conclusión:** La ecografía 3D es una herramienta valiosa, añadiendo precisión diagnóstica y facilitando la planificación del abordaje terapéutico, sobre todo en el ámbito de la Dermatología quirúrgica e intervencionista.

**PO-417**

**UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA EN PATOLOGÍA UNGUEAL: SERIE DE CASOS**

Mónica Quintana-Codina(1), Maribel Iglesias-Sancho(1), Víctor García-Rodríguez(1), Albert Martín-Poch(1), Dídac Marín-Piñero(1) y Montse Salleras-Redonnet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.

Las enfermedades de las uñas son un motivo frecuente de consulta y en muchas ocasiones suponen un reto diagnóstico y terapéutico. La ecografía Doppler de alta frecuencia permite valorar las diferentes estructuras que conforman el aparato ungueal (tabla, lecho, falange distal, pliegues proximal y laterales, matriz e hiponiquio) y su vascularización en tiempo real.

Presentamos una serie de casos de patología ungueal inflamatoria y tumoral en los que la ecografía no solamente fue de ayuda para el diagnóstico, sino que también fue especialmente útil en la monitorización terapéutica. La serie incluye casos tratados tanto médicamente como mediante cirugía. Entre los casos tratados médicamente se incluyen, entre otros, un granuloma piogénico tratado con timolol tópico o un quiste mucoide tratado con drenaje e infiltración intralesional de corticoide. Entre los casos tratados quirúrgicamente encontramos un cuerpo extraño, un tumor glómico, una exóstosis subungueal y una onicocriptosis, entre otros. La ecografía permitió confirmar una recidiva tumoral en un caso, y una respuesta parcial o completa en el resto de casos.

La ecografía es considerada actualmente la técnica de imagen de elección para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades de las uñas. Además, también permite la planificación quirúrgica de los tumores y monitorizar la respuesta a los tratamientos. En este sentido, proporciona seguridad y tranquilidad tanto al dermatólogo como al paciente en los casos en los que se confirma una respuesta terapéutica satisfactoria, mientras que permite plantear de forma precoz un cambio de estrategia en los casos de no respuesta o de recidiva.

En conclusión, aunque la ecografía ciertamente es una herramienta útil para el diagnóstico de patología ungueal, los autores queremos destacar su papel en la monitorización terapéutica en este grupo de enfermedades.

**PO-418**

**OPINIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA TELEDERMATOLOGÍA EN ESPAÑA. ANÁLISIS PRELIMINAR ENCUESTA GEDEI 2024**

Guillermo Romero Aguilera(1), María del Prado Sánchez Caminero(1), Julio Heras Hitos(2), Alberto León Martín(3), José Manuel Carrascosa Carrillo(4), Ricardo Ruiz Villaverde(5), Rosa María Izu Belloso(6), David Moreno Ramírez(7), Ángeles Flórez Menéndez(8), Rosa Taberner Ferrer(9), Marc Sagristà García(10) y Paola Pasquali(11) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España, (2)Centro de Salud Villarejo de Salvanés-DASE, Madrid - España, (3)Unidad de Calidad. Hospital General Universitario, Ciudad Real - España, (4)Servicio Dermatología. Germans Trias i Pujol University Hospital, UAB, IGTP, Barcelona - España, (5)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada - España, (6)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España, (7)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (8)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (9)Servicio de Dermatología. Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (10)Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Barcelona - España y (11)Servicio de Dermatología. Pius Hospital de Valls, Valls (Tarragona) - España.

**Introducción y objetivos:** En enero-24 GEDEI y SEMERGEN lanzan una encuesta individual a médicos de Atención Primaria (MAP) sobre la práctica de la TD. Presentamos el análisis preliminar de las primeras 419 respuestas.

**Resultados:** Cataluña (118), Andalucía (50), y las dos Castillas (ambas 47) lideran el número de respuestas. Los CS fueron urbanos (62%) y docentes (61%), con media de 12 médicos (2-39). El 50% < 10km del hospital (25% a > 30 kms).

Como medio de captura 73% de MAPs usa móviles (23% con App de foto específica), 22% cámara digital gama media y 5% gama alta. Un 76% usa dermatoscopio y 4% ecografía. El 72% realiza la TD en el día sin diferirla, y 94% el propio médico toma las fotos. Media de pacientes atendidos por MAP y día son 40 (29 presenciales), 9% por problemas de piel. Son 2 la mediana de TDs remitidas/semana por MAP (80% remite <4). Como media el proceso de TC les lleva 14 minutos (40% <10, 10% >20).

La espera media para cita presencial en dermatología son 93días (20% >150), para preferente media 37 días (30% <15 y 8% > 90). El 75% TDs se responden < 5 días (10% > 30 días).

En el 53% la derivación TD es obligada, resto opcional. El 96% atiende dermatología general por TD (4% solo tumoral). El 90% usa TD almacenamiento, un 6% híbrida y 4% tiempo real. Un 38% usan el teléfono para resultados. En el 80% la TD se vincula a la historia clínica electrónica, 50% almacena fotos en su ordenador y solo 37% hace codificación CIE. Un 48% considera resueltos los problemas legales, 15% considera que no, resto NS/NC.

Los objetivos TD considerados incluyen: 77% decidir manejo y tratamiento, 68% cribado de lo banal, 67% priorización del cáncer, 54% paliar listas de espera, 52% priorizar urgencias y preferentes, 33% accesibilidad de ancianos y discapacitados, y solo el 22% acceso usuarios distantes.

Los principales obstáculos al buen funcionamiento de la TD proceden para el 45% del equipamiento de foto y 35% dermatoscopia, 27% la red, 24% el servicio de dermatología, 20% sistema de información, 13% la primaria, 12% la gerencia, 5% citaciones y <4% los pacientes.

El grado de satisfacción global y valoración de problemas e inconvenientes se presentan en la Tabla adjunta.

**Conclusiones:** Aunque dispar entre comunidades y CS, la satisfacción de los MAP con la TD en España es elevada, y se considera que cumple objetivos clave para el manejo del paciente.

**Tabla:** Ventajas e inconvenientes del sistema de TD a criterio del MAP (calificadas de 0 a 10)

VENTAJAS	Media	Mediana	Moda	INCONVENIENTES	Media	Mediana	Moda
Satisfacción Global	7.3	8	8	Consume mucho tiempo	6	6	10
Prioriza oncología	8.8	9	10	Mala calidad fotos	5.7	6	5
Prioriza lo urgente	8.3	9	10	Riesgo de error	4.9	5	5
Criba lo banal	8	9	10	Difícil coordinar MAP-derma	3.8	3	0
Ahorra visitas	7.9	8	10	Falta colaboración dermatologo	3.5	2	0
Mejora comunicación MAP-Derma	7.6	8	10	Falta colaboracion MAP	3.3	3	0
Mejora Manejo	7.4	8	8	NOTAS de 0 a 10 para ventajas e inconvenientes del sistema de TD a criterio del MAP			
Mejora Formación MAP	6.5	7	8				

**PO-419** HIDROADENOMA NODULAR: LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA

José Sáez Padilla(1), María López-Pardo Rico(1), Brais Chao Maseda(1), Carmen Cánovas Seva(1), J. Manuel Suárez Peñaranda(2), Isabel Rodríguez Blanco(1) y Ángeles Flórez Menéndez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España.

**Introducción:** El hidroadenoma nodular es un tumor benigno derivado de las glándulas sudoríparas ecrinas que suele manifestarse como un tumor solitario eritematovioláceo. Constituye una fuente de errores diagnósticos dermatológicos debido a su capacidad para simular otras lesiones más prevalentes. En este estudio, nuestro objetivo es describir las principales características clínicas y ecográficas en una serie de casos.

**Métodos:** Se recopilaron todos los casos diagnosticados de hidroadenoma nodular mediante estudio histopatológico en nuestra área sanitaria entre 2014 y 2024. Las variables analizadas fueron: la edad, el sexo, la lesión elemental, la localización, el tamaño, el diagnóstico diferencial clínico, el tiempo de evolución hasta el diagnóstico, los síntomas y las características ecográficas (capas, forma, naturaleza, ecogenicidad, vascularización).

**Resultados:** 24 pacientes fueron diagnosticados de hidroadenoma nodular entre enero de 2014 y enero de 2024. Se identificaron 11 mujeres y 13 hombres entre 21 y 89 años. La presentación más común fue una lesión tumoral localizada en la cabeza y cuello (47%), con un diámetro medio de 15 mm, un tiempo medio de evolución de 1,9 años y frecuentemente asintomática (56%). Los principales diagnósticos diferenciales clínicos incluyeron el quiste epidérmico, el quiste tricolémico y el carcinoma basocelular. El estudio ecográfico reveló una lesión dérmica ovalada sólido-quística heterogénea con importante vascularización periférica.

**Discusión:** El hidroadenoma nodular representa un desafío diagnóstico para el dermatólogo. Es un tumor de crecimiento lento, ovalado, eritematovioláceo o marrón, que afecta principalmente a mujeres de mediana edad. La ultrasonografía puede contribuir al diagnóstico, mostrando una estructura polilobulada bien definida, sólido-quística, ubicada en dermis-hipodermis, con estructuras ecogénicas móviles que forman un patrón de «copos de nieve» y una vascularización arteriovenosa en el interior o en la periferia de la lesión. Estos hallazgos permiten distinguirlo de sus principales diagnósticos diferenciales, el dermatofibroma, el quiste epidérmico, el nevus azul o el carcinoma basocelular.

La combinación de datos clínicos y ecográficos incrementa la precisión diagnóstica evitando diagnósticos erróneos e intervenciones innecesarias.

**PO-420** ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO CLÍNICO EN PACIENTES CON LESIONES PIGMENTADAS

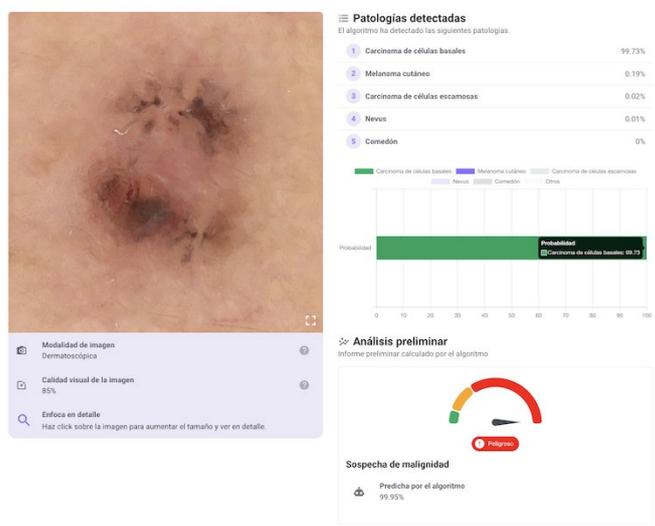
Miguel Sánchez Viera(1), Pablo M. López Andina(1), Isabel D. del Campo Hernández(1), Miguel Sánchez Illescas(1), Taig Mac Carthy(2), Andy Aguilar(2), Jordi Barrachina(2) y Alfonso Medela Ayarzagüena(3) de (1)IDEI, Madrid - España, (2)Clinical Endpoint Innovation. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España y (3)Medical Data Science. Legit.Health, Bilbao (Vizcaya) - España.

En los últimos años, la inteligencia artificial ha sido crucial en mejorar el diagnóstico visual en medicina.. En dermatología, la IA puede ser de gran utilidad al ofrecer una segunda opinión basada en datos extensos. Presentamos los datos preliminares de un estudio para evaluar la eficacia de un dispositivo médico de inteligencia artificial para mejorar la atención en consultas por lesiones pigmentadas con sospecha de malignidad.

En esta fase inicial seleccionamos 76 pacientes atendidos en consulta de dermatología en 2023 por lesiones pigmentadas sospechosas de malignidad, que requirieron biopsia para confirmar el diagnóstico. Los casos fueron revisados por un dermatólogo, que seleccionó solo casos que dispusiesen de imágenes de buena calidad y con confirmación histológica. Seleccionamos 101 imágenes clínicas y dermatoscópicas, con un 23.5% correspondiente a patologías malignas. Se asignó una escala de sospecha de malignidad clínica del 0 al 10 y del dispositivo del 0 al 100 y comparamos los diagnósticos clínicos con los resultados de las biopsias, consideradas el estándar de oro.

Los resultados revelaron que, utilizando el diagnóstico del clínico, se obtuvo una sensibilidad del 62% y una especificidad del 80%, mientras que el algoritmo alcanzó una sensibilidad del 90% y una especificidad del 68%. Si se aplicaba un límite de 5 en la escala de malignidad determinada por el especialista para diferenciar entre benigno y maligno, se lograba un 88% y 58%, respectivamente, por debajo del rendimiento del algoritmo. Aumentando el umbral a 8, se obtuvieron valores de 63% y 79%.

Estos resultados muestran un alto rendimiento del dispositivo médico a pesar de la complejidad de las imágenes de las lesiones incluidas, obteniendo el algoritmo métricas superiores a las del clínico. Para lograr un rendimiento óptimo del algoritmo observamos que es crucial recortar la zona de la lesión, eliminando "ruido". Además, en el estudio retrospectivo se emplearon muchas imágenes dermatoscópicas, que demostraron ser de gran utilidad. De los resultados preliminares obtenidos de nuestro estudio, concluimos que este dispositivo basado en IA puede facilitar el diagnóstico y la gestión de los pacientes con lesiones pigmentadas, una vez integrado en el flujo de trabajo, así como ayudar a la detección precoz del cáncer de piel, y por tanto a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.



Resultado del dispositivo médico para una foto dermatoscópica de un carcinoma basocelular sólido pigmentado

Tabla: Análisis comparativo de la capacidad para discriminar patologías malignas

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Dermatólogo (diagnóstico)	62	80
Dermatólogo (malignidad I=5)	88	58
Dermatólogo (malignidad I=8)	63	79
Dispositivo médico (Legit.Health)	90	68

Sensibilidad y especificidad del dermatólogo y dispositivo médico

PO-421

EXPERIENCIA DE USO DE LA FOTOGRAFÍA CORPORAL TOTAL EN 3 DIMENSIONES CON DERMATOSCOPIA DIGITAL Y ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE MELANOMA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Laura Serra García(1), Giselle Rezza Gargantini(2), Ana Claudia Rivas Segovia(3), Abel Caño Caño(1), Cristina Carrera Álvarez(1), Susana Puig Sardá(1), Sebastian Podlipnik(1) y Josep Malvehy Guilera(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Dermatología, Proyecto Europeo Intelligent Total Body Scanner for Early Detection of Melanoma (iToBoS) y (3)Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Antecedentes y Objetivos:** Los sistemas fotografía corporal total en 3 dimensiones (FCT 3D) mejoran la visualización de áreas anatómicas complejas, y disminuyen el tiempo de adquisición. Incorporan algoritmos de 'machine learning' (ML) para uso de investigación para contar lesiones tumorales, detectar cambios y predecir riesgo individual de malignidad en imágenes de dermatoscopia digital (DD). El objetivo es

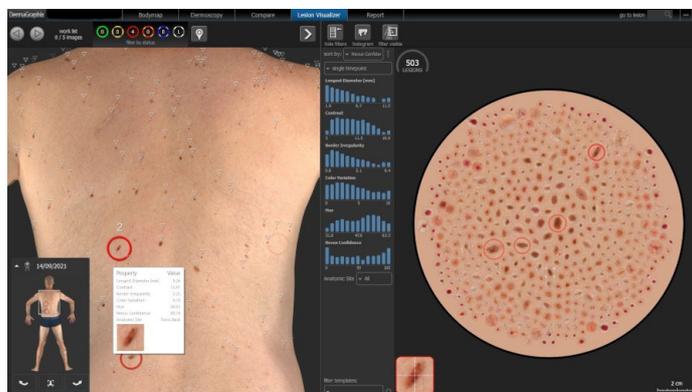
caracterizar el uso de la FCT 3D con DD para la detección precoz de melanoma en pacientes de alto riesgo y describir los **resultados** de los algoritmos de ML.

**Métodos:** Inclusión retrospectiva de pacientes con alto riesgo de melanoma con FCT 3D y DD entre julio 2021 y septiembre 2023 en un hospital terciario. Análisis descriptivo de las características clínicas, fenotípicas, de imagen, características histológicas de las lesiones extirpadas y **resultados** de los algoritmos de ML.

**Resultados:** Se realizaron un total de 2929 mapas 3D en 1053 pacientes (2,78/paciente), con una edad media de 52,4 años (DE 14,8) y 558 (53,0%) mujeres. El total de lesiones en seguimiento de DD fue 12988 (12,3/paciente). Se extirparon 337 lesiones en 248 (23,6%) pacientes, 131 (38,9%) tras el primer mapa, y 206 (61,1%) en posteriores exploraciones. De las últimas, se diagnosticaron 47 (22,8%) melanomas, 64 (31,1%) nevus displásicos, 16 (7,8%) nevus comunes, 41 (19,9%) carcinomas basocelulares, 8 (3,9%) carcinomas escamosos, 8 (3,9%) léntigos solares, y otras 22 (10,7%) lesiones.

De los 47 melanomas diagnosticados en 42 pacientes, 28 (59,6%) fueron in situ, mientras que los invasores (19, 40,4%) tuvieron un índice de Breslow mediano de 0,4 mm. La media de lesiones segmentadas por mapa por los algoritmos de ML fue 816,8 (1195,6 en pacientes con exéresis vs 683,5 en pacientes sin,  $p < 0,005$ ). La puntuación media de malignidad de los algoritmos de ML para DD (escala del 0 al 10) fue de 5,3 en los melanomas y 2,11 en los nevus displásicos. De los melanomas diagnosticados durante el seguimiento, 37 (78,7%) mostraban cambios detectados automáticamente por mapas, 1 (0,02%) no lo presentaba y en 9 no se pudo evaluar.

**Conclusiones:** La FCT 3D es de utilidad para el seguimiento y detección precoz de melanoma en pacientes de alto riesgo. Incorpora algoritmos de ML con distintas aplicaciones que deben validarse en estudios clínicos, y que pueden aportar información de utilidad en práctica clínica.



Fotografía corporal total en 3 dimensiones de un paciente con alto riesgo de melanoma con lesiones segmentadas automáticamente como «probable nevus»

**PO-422 MELANOMA QUERATOSIS SEBORREICA-LIKE. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA SU RECONOCIMIENTO**

María de las Mercedes Sigüenza Sanz(1), Fernando Alfageme Roldán(1), Marta Elosua González(1), Mercedes Hospital Gil(1), Elena López-Negrete Arenal(1), Dolores Suárez Massa(2) y Gastón Rouston Gullón(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

**Introducción:** El melanoma puede presentar morfologías atípicas, como el melanoma queratosis seborreica-like (QS-like), cuyo diagnóstico clínico y dermatoscópico representa un desafío.

**Caso Clínico:** Varón de 39 años, sin antecedentes de interés, que presentaba en la espalda una lesión sobreelevada, hipercrómica, bien delimitada, de aproximadamente 1 cm de diámetro, que había cambiado en los últimos meses.

En la dermatoscopia no se veían criterios de lesión melanocítica. Se observaba una zona que recordaba al patrón cerebriforme, dudosos pseudoquistes de millium y tapones foliculares, así como márgenes bien definidos. Si bien estos hallazgos sugerían el diagnóstico de QS, no todos eran típicos y además se apreciaban áreas y líneas blanco brillantes, así como un área rosada con vasos. Como la imagen planteaba dudas, realizamos una ecografía en la que se apreciaba aumento de la vascularización en dermis superficial y profunda, sugestiva de malignidad.

Se procedió a la extirpación de la lesión con resultado histológico de melanoma de extensión superficial y Breslow de 1.2 mm.

**Discusión:** El melanoma QS-like puede ser clínica y dermatoscópicamente indistinguible de una QS. Clínicamente se presenta como una lesión en crecimiento, sobreelevada, color marrón claro a negro, superficie queratósica, consistencia no friable y de forma regular o irregular. Es más frecuente en la espalda y los miembros, sin predilección por un grupo de edad.

Dermatoscópicamente se pueden ver signos de lesión melanocítica y no melanocítica. Las estructuras melanocíticas se distribuyen irregularmente e incluyen retículo pigmentado, puntos-glóbulos marrón oscuro, proyecciones, velo azul-blanquecino y pigmentación irregular. Las estructuras no melanocíticas más destacadas son los pseudoquistes de millium y los tapones foliculares. Ante una lesión pigmentada que está cambiando debemos hacer una valoración y correlación clínico-dermatoscópica.

En la exploración dermatoscópica debemos fijarnos en la imagen global, estructuras individuales y bordes, así como alternar el modo polarizado y no polarizado. En los casos más difíciles, disponer de técnicas diagnósticas como la ecografía, pueden aportar datos que ayuden a sospechar la malignidad de la lesión, como es el aumento de vascularización presente en nuestro caso. Esto permitirá no retrasar el diagnóstico, lo que es fundamental en el melanoma.

ZONA  
PÓSTER

TEMAS PROFESIONALES Y SOCIOSANITARIOS

PO-423

CONTROVERSIAS SOBRE LOS RIESGOS PRO-CARCINOGENICOS ASOCIADOS AL USO DE LÁMPARAS UV POLIMERIZADORAS PARA EL ESMALTADO PERMANENTE DE UÑAS

M<sup>a</sup> Victoria de Gálvez Aranda(1), José Aguilera Arjona(1) y Ricardo J. Bosch García(1) de (1)Departamento Medicina y Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, Málaga - España.

**Antecedentes:** Recientemente se ha suscitado una polémica por el potencial pro-carcinogénico de la exposición a lámparas de rayos UVA necesarias para el esmaltado permanente de uñas. La entrada de nuevos dispositivos de polimerización a base de LEDs y su potencial efecto biológico no ha sido analizado aún.

**Objetivo:** Evaluar la potencia de emisión y su potencial de acción para efectos biológicos en la piel en dos tipos lámparas polimerizadoras UV leds y fluorescentes en condiciones de uso habitual comparado con dosis de exposición solar.

**Material y Métodos:** Se analizó el espectro de emisión (290-450nm) de lámparas polimerizadoras y del sol al mediodía en un día medio de verano en latitudes medias de España. Se caracterizó además la irradiancia biológica efectiva potencial de generación de eritema, cáncer de piel no melanoma, daño al ADN, fotoinmunosupresión y pigmentación permanente.

**Resultados:** La irradiancia UVA-visible de alta energía emitida por los dispositivos fue similar a la emitida por el sol en esa franja espectral y las dosis biológicas efectivas fueron menores o similares al sol. La dosis UV y visible de alta energía total por sesión de manicura correspondió a la obtenida entre 3.5-6 min al sol al mediodía en verano en nuestras latitudes.

**Conclusiones:** Los tiempos de exposición y las dosis recibidas en la práctica habitual del secado de uñas por lámparas artificiales corresponden a exposiciones solares de 3-5 minutos en las horas centrales del día. Esto representa un potencial carcinogénico muy bajo comparado con la exposición solar, aunque similar en potencial inmunosupresor. Medidas de fotoprotección minimizarían aún más los riesgos potenciales.

PO-424

DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO

Jorge López Cano(1), Rocío del Carmen Bueno Molina(1), Gloria Romero Vázquez(1), María Soriano(2), Alejandro Rejón(3), María Dolores Salguero(1), Pilar Porras(1), Lourdes Rodríguez Fernández-Freire(1), Esteban Castro(3), José Juan Pereyra Rodríguez(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Farmacia Hospitalaria y (3)Servicio de Tecnología de Información y Comunicación. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla – España.

**Antecedentes y Objetivos:** Las comisiones de farmacia tienen un papel fundamental para asegurar un uso racional del medicamento, especialmente en los fármacos de alto impacto (FAIs), asegurando su indicación en las condiciones autorizadas por las autoridades sanitarias (poblaciones, contraindicaciones y posicionamiento terapéutico).

El objetivo de este estudio es describir el desarrollo e implantación de una herramienta digital para la gestión integral del proceso, el uso y satisfacción de los usuarios tras un año de implantación.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una aplicación ad-hoc a partir del servicio web corporativo PIDE (Proyecto Integral de Demanda Estructurada) que recogiera un flujograma del proceso que incluye solicitud, validación, dispensación y administración (Figura 1).

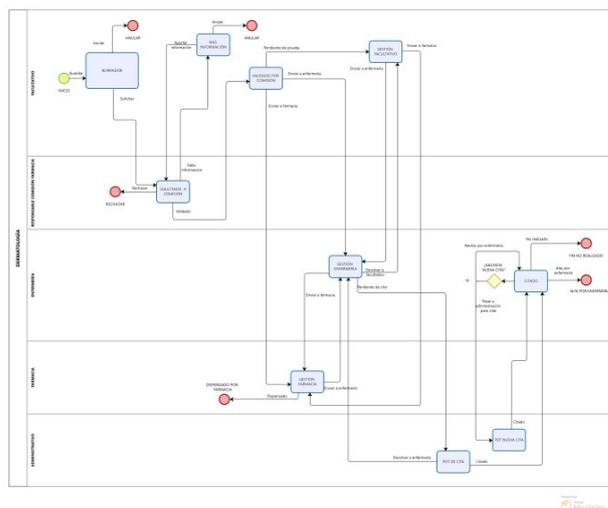


Figura 1

Tras un pilotaje y formación, desde el 1 de enero de 2023 es la única vía de prescripción de FAIs. Se ha realizado un estudio descriptivo del uso de la herramienta hasta el 31 de diciembre de 2023, así como una encuesta de satisfacción que sobre diferentes aspectos de la misma.

**Resultados:** Se han tramitado un total de 370 peticiones. El porcentaje de aceptación fue de 84.32%, mientras que en el 5.68% de ocasiones el fármaco solicitado se sustituyó por otra opción terapéutica. Se rechazaron un 10% de peticiones, siendo la causa más frecuente la falta de cumplimiento de las condiciones de uso de la guía de farmacia hospitalaria.

Respecto a la encuesta de satisfacción, se recogieron un total de 24 respuestas. Se puntuaron con una media de 7.13, 7.71, 7.83, 6.13 y 8.46 la interfaz, privacidad y seguridad, errores de gestión, fallos técnicos y trazabilidad respectivamente. La satisfacción global fue valorada con una media de 7.13.

**Conclusiones:** La plataforma PIDE es percibida por los profesionales como medio adecuado para facilitar el proceso integral de uso de FAIs en nuestro entorno. Como mayores ventajas destaca la trazabilidad, considerándose los fallos técnicos como un área a mejorar. Globalmente, la implantación de la plataforma electrónica PIDE fue considerada una opción muy superior a los métodos previos para la gestión de FAIs.

PO-425

### ¿QUÉ SABEMOS DE LAS HERIDAS? RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ENTRE MÉDICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

Irene Molina López(1), Lucía Barchino-Ortiz(1), Ana Pulido Pérez(1), Marta Bergón-Sendín(1), Paloma García-Piqueras(1), Enrique Rodríguez-Lomba(1), María Córdoba García-Rayó(2), Daniel Virseda-González(2), Luis Jiménez-Briones(2), Noelia Medrano-Martínez(2) y Ricardo Suárez-Fernández(1) de (1)Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España y (2)Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

La piel es el órgano de mayor tamaño y muchos profesionales sanitarios tienen relación con ella. Las heridas concretamente son una patología muy prevalente que abordan múltiples especialistas médicos y de enfermería. La variabilidad entre los abordajes de las diferentes especialidades es notable en la práctica clínica diaria. Por ello se decidió realizar una encuesta a modo de estudio preliminar sobre "¿qué sabemos de las heridas?".

Se realizó una encuesta anónima voluntaria entre octubre de 2023 y enero de 2024 entre los médicos de un hospital terciario de Madrid que no cuenta con Unidad de Heridas. El cuestionario se elaboró con el software Formularios de Google y se distribuyó principalmente por la aplicación Whatsapp y mediante código QR de acceso directo. El formulario contenía 13 preguntas y una respuesta abierta.

Participaron 51 profesionales de 23 especialidades diferentes: 41,2% de especialidades médico-quirúrgicas (MQ) (60% de ellos dermatólogos); 31,4% de especialidades médicas; 25,5% de especialidades quirúrgicas y 1,9% de especialidades de laboratorio (Microbiología). El 64,7% eran médicos residentes.

A la pregunta de ¿quién consideras que debe ser el principal responsable en el manejo de las heridas? el 37,3% respondió que el profesional de enfermería, el 23,5% que el especialista de área médica (incluida Dermatología) y el 39,2% que el especialista en área quirúrgica. Sin embargo, en el subanálisis según tipo de especialidad, el 48% de los especialistas de áreas MQ asignaron como principal responsable al especialista en área médica. El 54,9% de los participantes respondieron que la formación en heridas en su especialidad es "muy relevante" y el 74,5% que el seguimiento en pacientes con heridas debe ser "frecuente". En contrapartida, el 45,1% respondieron que la formación en heridas en su especialidad es insuficiente. Entre los dermatólogos el 42% calificó su formación como insuficiente. El resto de resultados se presentarán en el trabajo completo.

La formación en heridas debería incluirse en el programa formativo de múltiples especialidades, entre ellas la Dermatología, pero los resultados de este estudio muestran que los profesionales la consideran insuficiente. Las conclusiones son limitadas debido al diseño y al tamaño muestral, pero nos ofrecen una primera visión de la situación actual y abren nuevas posibilidades de investigación y mejora.

ZONA  
PÓSTER

## TERAPÉUTICA FÍSICA

PO-426

### TERAPIA FOTODINÁMICA: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA CON BUEN RESULTADO ESTÉTICO EN EL GRANULOMA ACTÍNICO FACIAL

Lucía Carnero González(1), Irene García Río(1), María Izaskun Trébol Urrea(1), Aida Menéndez Parrón(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(1), Amaia Urtaran Ibarzabal(1) y Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España.

**Introducción:** El granuloma actínico es una entidad cutánea poco frecuente, descrita por primera vez por O'Brien en 1975. La patogenia de esta enfermedad es desconocida, aunque se considera una reacción granulomatosa secundaria a la radiación actínica. Su forma de presentación más frecuente es en mujeres de mediana edad con historia de exposición. En la literatura se han expuesto varios tratamientos con respuestas variables. A continuación, presentamos un caso de un granuloma actínico que mejoró con terapia fotodinámica.

**Caso Clínico:** Acude a nuestra consulta una mujer de 48 años, por aparición de unas lesiones papulosas eritematosas en zona frontal derecha que confluyen de forma anular. Se había realizado una biopsia a nivel privado con diagnóstico histológico de granuloma actínico y había empleado tacrolimus de manera continuada como tratamiento sin apreciar gran mejoría.

Se revisó la literatura y se explicaron diferentes opciones terapéuticas, proponiéndose la terapia fotodinámica.

Se consensuó con la paciente terapia fotodinámica, efectuándose 4 sesiones. A los 3 meses de finalizar la última sesión se objetivó gran mejoría clínica con resolución casi completa de la lesión frontal.

**Discusión:** El granuloma actínico es una enfermedad cutánea poco frecuente que se desarrolla en zonas de elastosis solar. Típicamente aparece en cara, cuello y dorso de manos de mujeres entre 40 y 70 años, cursa de manera asintomática y se manifiesta como placas anulares con bordes sobreelevados e hipopigmentación central.

Se debe realizar también un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan lesiones cutáneas anulares como el granuloma anular. La patogenia de esta enfermedad ha generado gran controversia y algunos autores, como Ackerman y Ragaz, afirman que el granuloma actínico corresponde al granuloma anular que aparece en zonas fotoexpuestas.

#### PO-427 QUEILITIS ACTÍNICA Y TERAPIA FOTODINÁMICA

Yolanda Gilaberte Calzada(2), Ana Julia García Malinis(1) y Dolores Planas Linares(1) de (1)Unidad de Dermatología. Hospital General San Jorge, Huesca - España y (2)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España.

La queilitis actínica es una condición premaligna con riesgo de evolución a carcinoma epidermoide con metastasis. Se han descrito múltiples tratamientos para la queilitis actínica, desde los más invasivos como la cirugía hasta tratamientos menos invasivos como el láser o el imiquimod. Presentamos nuestra experiencia, con una serie de pacientes con queilitis y tratado con terapia fotodinámica.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de queilitis actínica y tratados con TFD entre 2008 y 2019.

Las variables continuas se describieron mediante medias y desviaciones estándar. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el software SPSS (versión 20.0, Armonk, NY: IBM Corp).

**Resultados:** Doce pacientes fueron incluidos en el estudio. Diez pacientes (80%) eran hombres y 2 mujeres (20%), con una media de edad de 80 años. Todos los pacientes respondieron al tratamiento con TFD inicialmente, aunque durante el seguimiento (media de 30 meses) un paciente evolucionó a un carcinoma epidermoide.

**Discusión:** La eficacia de TFD en la literatura es elevada, con buenos resultados terapéuticos y estéticos. La terapia fotodinámica (TFD) convencional y la TFD con luz de día pueden ofrecer una opción de tratamiento eficaz no invasiva para la queilitis actínica.

#### PO-428 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA CON ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO Y MITAD DE TIEMPO DE ILUMINACIÓN EN QUERATOSIS ACTÍNICAS Y CAMPOS DE CANCERIZACIÓN GRAVES

Jorge Naharro Rodríguez(1), Diego Fernández Nieto(1), Emilio García Mouronte(1), Luis Alfonso Pérez González(1), Francisco Javier Pérez Bootello(1), María González Ramos(1), Raquel Domínguez López(1) y Montserrat Fernández Guarino(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Antecedentes:** La terapia fotodinámica (TFD) convencional con luz roja es un tratamiento eficaz para las queratosis actínicas (QA) y el campo de cancerización. Sin embargo, el dolor durante la TFD convencional sigue siendo su principal desventaja, obligando en hasta el 10% de los casos a interrumpir el tratamiento.

**Objetivos:** Comparar la eficacia entre dos protocolos con diferentes regímenes de luz para la TFD convencional con luz roja con ácido 5-aminolevulínico.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo y unicéntrico en 15 pacientes. Un grupo fue tratado con TFD con luz roja a dosis completa de iluminación (37 J/cm<sup>2</sup>) y el otro grupo fue tratado con TFD a mitad de dosis de iluminación a expensas de reducir el tiempo de iluminación a la mitad (18,5 J/cm<sup>2</sup>).

La respuesta clínica se evaluó 1,5, 3 y 6 meses después de la sesión de TFD. Se incluyeron en este estudio pacientes con múltiples QA y campo de cancerización grave en cuero cabelludo (la media de QA por cuero cabelludo fue de 37,1 (grados I y II de Olsen) y una mediana del AKASI de 6,2).

Se encontró una reducción de la puntuación VAS de la intensidad del dolor de 8,57 para el protocolo de dosis de luz completa a 7 para el protocolo de dosis de luz media. No se detectaron neoplasias cutáneas en las zonas tratadas ni en los circundantes 24 meses después del tratamiento.

**Resultados:** La eficacia de ambos protocolos fue comparable en todo el seguimiento, con unas tasas de desaparición de lesiones del 87,44% (grado I) y el 95,94% (grado II) para el protocolo de mitad de dosis de luz y del 85,08% (grado I) y el 87,44% (grado II) para el protocolo de dosis completas a los 1,5 meses.

Se encontró una mejoría comparable de AKASI, AKQoL y DLQoL para ambos protocolos de tratamiento. No se detectaron neoplasias cutáneas en las zonas tratadas ni en los circundantes 24 meses después del tratamiento.

**Conclusiones:** El protocolo de mitad de dosis de iluminación con ácido 5-aminolevulínico parece ser una opción eficaz y segura para mantener tasas de aclaramiento durante la iluminación con TFD en campos de cancerización graves reduciendo el tiempo que el paciente se expone al dolor. Son necesarios más estudios que incluyan un mayor número de pacientes para confirmar estos prometedores resultados.

**Tabla:** Porcentaje de aclaramiento de queratosis actínicas, AKASI y PGA en ambas ramas de tratamiento.

	Mitad de tiempo (18.5J/cm2)	Dosis completa (37J/cm2)	Comparación
1.5 meses	n=7	n=8	p value
% aclaramiento QA grado I	87.44%	85.08%	>0.05
% aclaramiento QA grado II	95.94%	85.08%	>0.05
AKASI	1.07 (0-2.1)	1.2 (0-3.4)	>0.05
PGA	1.28 (0-2)	1.8 (0-3)	>0.05
	Mitad de tiempo (18.5J/cm2)	Dosis completa (37J/cm2)	
3 meses	n=7	n=8	
% aclaramiento QA grado I	71.72%	76.30%	>0.05
% aclaramiento QA grado II	72.27%	73.95%	>0.05
AKASI	3.0 (1.2-5.6)	2.4 (1-3.6)	>0.05
PGA	3.5 (2-6)	2.2 (0-4)	>0.05
	Mitad de tiempo (18.5J/cm2)	Dosis completa (37J/cm2)	
6 meses	n=7	n=8	
% aclaramiento QA grado I	72.78%	68.20%	>0.05
% aclaramiento QA grado II	82.45%	83.87%	>0.05
AKASI	3.55 (2-6)	3.51 (2-5)	>0.05
PGA	4.14 (3-6)	4.5 (4-5)	>0.05

QA; queratosis actínica, AKASI; Actinic Keratosis Area and Severity Index, PGA; Physician's Global Assessment

**PO-429**

**TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE UN CASO DE FASCITIS EOSINOFÍLICA MEDIANTE EL EMPLEO DE RADIOFRECUENCIA Y DIATERMOCONTRACCIÓN**

Ana Rodríguez-Villa Lario(1), América Galán Garcés(2), Marta González Cañete(3), Clara Lacasta Plasín(3) y Raquel Cabana Navia(3) de (1)Instituto Médico Ricart, Madrid. Instituto Médico Ricart (IMR), Madrid - España, (2)IMR Instituto médico Ricart. Hospital Quirónsalud, IMR Instituto médico Ricart. Hospital Quirónsalud (Valencia) - España y (3)Instituto Médico Ricart (IMR), Madrid - España.



Fascitis eosinofílica pre-post

**Introducción:** Algunas enfermedades reuma-dermatológicas pueden cursar secuelas fibróticas y compromiso de la funcionalidad articular. La fascitis eosinofílica (FE) es una de ellas. Presentamos un caso en el que el empleo de sesiones de radiofrecuencia y diatermocontracción consiguieron mejorar mucho el aspecto clínico y funcional.

**Caso Clínico:** Mujer de 54 años, deportista, en seguimiento hospitalario por fascitis eosinofílica de años de evolución, tratada con una secuencia de fármacos inmunosupresores clásicos. Acude consultando por dolor con impotencia funcional parcial a nivel de miembros inferiores, con compromiso para la realización de actividad física e importante afectación en la esfera psicológica

Se iniciaron sesiones semanales de radiofrecuencia (mono, bi y cuatripolar) con diatermocontracción, bien toleradas, con mejoría significativa del aspecto clínico y funcional.

**Discusión:** La FE es una patología poco frecuente, que cursa con inflamación a nivel fascial y de tejido subcutáneo, con la consecuente induración y engrosamiento de los tejidos blandos, con la consecuente fibrosis que genera limitación para la movilidad articular. El engrosamiento de los septos grasos, junto con el aumento del grosor de la fascia son los responsables del aspecto característico en piel de naranja.

El empleo de aparatología en las enfermedades cutáneo-fibróticas no está bien recogido en la literatura. Aparatología destinada para tratamientos corporales como la celulitis (Imperium400) puede resultar de utilidad. El estímulo calorífico de la diatermia favorecería la vasodilatación y la lipólisis controlada, que sería optimizada por la mejoría en el tono muscular y el drenaje linfático que ofrece la contracción muscular secuencial. Añadido a esto, la radiofrecuencia genera campos magnéticos oscilantes que mueven partículas cargadas eléctricamente, produciendo calor en los tejidos. La elevación de la temperatura tisular parece ser suficiente para estimular una respuesta autónoma simpática, provocando la liberación de catecolaminas y favoreciendo la lipólisis.

Por otro lado, se cree que uno de los mecanismos patogénicos de la FE puede ser la inflamación inespecífica de la fascia lesionada y la consiguiente respuesta autoinmune contra los antígenos que liberados. Cabe la duda de si estas estrategias de tratamiento de fibrosis pudieran inducir nuevos focos inflamatorios.

**PO-430 RAVEN TRATADO CON ÉXITO CON LÁSER DE PICOSEGUNDOS (755NM)**

Cristina Romera de Blas(1), Francisco Javier Pérez Bootello(2), Verónica Sánchez García(3), Mar Luque Luna(4) y Pablo Boixeda de Miguel(2) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España, (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (3) Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España y (4)Servicio de Dermatología. Hospital Clínic, Barcelona - España.



A. Placas hiperpigmentadas redondeadas de distribución lineal con zonas hiperqueratósicas. B. Tras tercera sesión de láser de picosegundos alejandrita (755nm): placa cicatricial con leve inflamación post-láser y mínima pigmentación residual.

El RAVEN (rounded and velvety epidermal nevus) es una forma rara de nevus epidérmico. Se han descrito diferentes tratamientos con resultados variables para el RAVEN. Presentamos un caso de RAVEN tratado con láser alejandrita de picosegundos.

Mujer de 25 años sin antecedentes personales de interés que consulta por lesión asintomática en costado izquierdo de aparición hace 7 años. A la exploración física se observa una lesión hiperpigmentada de 12x7cm compuesta por placas redondeadas hiperqueratósicas con tacto aterciopelado. El estudio histológico muestra hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis y pigmentación parcheada en la capa basal, con diagnóstico de RAVEN. Realizamos tres sesiones de láser de picosegundos de alejandrita (755 nm) separados por intervalos de 12 meses (spot 3,2 mm, fluencia 2,49J/cm2) buscando un objetivo de escarba blanquecina, con una corta recuperación con leve inflamación y sin complicaciones. Tras el tratamiento la paciente presenta lesión cicatricial levemente pigmentada con un resultado estético altamente satisfactorio para la paciente.

El RAVEN es un hamartoma epidérmico de aspecto redondeado y aterciopelado con características clínicas e histológicas similares a la acantosis nigricans. Suele aparecer en la infancia o la adolescencia, de forma unilateral, no asociado a comorbilidades. No existe un tratamiento estandarizado para el RAVEN. Múltiples tratamientos como análogos de la vitamina D tópicos, retinoides, queratolíticos, cirugía y láser CO2 han sido descritos con **resultados** variables. Describimos una nueva opción terapéutica en esta patología, mediante el láser de picosegundos alejandrita (755nm), con un buen resultado estético y perfil de seguridad en nuestro caso. El láser de picosegundos alejandrita es utilizado habitualmente para la eliminación de lesiones pigmentadas, mediante un efecto principalmente fotoacústico debido a su duración de pulso de picosegundos con fragmentación de las partículas de pigmento con un mínimo efecto térmico.

Describimos, a nuestro conocimiento, el primer caso de RAVEN tratado con láser alejandrita de picosegundos (755 nm). Se necesitan más casos para valorar su eficacia en el tratamiento del RAVEN pero creemos que el láser de picosegundos de 755nm debe ser considerado como una opción terapéutica para esta patología.

ZONA PÓSTER

**TOXICODERMIAS**

**PO-431 ALOPECIA GRANULOMATOSA ASOCIADA A MOGAMULIZUMAB**

Román Ballesteros Redondo(1), Arantxa López Pestaña(1), M<sup>a</sup> Asunción Arregui Murua(1), Gadea Braceras Rincón(1), Nerea Infante Gonzalo(1), Izaskun Zeberio Etxetxipia(1), Mary Johana Silva Carmona(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) de (1)Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) - España.



1. Alopecia tras mogamulizumab. 2. Infiltrado inflamatorio con granulomas

**Introducción:** El mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido al receptor de quimiocina CC tipo 4, indicado para el tratamiento de pacientes adultos con micosis fungoide (MF) o síndrome de Sézary (SS). Se ha descrito rash asociado a mogamulizumab (MAR) durante el uso de este fármaco.

**Caso clínico:** Mujer de 81 años, diagnosticada de SS, que comienza con placas eritematosas, infiltradas y pruriginosas en zona cervical, espalda y occipital, donde deja áreas de alopecia, 6 meses después del inicio de mogamulizumab. Se realizan biopsias que muestran granulomas en cuero cabelludo, dermatitis de interfase en zona cervical y dermatitis espongiótica en espalda, observando con inmunohistoquímica adecuada relación CD4:CD8, sin pérdida de marcadores y reordenamiento de los genes del receptor de célula T negativo. Se diagnostica de manifestaciones cutáneas secundarias al tratamiento. Se decide espaciar el intervalo de administración de mogamulizumab e iniciar metotrexato, junto con corticoide oral y tópico y antihistamínicos con respuesta parcial.

**Discusión:** Respecto a la patogenia de MAR, se postula que la disminución de células T-reguladoras (expresan receptor CCR4) provocaría un efecto proinflamatorio activo en la piel. Los pacientes con MAR muestran 4 presentaciones clínicas predominantes: placas foliculotropas de cuero cabelludo similares a la MF con alopecia; pápulas y/o placas tipo dermatitis psoriasiforme o liquenoide; dermatitis fotoacentuada; y dermatitis morbilliforme o eritrodérmica. El prurito es constante y la cabeza y cuello es la región anatómica más afectada. Distinguir MAR de la progresión de MF o SS cutánea es crucial. Para ello se requiere de estudio histopatológico junto con inmunohistoquímica y secuenciación de receptor de células T. La histopatología de MAR muestra 3 patrones: dermatitis espongiótica, dermatitis de interfase y dermatitis granulomatosa, con normalización de las proporciones de células T CD4:CD8, y preservación de marcadores. No es necesario suspender mogamulizumab y las lesiones cutáneas pueden tratarse con antihistamínicos, corticoide tópico o sistémico, fototerapia o metotrexato, entre otros.

**Conclusión:** Diferenciar MAR de una recidiva de MF o SS cutánea es difícil. La biopsia es fundamental para el diagnóstico de MAR. Destacar que la presencia de MAR no es una contraindicación absoluta para continuar con el tratamiento.

**PO-432** ERITEMA DE DORSO DE MANOS Y TENAR INDUCIDO POR TAXANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Cánovas Seva(1), José Sáez Padilla(1), María López-Pardo Rico(1), Brais Chao Maseda(1), J. Manuel Suárez Peñaranda(2) y Elena Rosón López(1) de (1) Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España.

**Introducción:** Paclitaxel es un fármaco quimioterápico, de la familia de los taxanos. Su uso se ha relacionado con la aparición de un eritema acral, dorsal, periarticular y tenar con afectación ungueal conocida bajo el acrónimo PATEO (eritema periarticular y de la eminencia tenar con onicosis).

**Caso:** Mujer de 39 años afectada de lupus eritematoso sistémico de dos años de evolución con títulos elevados anti RO, sin lesiones cutáneas ni síntomas sistémicos bajo corticoterapia e hidroxiclороquina. Fue diagnosticada hace dos meses de carcinoma de mama triple negativo, iniciando quimioterapia con carboplatino y paclitaxel. En el tercer ciclo, desarrolló lesiones eritematovioláceas, descamativas y edematosas en dorso de manos y eminencia tenar. Presentaba afectación en ambos pies, con lesiones dispuestas en cara latero externa y región adyacente al tendón aquileo. No se objetivó afectación palmo plantar ni ungueal.

Consecuentemente, y ante la sospecha de reacción adversa, oncología suspendió carboplatino y redujo paclitaxel. En dermatología, se planteó el diagnóstico diferencial entre síndrome PATEO y lupus inducido. La biopsia reveló un mínimo infiltrado inflamatorio, hiperqueratosis focal, queratinocitos disqueratósicos y otros de nucleolo prominente, sin depósitos de mucina. Tras la suspensión del tratamiento las lesiones se resolvieron. La particular distribución de las lesiones, la remisión tras el cese de la quimioterapia y la histología apoyaron el diagnóstico de PATEO.

**Discusión:** Dentro de las reacciones cutáneas adversas por taxanos, la más conocida es la eritrodisestesia palmoplantar. Otra menos frecuente pero más exclusiva es la afectación acral de predominio tenar e hipotenar, con afectación ocasional de la lámina ungueal, el PATEO. Parece relacionarse con el intervalo y la dosis acumulativa recibida de taxano. No existe un tratamiento eficaz, la remisión de la patología se logra con la suspensión del quimioterápico. La histopatología no es específica, destacan la hiperqueratosis focal, y la alteración de la maduración de los queratinocitos. En nuestro caso, permitió la exclusión de lupus subagudo, también descrito en pacientes con títulos antiRO elevados que inician tratamiento con taxanos.

**Conclusión:** El PATEO se encuentra asociado a la utilización de taxanos. El tratamiento es sintomático y la patología remite tras la suspensión de estos.

**PO-433** SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON POR ALOPURINOL EN UNA PACIENTE PORTADORA DEL ALELO HLA-B\*58:01

Marina de la Puente Alonso(1), Luis Ángel Zamarro Díaz(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Daniel Roberto Virseda González(1), María Córdoba García-Rayó(1), Xandra García(2) y Paloma García Piqueras(3) de (1)Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (2)Servicio de Farmacogenómica. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (3)Servicio de Dermatología y Venereología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Introducción:** El síndrome de Stevens-Johnson (SJS) constituye una afección infrecuente caracterizada por necrosis epidérmica generalizada, dolor mucocutáneo, eritema y desprendimiento cutáneo que afecta menos del 10% de la superficie corporal. Esta patología se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas (1).

El SJS puede ser desencadenado por diversos medicamentos, siendo el alopurinol el más comúnmente asociado. La infección también ha sido implicada como desencadenante. Sin embargo, en aproximadamente el 22% de los casos, no se logra identificar ninguna causa responsable (2)(3). El riesgo de desarrollar SJS se incrementa considerablemente en aquellos usuarios de alopurinol que portan el alelo HLA-B\*58:01 (2). La frecuencia de este alelo varía según la población, siendo más prevalente en el sudeste asiático.

**Caso Clínico:** Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, acude a Urgencias por exantema maculopapular de aspecto pseudodiariforme doloroso y pruriginoso, con signo de Nikolsky positivo en tronco, erosiones orales y genitales, odinofagia, sensación de cuerpo extraño ocular bilateral, disuria y fiebre. Refería inicio de alopurinol por hiperuricemia hace un mes. No refería cuadro infeccioso reciente. Analíticamente, presentaba elevación de reactantes de fase aguda y elevación de enzimas hepáticas. Ante la sospecha de SJS, atribuible posiblemente a alopurinol, se cursó ingreso en Dermatología.

El tratamiento incluyó medidas de soporte general, metilprednisolona 1 mg/kg/día en pauta descendente y monodosis de etanercept 50 mg con mejoría progresiva a lo largo del ingreso y resolución completa de las lesiones al mes. La biopsia evidenció confluencia de queratinocitos necróticos, con formación de un incipiente foco de despegamiento de la epidermis, corroborando el diagnóstico clínico. Las serologías y PCR virales resultaron negativas. Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio farmacogenético que identificó el alelo HLA-B\*58:01.

**Conclusiones:** Las pruebas farmacogenéticas surgen como herramientas de detección seguras, rápidas y económicas para la terapia personalizada, mediante la prevención de reacciones adversas. La identificación del alelo HLA-B\*58:01 antes de administrar alopurinol podría reducir significativamente la incidencia de SJS y la mortalidad/morbilidad asociada, representando así una intervención potencialmente rentable (2).

#### PO-434 TOXICODERMIA POR ACALABRUTINIB

Guillermo Guhl Millán(1), María Luisa González Morales(1), Ana Sirgado Martínez(1), Alfredo García Mares(1), Ricardo Moreno Borque(1) y Carmen Carranza Romero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

**Introducción:** Ibrutinib es un inhibidor oral de la tirosin kinasa de Bruton (BTK) aprobado para el tratamiento de la leucemia linfática crónica, presenta de forma colateral inhibición de otros quinasas (EGFR, SRC y otras quinasas de la familia TEC (ITK, Tec y BMX). Posteriormente se desarrollaron inhibidores de segunda generación (Acalabrutinib y Zanubritinib) más selectivos en la inhibición de BTK. Los efectos adversos más frecuentes son los dermatológicos que suelen ser leves o moderados pudiéndose tratar generalmente sin la interrupción del medicamento. Las equimosis y las Petequias son los más característicos.

**Caso clínico:** Paciente de 78 años con antecedentes de colangitis por coledocolitiasis e insuficiencia cardiaca. Su tratamiento habitual es Paracetamol, Nolotil, Ursobilane y Alopurinol. El paciente padece leucemia linfática crónica en febrero de 2021 (Rai III, Binet C, LLC-IP1 4, TP53 yIGHV no mutados) inicia tratamiento con Acalabrutinib 100mg cada 12 horas el 3 de junio de 2023 por datos de progresión clínica y radiológica (anemia, adenopatías, esplenomegalia masiva y astenia intensa).

A los cuatro meses de tratamiento es derivado por aparición progresiva de máculas equimóticas diseminadas tras el inicio de Acalabrutinib asintomáticas que afectan a tronco y extremidades. La analítica presenta un estudio de coagulación normal y unas plaquetas de 243000, con una hemoglobina normal, leucocitos 14300 con linfocitosis de 8080. Ante la sospecha diagnóstica de toxicodermia por acabrutinib se practica una biopsia cutánea que muestra una epidermis normal con elastosis actínica con dilatación vascular y extravasación. Hemática acompañada de un discreto infiltrado perivascular compatible con reacción de hipersensibilidad.

**Discusión:** Los efectos adversos dermatológicos son los más frecuentes en los pacientes que reciben inhibidores de BTK. De estos efectos el más frecuente son las equimosis y Petequias que aparecen hasta en un 30% de los pacientes como en el presente caso, no obstante los datos publicados son escasos. Otros efectos adversos cutáneos descritos son las infecciones cutáneas (herpes simple, herpes zoster y sobreinfecciones por *S aureus*), cambios en pelo y uñas, exantemas, paniculitis, aftas orales y dermatitis neutrofílica. Presentamos un paciente que presenta equimosis generalizadas relacionadas con el tratamiento con Acalabrutinib.

#### PO-435 ERITEMA FIJO PIGMENTARIO GENERALIZADO: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Marc Hernández Santacana(1), Claudia Guilarte Cadavide(1), María Ayguasanosa Ávila(1), Francesc Alamon Reig(1), Adriana García Herrera(2) y José Manuel Mascaró Galy(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Introducción:** El Eritema Fijo Pigmentario (EFP) es una toxicodermia caracterizada por una o múltiples máculas eritematovioláceas que pueden asociar ampollas y erosiones tanto en piel como en mucosas y aparecen característicamente en las mismas localizaciones tras la exposición a un fármaco. Para caracterizarlo como EFP Generalizado (EFPG), debe afectar >10% de la superficie corporal y a ≥3 regiones anatómicas.

**Objetivos:** Describir y comparar con la literatura las características, el tipo de afectación cutánea, la histología, las pruebas complementarias y el tratamiento recibido en los pacientes visitados en el Hospital Clínic de Barcelona en los últimos 5 años.

**Material y Métodos:** Serie de casos retrospectiva de los pacientes diagnosticados con EFP generalizado entre 2018 y 2023 en un centro hospitalario de tercer nivel.

**Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes con una edad media de 72 años. El 100% de los pacientes había presentado algún episodio previo de reacción cutánea similar en el pasado y el tiempo de latencia en todos ellos fue de entre 24 y 48h. Se observó afectación de mucosa oral en 3/5 pacientes y de mucosa genital en 2/5. Todos ellos presentaron un patrón histológico de dermatitis de interfase, siendo la IFD negativa. Solo en 1/5 pacientes se obtuvo un resultado positivo en las pruebas epicutáneas y test de proliferación linfocitaria. En todos los pacientes se retiró el fármaco de sospecha y se realizó tratamiento con corticoides tópicos. Se requirió tratamiento con corticoterapia sistémica en 3/5 pacientes.

**Discusión y Conclusiones:** Los pacientes de nuestra serie mostraban antecedentes de cuadros previos en todos los casos y un tiempo de latencia similar. La mayoría de ellos presentó afectación mucosa, coincidiendo con la serie descrita por Özkaya et al. La rentabilidad de las pruebas epicutáneas y el test de proliferación linfocitaria para identificar el agente etiológico parece ser baja, como se detalla en la serie de casos de Andrade et al. Aunque en series previas se ha reportado una mortalidad de hasta el 22%, el cuadro se resolvió en todos nuestros pacientes sin secuelas.

El EFPG es una entidad infradiagnosticada que puede asociar una elevada morbimortalidad y cuyo diagnóstico diferencial con otras toxicodermias graves es difícil. Por ello, es importante que los dermatólogos conozcan las características diferenciales de esta entidad.

#### PO-436 DERMATITIS FLAGELADA POR CONSUMO DE SETAS SHIITAKE

Alejandra Lepore(1) y Tania del Rosario Martínez(1) de (1)Clínica Dermatológica y Estética Dra. Tania del Rosario Martínez, Maspalomas (Las Palmas) - España.

**Introducción:** La dermatitis flagelada (DF) es una entidad clínica rara asociada al consumo de setas del género shiitake (*lentinula edodes*) que se manifiesta a partir de las 12 horas y hasta los 5 días del consumo. Fue descrita por Nakamura en 1977.



Papulas Eritematosas en dorso de mano

**Caso Clínico:** Presentamos a un paciente de 48 años de edad sin antecedentes personales de relevancia, por padecer erupción cutánea de 48 horas de evolución. Al interrogatorio exhaustivo, el paciente reconoce haber ingerido setas shiitake con poca cocción. Al examen físico se objetivaron lesiones lineales eritematosas en dorso de manos, antebrazos y rodillas con vesículas y pápulas brillantes, pruriginosas. Se inició tratamiento con cetirizina 5 mg/día, prednisona 30 mg/día y metilprednisolona crema. Presento mejoría progresiva de la clínica con resolución de las lesiones cutáneas a las 72 horas.

**Discusión:** La DF es de rara presentación y autolimitada. La fisiopatogenia es desconocida aunque se postula la hipótesis de susceptibilidad o hipersensibilidad de base a de la sustancia termolábil del hongo. El diagnóstico se hace con la sospecha clínica que se caracteriza por presentar lesiones lineales eritemato-violáceas con aspecto en “latigazo”, pápulas y/o vesículas pruriginosas, localizadas más comúnmente en tronco y extremidades superiores aunque algunos reportes también incluyen, el cuello y la cara sin compromiso mucoso; además del antecedente de la ingesta de setas shiitake unas pocas horas antes y hasta 5 días después de la ingesta. El estudio histopatológico y la analítica son inespecíficos; la negatividad de las pruebas cutáneas también plantea dudas sobre la hipótesis en la hipersensibilidad como vía posible. Es imperioso realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que presentan eritemas flagelados por ciertos fármacos como la bleomicina, síndrome de Still, dermatomiositis y HIV. El tratamiento es sintomático utilizando corticoides tópicos, antihistamínicos.

**Conclusión:** La DF ha incrementado su incidencia debido a la globalización en la industria de la comida.

La temprana detección de este rash permite instaurar el manejo terapéutico correcto y se destaca la importancia de advertir de la correcta cocción (>130°C) de las setas para prevenir futuros eventos.

#### PO-437 REACCIÓN LIQUENOIDE ORAL ASOCIADA A RANOLAZINA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Mónica Martins Lopes(1), Sara Becerril Andrés(1), Lía Bejarano Antonio(1), Adolfo Alejandro Cabanillas Cabral(1), José Antonio Oliva Fernández(1), María Alejandra Ruiz Villanueva(1), Sergio Rodríguez Conde(1) y Virginia Velasco Tirado(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España.

**Introducción:** La reacción liquenoide oral (RLO) inducida por medicamentos es una respuesta de hipersensibilidad a fármacos que se manifiesta en la mucosa. Presentamos los primeros dos casos clínicos de RLO en relación con ranolazina.

**Caso Clínico 1:** Mujer de 84 años, con cardiopatía isquémica en tratamiento con peridopril, bisoprolol y, desde hacía menos de un año, ranolazina. Consultó por lesiones erosivas en lengua, paladar y labios de 7 meses de evolución. A la exploración física, se apreciaban eritema, erosiones y retículo blanquecino en mucosa yugal. La biopsia de mucosa yugal exhibió un resultado inespecífico, aunque el diagnóstico clínico fue de liquen plano erosivo. Durante el seguimiento, la paciente refirió sospecha de relación causal del cuadro con ranolazina, comentando que, al suspender por su cuenta el fármaco, el cuadro mucoso se resolvió, volviendo a presentar nuevas lesiones al reintroducirlo. Se retiró definitivamente ranolazina, resolviéndose las lesiones completamente y de forma mantenida en el tiempo.

**Caso Clínico 2:** Mujer de 81 años, con angina crónica y Parkinson, en tratamiento con ranolazina, bisoprolol y rasagilina en seguimiento por lesiones erosivas en mucosa oral y en vulva de 10 años de evolución. A la exploración física, se observaban lesiones ulceradas con fibrina y halo eritematoso que afectaban a la mucosa oral. El estudio histológico fue compatible con estomatitis liquenoide, indicativa de liquen plano. Reinterrogada la paciente, inició ranolazina hacía 10 años coincidiendo con el tiempo de evolución del cuadro mucoso. Tras la retirada de ranolazina, presentó una resolución completa de las lesiones, que se ha mantenido durante el seguimiento.

**Discusión:** La RLO inducida por medicamentos es clínica e histológicamente similar al liquen plano oral, por lo que la historia clínica detallada es fundamental. La remisión completa al suspender el fármaco desencadenante es una característica diferenciadora de ambos cuadros, que permite establecer una relación causal. La refractariedad al tratamiento con corticoides tópicos debe hacer sospechar de RLO secundaria.

**Conclusión:** Presentamos los dos primeros casos descritos de RLO en relación con ranolazina. Dado que es un fármaco de uso habitual en pacientes con cardiopatía isquémica, consideramos que debe conocerse este potencial efecto adverso.

#### PO-439 LUPUS TUMIDUS INDUCIDO POR ABATACEPT

María Olivares Guerrero(1), Ana Jiménez Sánchez(1), Clara Buendía Martínez(1), Mireia Seguí Olmedilla(1), María Luisa Martos Cabrera(1), Patricia Muñoz Hernández(2), Diego de Argila Fernández-Durán(1), Esteban Daudén Tello(1) y María del Mar Llamas Velasco(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España.

**Introducción:** El lupus eritematoso cutáneo inducido por fármacos es una entidad con características clínicas, histológicas, e inmunológicas similares al lupus eritematoso cutáneo (LEC), pero que se asocia temporalmente con la toma de ciertos fármacos y resuelve tras la suspensión de los mismos. Todas las variantes de lupus cutáneo han sido descritas como potencialmente inducibles por fármacos, sin embargo, los casos descritos en la literatura sobre lupus tumidus inducido por fármacos (LETIF) son muy escasos. Presentamos un caso de lupus tumidus inducido por abatacept, fármaco no descrito previamente como posible inductor.

**Caso Clínico:** Varón de 67 años en seguimiento por reumatología por una artritis reumatoide (AR) seropositiva de 4 años de evolución. Una semana después de la cuarta dosis de abatacept, iniciada tras fracaso de metotrexato, leflunomida y corticosteroides orales, aparecieron pápulas y placas eritematoedematosas, distribuidas en región superior de tronco y zona proximal de extremidades superiores, sin otra clínica sistémica asociada. La analítica sanguínea reveló un título de ANA de 1/320, con niveles de complemento normales y resto de autoinmunidad negativa. La biopsia demostró un infiltrado linfocítico perivascular y perianexial, sin alteraciones en la epidermis y depósito de mucina prominente en

dermis profunda. Se suspendió el abatacept y se iniciaron corticoides sistémicos con resolución de las lesiones en un mes. Para el control de la AR se inició rituximab, y tras 6 meses, no ha vuelto a presentar lesiones. La correlación entre estos hallazgos, la secuencia temporal y la ausencia de otros fármacos sospechosos nos llevó al diagnóstico de lupus tumidus inducido por abatacept.

**Discusión:** Se han descrito únicamente 6 casos de LETIF en la literatura. En 4 de los 6 casos los pacientes presentan elevación de los ANA y en todos los casos, al igual que en el nuestro, las lesiones se controlan con la retirada del fármaco y tratamiento corticoideo sistémico. El abatacept es una proteína de fusión aprobada para el tratamiento de la AR. Se han descrito 3 casos de LEC inducido por abatacept, pero todos ellos han sido de la variante subaguda. Describimos el primer caso de LT inducido por abatacept, un fármaco no asociado previamente a LETIF. La retirada del fármaco y el tratamiento con CE orales puede conducir a una rápida resolución de las lesiones.

**PO-440 SÍNDROME DE DRESS: CÓMO LA TUBERCULOSIS PUEDE DERIVAR EN DERMATOSIS**

Camino Pacho Guerra(1), Daniel Hernández Calle(1), Raquel María Domínguez López(1), Pedro José Fernández Esparcia(1), Blanca Santos Latasa(1), Carmen Quereda Rodríguez-Navarro(2), Antonia Navarro Cantero(3), Daniela de Jesús Escalante Carrero(4) y Montserrat Fernández Guarino(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, (2)Enfermedades Infecciosas, (3)Anatomía Patológica y (4)Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

Varón de 69 años con recidiva de cáncer vesical en 2023, iniciándose instilaciones de BCG (Bacilo de Calmette-Guérin). En 5ª ciclo se diagnóstica de tuberculosis pulmonar y inicia tratamiento. Tras tres meses de tratamiento comenzó con fiebre y prurito, por lo que se modificó la terapia, persistiendo la clínica. La conjunción de fiebre, eosinofilia (1430), exantema, edema facial e hipertransaminasemia (más de 2 veces el límite normal de superioridad), genera la sospecha de síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), suspendiéndose el tratamiento. El exantema consistía en manchas eritematosas y descamación en antebrazos y tronco superior. BSA (Body Surface Area) >50%. No adenopatías palpables.

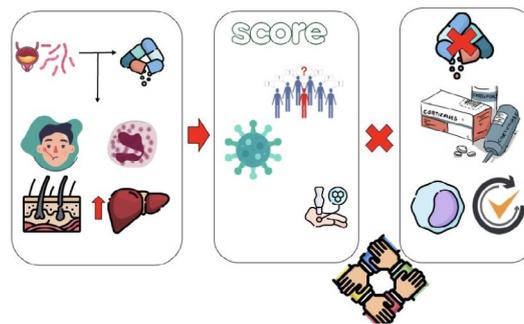
La analítica fue ampliada con serologías, proteinograma, autoinmunidad y frotis sanguíneo. Para exclusión de otras causas y en frotis sanguíneo visualizar linfocitos atípicos. Por otro lado, la biopsia realizada fue concordante con síndrome de DRESS, unido a la clínica.

Teniendo en cuenta los datos comentados y aplicando el score Regiscar, obtuvimos una puntuación de 4, interpretándolo como probable síndrome de DRESS. Al pautar prednisona de 30 mg junto con corticoides tópicos, se observó una mejoría clínica y analítica.

Por otra parte, el servicio de Alergología consideró restringir fármacos sospechosos, además de realizar tras 6 semanas sin tratamiento corticoideo, las pruebas pertinentes.

Tras el alta, el paciente vuelve a acudir por reaparición de prurito, eritema y ligero edema facial. Considerándose un rebrote de DRESS, por lo que se suspendieron los antibióticos prescritos y se mantuvo la pauta de corticoides previa, al descenso de esa semana.

Este caso nos sirve para ilustrar la relevancia del manejo multidisciplinar a corto y largo plazo. Además, es importante recordar que a veces es necesario la introducción del fármaco sospechoso para el tratamiento del paciente, para ello se realizan previamente pruebas de linfocitos activados in vitro. Por último, cabe resaltar que la piel es uno de los principales órganos sensoriales que nos comunican con el exterior, y en este caso nos alerta por medio de prurito y afectación cutánea del medio interno, tanto al inicio como en las recaídas, ayudando en ocasiones a actuar a tiempo por medio de la suspensión del fármaco y corticoides sistémicos, minimizando las alteraciones orgánicas.



Visual abstract

**PO-441 DERMATOSIS NEUTROFÍLICA LOCAL TIPO SWEET EN ZONA DE INYECCIÓN DE EPCORITAMAB**

José María Puig Buendía(1), Christian Gutiérrez Collar(1), Raquel Cavestany Rodríguez(1), Carlos Calvo Asín(1), An Wang(1), Jorge Arroyo Andrés(1), Jon Fulgencio Barbarin(1), Sara Isabel Palencia Pérez(1) y Francisco Javier Ortiz de Frutos(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España

El Epcoritamab es un anticuerpo monoclonal biespecífico tipo IgG dirigido contra CD20 y CD3 recientemente aprobado para el tratamiento del linfoma B difuso de células grandes en recaída o refractario. Las reacciones en la zona de inyección son un efecto secundario frecuente, presentándose en más del 20% de los pacientes.

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedente de linfoma folicular de bajo grado que tras progresión de su enfermedad inició tratamiento con Lenalidomida y Epcoritamab. Fue derivada a nuestras consultas por aparición de una placa eritematoedematosa con ampolla central de contenido seroso intensamente pruriginosa en la zona de inyección del fármaco a la semana de su administración, sin acompañarse de otra clínica sistémica. Se tomó una biopsia en sacabocados de la lesión donde se objetivó una dermatosis neutrofílica tipo Sweet.

Las reacciones locales en la zona de inyección de medicamentos biológicos subcutáneos son muy frecuentes y están infrarreportadas. Por el momento no se han descrito reacciones en la zona de inyección que simulen histológicamente al Síndrome de Sweet. Actualmente la histopatología de las reacciones en la zona de inyección inducidas por Epcoritamab no han sido reportadas, por lo que serán necesarios estudios futuros para corroborar los resultados de este caso.

**PO-442** ERITEMA PIGMENTADO FIJO AMPOLLOSO GENERALIZADO DEBIDO A METAMIZOL

Lanyu Sun(1), Sofia Duarte(1), Dora Mancha(1), Cláudia Brazão(1), Pedro de Vasconcelos(1), Luís Soares de Almeida(1) y Paulo Filipe(1) de (1)Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa - Portugal.

El eritema pigmentado fijo ampoloso generalizado (EPFAG) es una variante rara y grave del eritema pigmentado. Desde el punto de vista clínico e histológico, el EPFAG puede asemejarse a la presentación del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) o la necrólisis epidérmica tóxica (NET).

Presentamos el caso de un paciente varón de 32 años, con fototipo IV, quien acudió al departamento de emergencias dermatológicas debido al desarrollo de una erupción bullosa generalizada, la cual apareció 24 horas después de tomar metamizol por fiebre.

El paciente mencionó un episodio previo similar caracterizado por erupción cutánea y picazón, aunque sin la presencia de ampollas. Durante el examen físico, se observaron parches eritematosos o violáceos bien delimitados con ampollas flácidas que se rompían fácilmente. Estas lesiones se distribuían en el cuello, tronco, glúteos, muslos y fosa poplítea, afectando aproximadamente al 20% de la superficie corporal. No se detectaron lesiones en la mucosa oral ni genital.

Una biopsia cutánea reveló la presencia de queratinocitos necróticos, inflamación perivascular superficial con algunos eosinófilos e incontenencia pigmentaria. Se realizaron pruebas de autoanticuerpos anti-desmogleína 1 y 3, anti-BP180 y 230, las cuales arrojaron resultados negativos. Con base en los hallazgos clínicos e histopatológicos, se estableció el diagnóstico de EPFAG. El paciente recibió tratamiento con prednisona a una dosis de 0,5 mg/kg, lo que resultó en una cicatrización completa de las lesiones en 3 semanas. Diez semanas después, se realizaron pruebas de parche con metamizol en la piel sana y previamente afectada, y las lecturas a las 48 y 72 horas fueron negativas. Este caso resalta una manifestación poco común de erupción cutánea fija por medicamentos atribuida al metamizol. Apesar de los resultados negativos en las pruebas de parche, las tasas de respuesta varían considerablemente en diferentes estudios, oscilando entre el 33% y 80%. El corto período de tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento y el inicio de la reacción, junto con un historial previo de una reacción similar, y la presentación clínica caracterizada por parches bien definido, respaldan el diagnóstico de EPFAG en lugar de SSJ o NET.

Este caso subraya la importancia de considerar la EPFAG como un posible diagnóstico diferencial en casos de erupciones bullosas generalizadas.

**PO-443** PENFIGOIDE AMPOLLOSO TRAS FINALIZAR TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Carmen Tienza Fernández(1), Ana Carmona Oliveira(1), Alberto Andamoyo Castañeda(1), Eliseo A. Martínez García(1), Rosa Castillo Muñoz(1) y Enrique Herrera Acosta(1) de (1)Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España.

**Casos clínicos:** En primer lugar presentamos el caso de un varón de 73 años diagnosticado en 2021 de un melanoma estadio IIIb que, tras la cirugía, fue sometido a tratamiento con Nivolumab durante un año, sin eventos adversos. En Agosto de 2023, acude a consulta, 10 meses después de finalizar la inmunoterapia, con lesiones cutáneas muy pruriginosas a modo de ampollas tensas sobre base eritematosa.

La segunda paciente se trata de una mujer de 62 años diagnosticada de melanoma estadio IIIa también tratado con Nivolumab tras cirugía durante un año, en este caso acude 2 meses después de finalizado el tratamiento con inmunoterapia por intenso prurito a nivel cutáneo siendo tratada con corticoides tópicos con mejoría clínica parcial, sin embargo, a los 6 meses, vuelve a acudir, esta vez, por urgencias por un cuadro cutáneo florido, de lesiones ampollosas sobre todo en región torácica y dorsal superior.

En ambos casos se realizó la toma de dos biopsias una para tinción con hematoxilina-eosina y la otra para inmunofluorescencia directa, visualizándose ampollas subepidérmicas con depósito lineal de IgG en la inmunofluorescencia llegando al diagnóstico de penfigoide ampoloso.

**Conclusiones:** El nivolumab es un anticuerpo monoclonal que actúa sobre el receptor de la proteína de muerte celular programada 1 (PD-1) activando el sistema inmunitario, concretamente a los linfocitos T, para que actúen frente a las células neoplásicas y las destruya. Sin embargo, como consecuencia de dicha activación, se pueden desencadenar diversos fenómenos autoinmunes o autoinflamatorios a todos los niveles, aunque en el 30-40% estos eventos adversos inmunorrelacionados ocurren a nivel cutáneo. Llama la atención como tiempo después de finalizado el tratamiento con estos anti-PD1 se mantiene su efecto potenciador de la inmunidad, por lo que ante un paciente que presente prurito incoercible durante o después del tratamiento con nivolumab se debe considerar la toma de biopsia para descartar un posible penfigoide ampoloso como efecto secundario de este fármaco.

## TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN

## PO-444 HIPERPIGMENTACIÓN FACIAL. UN DIAGNÓSTICO CON MUCHAS CARAS

Mary Carolina Antonetti Roso(1), Sergio García González(1), Alejandro Tomás Esteban Escudero(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), José González Fernández(1), Mar García García(2), Javier Sánchez Bernal(1) y Mariano Ara Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España.

El liquen plano pigmentado (LPP) es una variante poco frecuente de liquen plano. Presentamos el caso de una paciente con lesiones faciales compatibles con esta entidad.

Paciente femenino de 80 años, que presenta lesiones pigmentadas reticuladas en región facial y cuello de aproximadamente 2 años de evolución, asintomáticas. No relacionado con la administración de fármacos tópicos ni orales. A la exploración física, se evidencian máculas marrón-grisáceas, de aspecto reticular, confluentes, con granulado perifolicular en la dermatoscopia, en cara lateral de cara y cuello, en piel fototipo III. Se realiza biopsia cutánea ante la sospecha de Melanosis de Riehl versus LPP versus pigmentación postinflamatoria, resultando compatible con LPP al evidenciarse una dermatitis de interfase de patrón liquenoide con abundante incontinencia de pigmento en dermis y número de melanocitos conservado. No presenta otras lesiones compatibles con liquen plano en el resto de superficie corporal ni en mucosa. Se ha realizado tratamiento con tacrólimus tópico, con mejoría parcial de las lesiones.

El LPP es un trastorno crónico que cursa con exacerbaciones y remisiones. Clínicamente consiste en máculas marrones o marrón-grisáceas, en zonas fotoexpuestas de cara y cuello, sin eritema previo, y que evoluciona a una pigmentación difusa o reticulada. También puede afectar zonas intertriginosas.

Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial que incluye otros trastornos que cursan con hiperpigmentación, con una etiología y tratamiento variable, como el eritema discrómico perstans, que es similar a nivel histopatológico, difiriendo en la distribución de las lesiones, ya que esta se presenta con mayor frecuencia en tronco con posterior extensión al cuello, parte proximal de extremidades y cara, y clínicamente las lesiones en una fase inicial presentan eritema en los bordes; la erupción farmacológica liquenoide, el melasma, la hiperpigmentación postinflamatoria, el linfoma cutáneo de linfocitos T y la melanosis de Riehl, que presenta el antecedente de exposición a productos cosméticos y que cursa inicialmente con eritema y prurito, elementos no presentes en el caso presentado. El arsenal terapéutico del LPP es limitado, e incluye los corticoides e inhibidores de calcineurina tópicos, retinoides orales, antimaláricos y terapia con láser. La respuesta a estos tratamiento es variable.

## PO-445 COMORBILIDADES DEL VITÍLIGO EN ARAGÓN: UN ESTUDIO POBLACIONAL BASADO EN DATOS DE VIDA REAL

Beatriz Clemente Hernández(1), Itziar Muelas Rives(1), Manuel Almenara Blasco(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Antonio Gimeno-Miguel(2), Beatriz Poblador Plou(2), Clara Laguna Berna(2), Alexandra Prados Torres(2) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España y (2)Grupo de Investigación EpiChron, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza - España.

**Introducción:** El vitíligo está relacionado con una serie de enfermedades sistémicas, autoinmunes y dermatológicas, algunas de las cuales pueden no haber sido descritas en la literatura.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo basado en la información clínica de los individuos del Estudio de Cohortes EpiChron (la población total de Aragón, 1.325.342) con diagnóstico de vitíligo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019. Se describieron las principales características sociodemográficas y clínicas, así como la probabilidad de presentar vitíligo en función del sexo, la edad, la nacionalidad, la zona de residencia y el índice de privación de la zona. La prevalencia de comorbilidades crónicas se calculó mediante modelos de regresión logística obteniendo la Odds Ratio (OR) de cada comorbilidad (variable dependiente) en función de la presencia o no de vitíligo (variable independiente). La significación estadística se determinó con un umbral de p-valor < 0,05.

**Resultados:** Se analizaron 218 pacientes diagnosticados de vitíligo (56,42% mujeres). La edad media fue de 43,97 años. Las enfermedades más prevalentes encontradas en pacientes con vitíligo fueron trastornos tiroideos (OR 3,01, IC 95%, p<0,000), anomalías oculares y auditivas (OR 1,54, p<0,020), enfermedades inflamatorias de la piel (OR 2,21, p<0,000), enfermedades del tejido conjuntivo (OR 1,84, p<0,007), enfermedades de las vías respiratorias inferiores (OR 1,78, p<0,014), infecciones del tracto urinario (OR 1,69, p<0,032) y arritmias cardíacas (OR 1,84, p<0,034).

**Conclusiones:** Esta investigación pone de relieve la importancia de comprender las implicaciones sanitarias más amplias del vitíligo y proporciona una base para seguir explorando la compleja interacción entre esta afección dermatológica y una diversa gama de comorbilidades.

## PO-446 LÍNEAS DE DEMARCACIÓN PIGMENTARIAS TIPO B EN EL EMBARAZO

Rafaela de Moraes Souza(1), Ana María Carballido Vázquez(2), Matías Mayor Arenal(1), Esther Fiz Benito(1), Tristán Gabriel Sobral Costas(1), Rafael Escudero Tornero(1) y Pedro Herranz Pinto(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España y (2)Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España.

**Introducción:** Las líneas de demarcación pigmentarias (LDP) son zonas de transición abrupta entre áreas de hiperpigmentación y de pigmentación normal, descritas inicialmente por Matsumoto en 1913. Clasificadas en ocho variantes (A-H) según su localización, las LDP tipo B, que afectan las extremidades inferiores, son las más frecuentes y están especialmente asociadas al embarazo.



Líneas de demarcación pigmentarias tipo B en muslos, glúteos y tobillos de embarazada

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 34 años, caucásica, embarazada de 36 semanas, que acudió a Urgencias de Dermatología por manchas hiperpigmentadas en extremidades inferiores, asintomáticas, de 6 semanas de evolución. La exploración física reveló lesiones eritemato-marrónáceas, bien definidas, simétricas, localizadas en la parte posterior e interna de los muslos, glúteos y tobillos. Se realizó una biopsia cutánea que confirmó hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis, con una mínima infiltración linfocitaria alrededor de los vasos superficiales, compatible con el diagnóstico de LDP tipo B. No se realizó ningún tratamiento específico y la hiperpigmentación se resolvió espontáneamente dos meses después del parto.

**Discusión:** Las LDP tipo B constituyen una entidad clínica benigna y autolimitada, que emerge habitualmente en el último trimestre del embarazo. Aunque su etiología permanece incierta, se especula que diferencias en la distribución melanocitaria, influenciadas por factores genéticos y hormonales, podrían ser determinantes en su desarrollo. El diagnóstico se basa primordialmente en hallazgos clínicos, siendo infrecuente la necesidad de confirmación histopatológica.

Por lo tanto, es imprescindible que tanto dermatólogos como obstetras estén familiarizados con las manifestaciones clínicas de esta afección para proporcionar un diagnóstico preciso, evitando así pruebas y tratamientos innecesarios. Además, es fundamental explicar la naturaleza benigna de las LDP tipo B a las pacientes para aliviar la ansiedad que cualquier alteración desconocida durante el embarazo puede provocar.

**PO-447 UN EFECTO ADVERSO INFRECUENTE DE UN NUEVO FÁRMACO PARA EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO**

José Francisco Orts Paco(1), Juan Carlos Romera Pallarés(1), Blanca Rebollo Caballero(1), José Pablo Serrano Serra(1), Caridad Soria Martínez(1), Javier Ruiz Martínez(1), Jesús Hernández-Gil Sánchez(1), José Navarro Pascual(1), M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Clemente(1), Alejandro Botía Paco(1), Antonio Ramírez Andreo(1), Eugenia Cutillas Marco(1), M<sup>a</sup> Dolores Ruiz Martínez(1) y M<sup>a</sup> Encarnación Giménez Cortés(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia - España.



Figura 1

**Introducción:** Los inhibidores selectivos de CDK4/6 (ribociclib, palbociclib y abemaciclib) son una nueva opción terapéutica para el cáncer de mama avanzado. En general son fármacos bien tolerados con un buen perfil de seguridad presentando fundamentalmente eventos adversos hematológicos, gastrointestinales y cutáneos leves. Las lesiones similares al vitíligo son un efecto adverso dermatológico muy excepcional.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante retroareolar de mama derecha T2N3M1 grado II, con receptores hormonales positivos (HR+), receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 negativo (HER2-) y un índice de proliferación Ki-67 del 40%, con presencia de múltiples metástasis hepáticas y captación en 8<sup>a</sup> costilla lateral derecha única. Oncología inició tratamiento con leuprorelina, letrozol y ribociclib. Tras 17 ciclos de tratamiento, aparecieron lesiones hipopigmentadas en región facial y cuello y fue derivada a dermatología. A la exploración física presentaba máculas y manchas hipopigmentadas de bordes bien delimitados en cara posterior del cuello que se acentuaban con la exploración con luz de Wood, así como lesiones similares

en región facial (perioculares, frente y preauriculares). La clínica de vitíligo y el antecedente de tratamiento con ribociclib sugerían el origen farmacológico del vitíligo. Dada la escasa afectación de la clínica cutánea y la buena respuesta oncológica, se decidió mantener ribociclib e iniciar tratamiento tópico con tacrolimus 0.1% pomada asociado a exposición solar controlada moderada diaria.

**Discusión:** Los inhibidores de CDK 4/6 en combinación con hormonoterapia, constituyen el tratamiento de primera línea para el cáncer de mama localmente avanzado o metastásico. Los efectos adversos cutáneos representan el 15% del total y los más frecuentes son alopecia, exantemas morbilliformes y prurito. El vitíligo es un efecto adverso muy infrecuente. Suele afectar a zonas fotoexpuestas, con un tiempo de latencia de aproximadamente 9 meses. La hipótesis es que la inhibición de la CDK 4/6 conduce a una apoptosis masiva de melanocitos. El significado pronóstico es desconocido. El tratamiento es un reto y puede incluir corticoesteroides tópicos y/o orales, tacrolimus tópico y fototerapia UVB-BE.

**PO-448 EXTRAVASACIÓN INTRAVENOSA DE HIERRO Y SU IMPACTO EN LA PIGMENTACIÓN CUTÁNEA**

Inês Pereira Amaral(1), Ivânia Soares(1), Madalena Pupo Correia(1) y Paulo Filipe(1) de (1)Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa - Portugal.

La infiltración cutánea resultante de la extravasación de hierro endovenoso en los tejidos circundantes es un efecto adverso raro, aunque potencialmente irreversible. A pesar de los informes que sugieren mejoras cosméticas mediante el uso de láser, la remisión espontánea es infrecuente, resultando mayormente en lesiones cosméticamente inapropiadas y permanentes.

Describimos el caso de una mujer de 67 años referida a la consulta de Dermatología debido a una lesión persistente en el dorso de la mano y antebrazo derecho, con más de un año de evolución. La lesión se presentaba como una mancha homogénea marrón, de aproximadamente 20

cm, con límites bien definidos, que se extendía desde la raíz de los dedos de la mano derecha hasta el tercio distal del brazo homolateral, involucrando todo el antebrazo pero respetando la palma de la mano. La paciente negó la presencia de síntomas asociados y siguió tratamiento con hielo y elevación del miembro, sin mejoría significativa.

La lesión surgió inmediatamente después de la administración endovenosa de carboximaltosa férrica, realizada en un contexto de insuficiencia cardíaca y ferropenia, a través de acceso venoso periférico en el dorso de la mano. Hubo un rápido aumento en las dimensiones, seguido de estabilización en pocos días. Después de un año, la lesión persiste sin cambios, sin ninguna mejora asociada. La paciente rechazó el uso de terapia con láser.

Se estableció entonces el diagnóstico de extravasación de hierro endovenoso, un efecto adverso asociado con decoloración prolongada en el lugar de la inyección, lo que resulta en consecuencias cosméticas inaceptables. Este caso destaca la necesidad de informar a los pacientes sobre este potencial efecto adverso como parte del consentimiento informado. Además, enfatiza la importancia de optimizar las técnicas de infusión para minimizar el riesgo de decoloración asociado con el uso de hierro endovenoso, incluida la consideración de evitar la canulización en el dorso de la mano.

**PO-449**

**SEGURIDAD Y EFICACIA UN INNOVADOR SERUM DESPIGMENTANTE QUE CONTIENE ÁCIDO TRANEXÁMICO, 4-N-BUTILRESORCINOL, NIACINAMIDA, GLUCONOLACTONA, ÁCIDOS MANDÉLICO, SALICÍLICO Y FÍTICO PARA REVERTIR IN VITRO Y CLÍNICAMENTE HIPERPIGMENTACIONES**

Ludmila Prudkin-Silva(1), Marta Furmanczyk(1), Anthony Brown(1), Adrià Ribes(1), Júlia Santamaría Martínez(1), Martina Trabacchi(1), Javier Bustos Santafé(1), Antonio Rodríguez Fernández de Henestrosa(1) y Eric Jourdan(1) de (1)Innovation and Development Department. ISDIN SA, Barcelona - España.

**Antecedentes y objetivos:** Los trastornos de hiperpigmentación tienen un impacto negativo en la calidad de vida y pueden requerir un abordaje de larga duración: el uso de cosméticos eficaces y altamente tolerados favorece la adherencia al uso continuado. El objetivo de este trabajo es evaluar la seguridad y eficacia de un serum (M1.8) que contiene ácido tranexámico, 4-n-butilresorcinol, niacinamida, gluconolactona, ácidos mandélico, salicílico y fítico, para atenuar la producción de melanina y revertir in vitro y clínicamente las hiperpigmentaciones.

**Métodos:** Estudio 1 (E1): En un modelo epidérmico humano reconstruido pigmentado (RHEm) se evaluó la actividad despigmentante de M1.8 mediante la medición de la superficie coloreada con melanina en la epidermis, tras 9 días de incubación, mediante tinción de Warthin-Starry y posterior análisis de imágenes. Estudio 2 (E2): 30 mujeres (35-70 años) con hiperpigmentación facial leve a moderada se aplicaron dos veces al día M1.8 durante tres meses. El dermatólogo evaluó modified Melasma Area Severity Index (mMASI) y puntuó clínicamente luminosidad y tono de la piel. La pigmentación y las manchas ultravioletas (UV) se evaluaron con Mexameter y VISIA, respectivamente. Todas estas evaluaciones se realizaron en días 0, 14, 28, 56, 84 y 112 (un mes después de suspender M1.8). Los participantes completaron un cuestionario subjetivo a partir de D14 y se valoró tolerabilidad y compatibilidad.

**Resultados:** E1: M1.8 indujo una disminución del área de color de melanina en el RHEm de -71% en comparación con el control. E2: Los resultados y la significancia estadística pueden verse en la tabla. Los sujetos evaluaron positivamente la eficacia y la calidad cosmética del producto. Además, M1.8 demostró muy buena compatibilidad y tolerabilidad con la piel.

**Conclusión:** Los estudios demuestran que M1.8 reduce de manera estadísticamente significativa la producción in vitro de melanina tras 9 días de incubación. Además, muestran una mejora clínica significativa de la pigmentación de forma rápida, sólida y sostenida, con resultados observables a partir de los 14 días y mantenidos 1 mes tras finalización de su uso. Es bien tolerado y sus atractivas cualidades cosméticas lo convierten en una opción eficaz en el manejo de las hiperpigmentaciones.

**Tabla:** Evolución de las evaluaciones clínicas

Parámetro	D14 vs. D0 (p-value)	D28 vs. D0 (p-value)	D56 vs. D0 (p-value)	D84 vs. D0 (p-value)	D112 vs. D0 (p-value)
mMASI	- 3.1% (N.S.)	-12.8% (p<0.05)	-24.1% (p<0.05)	-28.7% (p<0.05)	-21% (p<0.05)
Luminosidad	+23.3% (p<0.05)	+39.4% (p<0.05)	+56.9% (p<0.05)	+59.8% (p<0.05)	+55.4% (p<0.05)
Uniformidad del tono	+11.9% (p<0.05)	+31.4% (p<0.05)	+43.9% (p<0.05)	+54.6% (p<0.05)	+47.2% (p<0.05)
Pigmentación	-3.7% (p<0.05)	-9.9% (p<0.05)	-10.4% (p<0.05)	-10.4% (p<0.05)	-9.1% (p<0.05)
Manchas UV	-1% (N.S.)	-1.5% (N.S.)	-3% (p<0.05)	-3.2% (p<0.05)	-2.3% (p<0.05)

N.S.: no significativo; D: Día, mMASI: Melasma Area Severity Index; UV: ultravioleta

**PO-450**

**HIPERPIGMENTACIÓN POR CLOZAPINA, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Mildred Sánchez Díaz(1), Giulia Dradi(1), Sara de Benito Mendieta(1), María Gemma Jumilla Martínez(1), Reyes Gamero Villegas(1), Henar Sanz Robles(1) y Ma Uxua Floristán Muruzábal(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

La clozapina es un medicamento antipsicótico utilizado para tratar la esquizofrenia resistente al tratamiento con otros antipsicóticos; así como para enfermedades neurodegenerativas. Se presenta el caso de una paciente mujer de 59 años con enfermedad de Parkinson, remitida al servicio de Dermatología por hiperpigmentación azul grisácea en áreas fotoexpuestas, más evidente en concha de pabellones auriculares

y en escleras, quien recibía dosis altas (125 mg al día) de este fármaco. Se realizaron exámenes complementarios para descartar patologías asociadas, entre ellas alcaptonuria y la biopsia de piel con tinción de Fontana\_Masson demostró que se trataba de depósitos de pigmento de melanina en la basal. Se decidió disminuir dosis a 50 mg al día con lo que se logró mejoría del cuadro clínico. La hiperpigmentación es un efecto secundario poco común pero significativo de la clozapina. Es importante considerar este posible efecto al prescribir este medicamento y en caso de que aparezca hiperpigmentación, se debe considerar la reducción de la dosis o la búsqueda de alternativas para minimizar la afectación de la calidad de vida del paciente.

**PO-451**

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO RICO EN ANTIOXIDANTES, ESTUDIO REALIZADO EN POBLACIÓN CON MELASMA**

Juan Antonio Santana Amaro(1), Palmira Valderas-Martínez(1), Ludmila Prudkin-Silva(1), Martina Trabacchi(1), Javier Bustos Santafé(1) y Eric Jourdan(1) de (1) Innovation and Development Department. ISDIN, Barcelona - España.

**Introducción y Objetivos:** El melasma es un trastorno pigmentario común, caracterizado por una pigmentación clínicamente difusa de color marrón claro a oscuro mayoritariamente en regiones centro-facial y malar. La prevalencia global es aproximadamente del 1 %, aunque hay estudios que informan de tasas de prevalencia más altas en personas con fototipos de Fitzpatrick III-V. Este trastorno tiene un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. En este estudio se evaluó la eficacia despigmentante de un complemento alimenticio que contiene Niacina (Nicotinamida), Pinus pinaster Ait., Vitis vinifera L., Vitaminas E y C y Selenio.

**Materiales y método:** Participaron quince sujetos con melasma facial (18-50 años) con fototipo III-IV. Consumieron una cápsula diaria en el desayuno con abundante líquido durante 28 días. Se evaluó el grado de melasma mediante el método clinimétrico modified Melasma Area Severity Index (mMASI) a Día 0 (D0) y Día 28 (D28). Los participantes completaron un cuestionario subjetivo a D28 valorando la eficacia del producto. También usaron durante todo el estudio un fotoprotector con FPS 50+ con alta protección UVA y antioxidantes para reducir el riesgo de aparición de nuevas hiperpigmentaciones.

**Resultados:** El D28 se observó una disminución estadísticamente significativa del mMASI del 11,5% respecto a D0 (p=0.008). Ninguno de los sujetos reportó signos ni síntomas clínicos relevantes en el D28 derivados del uso del producto. El 72% de los sujetos participantes valoran este complemento alimenticio con una puntuación media de 8,5 (escala de 0 a 10, donde 0 peor valoración y 10 mejor valoración) y el 94% realizó una valoración global del producto positiva. Los porcentajes de respuestas positivas se exponen en la tabla 1.

**Conclusión:** Los resultados del estudio demuestran que este complemento alimenticio rico en antioxidantes consigue reducir de forma significativa el área de melasma tras 28 días de ingesta. En el mismo sentido los participantes del estudio notaron una mejoría en el aspecto de su piel. Podemos concluir que este producto es un eficaz y muy bien tolerado complemento en el tratamiento del melasma.

**Tabla:** Porcentaje de respuestas positivas respecto a la eficacia del complemento.

Valoración	% respuestas positivas
Siento mi piel más protegida	94%
Mi piel parece más sana y con un tono más saludable	89%
No me han aparecido manchas nuevas desde que estoy usando el producto	89%
Con el uso del producto mejora la apariencia cutánea	89%
Con el uso del producto mejora la claridad de mi piel	83%

**ZONA PÓSTER**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

**PO-452**

**MANEJO QUIRÚRGICO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA. NUESTRA EXPERIENCIA**

Judit Algarra Sahuquillo(1), David Llorca Juan(1), Rafael Ibáñez Ramón(1) y Carmen Ortega Monzó(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia) - España.

**Antecedentes y objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea-apocrina caracterizada por la formación de abscesos, fístulas y cicatrices. Diferentes estudios apoyan el papel de la cirugía en esta patología. Nuestro objetivo principal es valorar si la cirugía contribuye en la modificación del curso de la HS en nuestros pacientes, reduciendo el número de brotes en la localización intervenida o a distancia. Como objetivos secundarios se analizaron las características de las intervenciones quirúrgicas practicadas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por HS Hurley III desde febrero 2022 hasta febrero 2024 en nuestro centro. Se estudiaron variables demográficas (edad, sexo, tabaquismo, obesidad, raza), parámetros relacionados con la enfermedad (edad de inicio, estadio Hurley, localización, subtipo clínico, tratamientos previos y actuales) y relacionados con la intervención (tipo de cirugía, localización, reconstrucción, reintervenciones, complicaciones quirúrgicas, recidivas).

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes, 18 (62%) varones, con una media de edad de 35,5 años (18-68). El 58,6% eran fumadores y el 45% obesos. La edad media de inicio de HS fue de 22,75 años (10-60). 4 pacientes tenían fenotipo folicular, uno fenotipo mixto; el resto, fenotipo inflamatorio. En todos los casos se practicó una resección amplia de la lesión, con cierre directo en 28/29 casos. El 34,48% se intervino en ingles/periné (13,79% de forma bilateral); 44,8% axilas (2.9%, bilateral), 10% en múltiples localizaciones y tres pacientes se intervinieron en otras localizaciones (cara, areola y tórax anterior). 18 pacientes tenían afectación en >1 localización, y 11 en > 2 localizaciones. El 29% había recibido previamente adalimumab, el 41,3% antibioterapia oral y el 10,3% retinoides orales. El seguimiento fue de 9.4 meses de media (2-24), durante el cual un paciente tuvo recidiva en la localización intervenida. La única complicación quirúrgica fue la dehiscencia (3 pacientes).

**Conclusión:** Nuestros resultados apoyan el papel beneficioso de la realización de exéresis quirúrgica amplia en pacientes seleccionados con HS grave, presentando baja recidiva y disminución del número de brotes en la localización intervenida.

PO-453

COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN CONDROCUTÁNEO DE LA CONCHA PARA REPARACIÓN DE DEFECTOS DEL TERCIO SUPERIOR DEL PABELLÓN AURICULAR QUE INCLUYEN CARTÍLAGO: SERIE DE 10 CASOS

Carlos Azcárraga Llobet(1), Juan Jiménez Cauhé(1), Patricia Burgos Blasco(1), Darío de Perosanz Lobo(1), Ana Suárez Valle(1), Emilio Berna Rico(1), Belén de Nicolás Ruanes(1), Emilio García Mouronte(1), Luis Ríos Buceta(1) y Sònia Beà Ardèbol(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

**Antecedentes y objetivos:** La anatomía del pabellón auricular dificulta la reparación de defectos en dicha localización, especialmente cuando estos son de gran tamaño e incluyen el cartílago. En este estudio se pretende mostrar el resultado del colgajo de trasposición condrocutáneo de la concha (CTCC) en la reparación de defectos del tercio superior del pabellón auricular con pérdida de cartílago, así como sus ventajas e inconvenientes.

**Métodos:** Se presenta un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos mediante un CCTC en el el Servicio de Dermatología de un hospital terciario desde el año 2019 al 2023. Se recogen los datos clínicos, los resultados y las complicaciones.

**Resultados:** Se incluyó en el estudio a 10 pacientes intervenidos de un CTCC, 8 varones y 2 mujeres, con una media de 75 años en el momento de la cirugía. Todos los pacientes mostraban un defecto en el tercio superior auricular, 3 de ellos de espesor total, cuya región posterior se reparó mediante un colgajo de avance retroauricular. El origen del defecto fue la resección oncológica: 7 pacientes por carcinoma basocelular y 3 por carcinoma epidermoide, siendo la media del tamaño tumoral de 2,3 x 1.8 cm. 7 de ellos fueron intervenidos mediante cirugía de Mohs y 3 mediante cirugía convencional. La concha cerró por segunda intención en todos ellos, mostrando reepitelización total a las 3-4 semanas. En cuanto a las complicaciones, 2 pacientes desarrollaron una hemorragia posquirúrgica, 1 un otohematoma con necesidad de drenaje y 1 una necrosis de la porción distal del colgajo por diseño inadecuado. El seguimiento medio de los pacientes fue de 28 meses, mostrando todos buen resultado funcional. 3 pacientes mostraron un resultado estético mejorable, a diferencia del resto.

**Conclusiones:** El diseño del CTCC es muy útil en la reparación de defectos del tercio superior del pabellón auricular que incluyen cartílago, tanto de espesor parcial como total. El resultado estético y funcional generalmente es bueno, dado que se aporta rigidez. Este colgajo compuesto es seguro y presenta bajo riesgo de necrosis, por su rica vascularización. Su combinación con el cierre por segunda intención de la concha permite ahorrar segundos tiempos quirúrgicos o involucrar otras áreas anatómicas mediante la realización de otros colgajos o injertos.

PO-454

INJERTOS EN SELLO TRAS VULVECTOMÍA Y RADIOTERAPIA POR CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA (2 CASOS)

Miriam Corral de la Calle(1), Ana González de Arriba(1), Ana María Rodríguez Sánchez(2), Mª Luz Ramos Nieto(1), Mª Pilar Escalonilla García-Patos(1) y Susana Pérez Santos(1) de (1)Dermatología y (2)Unidad de Úlceras. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España.

Las úlceras que se producen en zonas expuestas a radioterapia son un tipo de heridas crónicas de difícil abordaje.



Presentamos dos pacientes de 82 y 58 años con carcinoma epidermoide de vulva sometidas a vulvectomía y radioterapia que desarrollaron úlceras fibrinonecroticas que afectaban intensamente a la calidad de vida. Tras múltiples tratamientos tópicos ineficaces, respondieron de forma satisfactoria a la realización de injertos en sello.

Destacamos la utilidad de una técnica quirúrgica sencilla, que puede realizarse en una sala de curas y que, de forma inmediata, produce un efecto antiálgico y acelera la cicatrización al liberar factores de crecimiento.

PO-455

TERAPIAS QUIRÚRGICAS LOCALES COMO POTENCIADORAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA EN UN MELANOMA MALIGNO ACRAL EN ESTADIO IVA

Ana Ferreira(1), María Cristina Fialho(1), Ana Luísa João(1), Joana Bárto(2) y Vítor Farricha(2) de (1)Departamento de Dermatovenereología do Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa - Portugal y (2)Departamento de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa - Portugal.

El melanoma cutáneo es la tercera neoplasia maligna cutánea más frecuente y representa el 90% de las muertes relacionadas con el cáncer de piel. En la octava edición del sistema de estadificación del melanoma del American Joint Committee on Cancer, el estadio IVa denota metástasis a distancia en piel, tejido subcutáneo, músculo o ganglios linfáticos distantes, lo que anuncia un pronóstico y un riesgo de recurrencia desafiantes, difíciles de manejar incluso con inmunoterapia. En estos casos, la cirugía se complica, ya que la escisión R0 a menudo resulta imposible o conlleva una morbilidad significativa. La perfusión aislada de las extremidades (PAE) y la electroquimioterapia (EQT) surgen como modalidades prometedoras para preservar las extremidades en el caso de metástasis en tránsito irreseccables.

Presentamos el caso de un paciente de 55 años con melanoma acral del pie derecho en estadio IVa, de tipo BRAF salvaje, que fue sometido a escisión, disección de ganglios linfáticos y tres líneas de tratamiento sistémico, pero persistieron las metástasis cutáneas a distancia y en tránsito. Ante la falta de opciones, fue remitido a nuestro centro para su tratamiento. Posteriormente, realizamos PAE de la extremidad inferior derecha y EQT, dos abordajes bien establecidos para los tumores avanzados de las extremidades. La paciente mostró una respuesta notable seis semanas después de la intervención, con algunas lesiones que alcanzaron una respuesta completa, mientras que otras mostraron una respuesta parcial, acompañada de la aparición de un nuevo implante suprapúbico, y los resultados fueron confirmados por la PET-TC. Subjetiva y objetivamente, la paciente experimentó alivio del dolor, mejora de la calidad de vida y conservación de la extremidad. Dado que el estado general de salud de la paciente era estable, en agosto de 2023 se inició un tratamiento sistémico fuera de indicación con pembrolizumab y lenvatinib. En ese momento, se propuso extirpar las lesiones de la extremidad izquierda y repetir el EQT, que tuvo lugar en octubre de 2023. Se destaca la eficacia de la combinación de terapia locoregional con inmunoterapia, que promete mayores tasas de respuesta global y respuestas sostenidas en comparación con los tratamientos individuales. Este caso subraya la eficacia de las terapias quirúrgicas locales como potenciadoras de la terapia sistémica vacilante.

PO-456

NONAGENARIOS BAJO EL BISTURÍ: COMORBILIDADES Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Emilio García Mouronte(1), Belén de Nicolás Ruanes(1), Emilio Berna Rico(1), Carlos Azcárraga Llobet(1), Patricia Burgos Blasco(1), Darío de Perosanz Lobo(1), Juan Jiménez Cauhé(1), Ana Suárez Valle(1), Pedro Jaén Olasolo(1), Luis Ríos Buceta(1) y Sònia Beà Ardébol(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España.

El manejo de las neoplasias cutáneas en ancianos constituye un problema complejo en la práctica clínica. De hecho, la guía británica de tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) recomienda una conducta expectante si el pronóstico vital es limitado. Por ello, el objetivo del presente trabajo es describir y analizar las comorbilidades y resultados postoperatorios de los pacientes nonagenarios sometidos a una intervención quirúrgica dermatológica. Se trata de una cohorte retrospectiva unicéntrica de 70 pacientes nonagenarios que fueron sometidos a cirugía dermatológica en un centro terciario entre 5/2023 y 1/2024. Diferentes variables fueron obtenidas de sus historias clínicas electrónicas. La comorbilidad de los pacientes fue valorada mediante el índice de Charlson (CCI). La mayoría de los pacientes fueron hombres (n = 37; 52,86%), con una edad mediana de 92 años. 15 (21,43%) y 18 (25,71%) recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante.

Se extirparon un total de 103 tumores, siendo el diagnóstico más frecuente el CBC (n = 46; 44,66%), seguido por el carcinoma epidermoide (CE, n = 41; 39,81%), con una razón CBC/CE = 1,12. 10 (25%) de los CE presentaban una estadificación T3-T4 (sistema AJCC-8). La mayoría de los procedimientos quirúrgicos se realizaron bajo anestesia local (n = 58; 82,86%), con control convencional de márgenes (n = 99; 96,12%) y plastia primaria (n = 63; 61,17%). Solo se detectó afectación microscópica de los bordes en 4 tumores (3,88%). 8 defectos fueron reconstruidos con injerto (7,77%) y 19 mediante colgajo local (18,45%). 16 pacientes (22,86%) sufrieron complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente la dehiscencia (n = 9; 12,86%). Esta fue más incidente en CE (66,67% vs 40,98%), neoplasias T3 (33,3% vs 9,8%) y defectos reconstruidos con colgajo local (44,4% vs 19,7%). En un periodo medio de seguimiento de 4,17 meses fallecieron 4 pacientes (5,7%). Ninguna muerte se produjo en el primer mes del postoperatorio. La puntuación del CCI fue de 2 (0-12). El CCI no se correlacionó con la mortalidad (R = 0,208; p = 0,09), pero sí con el riesgo de complicaciones (R = 0,303; p = 0,01).

Nuestros hallazgos confirman que el tratamiento quirúrgico de las neoplasias cutáneas en pacientes nonagenarios es eficaz, seguro y bien tolerado. Por ello, la resección quirúrgica debería ser considerada el tratamiento de elección en este rango etario.

**Tabla:** Intervenciones quirúrgicas en nonagenarios: variables demográficas basales, diagnóstico histológico, técnica quirúrgica y complicaciones

Sexo (n, %)		Número de tumores (n)	103	Biopsia previa (n, %)	47 (45,63%)
Hombres	37 (52,86%)	1	49 (70%)	Tipo de cirugía (n, %)	
Mujeres	33 (47,14%)	2	21(20%)	Convencional	99 (96,12%)
Edad (mediana, rango)	92 (90-100)	≥ 3	7 (10%)	Mohs en fresco	1 (0,97%)
Comorbilidades previas (n, %)		Diagnóstico histológico (n, %)		Afeitado/Curetaje + Electrocoagulación	3 (2,91%)

Sexo (n, %)		Número de tumores (n)	103	Biopsia previa (n, %)	47 (45,63%)
Deterioro cognitivo	27 (38,57%)	CBC	46 (44,66%)	Profilaxis antibiótica (n, %)	28 (40%)
Diabetes mellitus	24 (34,29%)	CE	41 (39,81%)	Cuidados postquirúrgicos (n, %)	
Índice de Charlson (mediana, rango)	2 (0-12)	Melanoma	3 (2,91%)	Ambulatorio	46 (65,71%)
C0 (n, %)	16 (22,86%)	Otros	13 (12,63%)	Hospital de Día	24 (34,29%)
C1 (n, %)	15 (21,43%)	Localización anatómica (n, %)		Técnica de cierre	
C2 (n, %)	14 (20%)	Cabeza	79 (76,7%)	Directo	63 (61,17%)
≥ C3 (n, %)	25 (35,71%)	Cuero cabelludo	15 (14,56%)	Injerto	8 (7,77%)
Marcapasos/Desfibrilador automático implantable (n, %)	10 (14,29%)	Frente	14 (13,59%)	Colgajo	19 (18,45%)
Antiagregantes (n, %)	16 (22,86%)	Mejilla	24 (23,3%)	Segunda intención	13 (12,62%)
Anticoagulantes (n, %)	18 (25,71%)	Nariz	12 (11,65%)	Complicaciones postoperatorias	16 (22,86%)
Tipo de anestesia (n, %)		Pabellón auricular	10 (9,71%)	Infección	4 (5,71%)
Local	58 (82,86%)	Párpado	4 (3,88%)	Hemorragia	4 (5,71%)
Sedación	12 (17,14%)	Tronco y cuello	11 (10,68%)	Dehiscencia	9 (12,86%)
Complicaciones intraoperatorias (n)	0	Extremidades	13 (12,62%)	Delirium	2 (2,86%)

**PO-457 SUTURA DE APROXIMACIÓN TRIANGULAR EN LESIONES DE ALETA NASAL**

Cristina Grau Salvat(1), Inmaculada Gil Faure(1), Joan Àngel Baldó(1) y Antoni Azón Massoliver(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España.

**Introducción:** La cirugía tumoral en la zona de aleta nasal posee diferentes opciones reconstructivas. Lo más habitual suelen ser colgajos bilobulados, romboidales, "en tiburón" o cierres por segunda intención si el defecto quirúrgico no es muy grande. La sutura de aproximación con 3 puntos en forma de triángulo siguiendo las unidades anatómicas de esta zona sería una buena opción de tratamiento ya que consigue que el defecto estético sea prácticamente inexistente.

**Material y Método:** Se extirpan quirúrgicamente 5 carcinomas basocelulares localizados en pliegue de ala nasal. Se describe la técnica de 3 puntos de aproximación en forma de triángulo, para defectos quirúrgicos pequeños (> 1,5 cm) que afectan a la zona de la aleta nasal sin afectar al margen alar móvil. Esta forma de triángulo, hace que la estética de la cicatriz sea inmejorable, ya que por un lado 2 de los puntos de sutura se esconden en el pliegue alar y por otro lado, el tercer punto (vertical) evita la elevación de la misma aleta. Los cuidados postoperatorios sólo precisan analgesia y curas tópicas con ác. fusídico.

**Conclusiones:** La sutura de aproximación triangular descrita y mostrada en los 5 pacientes resulta una opción a tener en cuenta, para defectos quirúrgicos en la localización descrita y para tamaño no superior a 1,5 cm ya que se trata de una técnica muy simple y con muy buenos resultados estéticos.

**PO-458 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE VIDA REAL EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA DE MOHS ENTRE 2018-2023. SERIE DE 76 CASOS**

Fernando Gruber Velasco(1), Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barroso(1), Kiril Magaletskyy Kharachko(1), Marcela Martínez Pérez(1), Nicolás Silvestre Torner(1), Jorge Román Sainz(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Elena Vargas Laguna(1) y Adrián Imbernón Moya(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

La cirugía de Mohs ha transformado el enfoque del tratamiento del cáncer cutáneo al ofrecer mejores tasas de curación y preservando más tejido sano peritumoral en comparación con la cirugía convencional.

Presentamos un estudio retrospectivo realizado en 76 pacientes que fueron sometidos a cirugía de Mohs en nuestro centro, entre 2018 y 2023. Los objetivos principales del estudio incluyeron: evaluar la eficacia de la técnica, los resultados funcionales, las posibles complicaciones; así como la percepción subjetiva de los pacientes sobre el procedimiento quirúrgico y los resultados estéticos obtenidos.

La edad media de los participantes fue de 67 años (50% mujeres, 50% hombres). Se extirparon 65 carcinomas basocelulares (85%), 7 carcinomas epidermoides (9%), 3 dermatofibrosarcoma protuberans (4%) y 1 lentigo maligno (1,3%). La mayoría de las lesiones (88%) estaban localizadas en la cara, con un 40% asentando sobre región nasal. El promedio de pases fue de 1,46, siendo mayor en áreas como la mejilla (1,88) y el aparato ungueal (1,67). Se observaron cambios en la positividad de los márgenes quirúrgicos en dos pacientes, una vez los cortes fueron estudiados definitivamente en parafina. No se encontraron recurrencias en ninguno de los casos.

El 30% de los pacientes tuvieron algún tipo de complicación, siendo todas ellas de carácter leve y resolviéndose con tratamiento ambulatorio. La necrosis parcial de colgajo fue la complicación más frecuente en nuestra serie. El seguimiento medio de los pacientes fue de 1,93 años. Se observaron tres recurrencias, todas ellas correspondientes a carcinomas basocelulares.

La evaluación subjetiva global del procedimiento quirúrgico por parte de los pacientes fue de 8.94/10, mientras que la valoración de las curas posteriores a la cirugía fue de 8.77/10. Además, los pacientes valoraron los resultados estéticos obtenidos con esta técnica con un 8,07/10.

En conclusión, la experiencia clínica de la cirugía de Mohs en nuestro centro parece ser concordante con los datos publicados en la literatura científica previa; consolidando esta técnica como la opción preferente en nuestro centro para el tratamiento de tumores cutáneos malignos.

## PO-459

## ABORDAJE QUIRÚRGICO PRECOZ EN INFECCIONES GRAVES DE PIEL Y PARTES BLANDAS: TÉCNICA E IMPACTO PRONÓSTICO

Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Vírveda González(1), Marina de la Puenta(1), Luis Ángel Zamarro(1), Belén González Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Hubert Brandon Aranibar Meléndez(2), Ana María López López(2), Gema Arenas de Frutos(2), Ricardo Suárez Fernández(1) y Ana Pulido Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (2)Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

La fascitis necrotizante cérvico-facial es un cuadro poco común, pero potencialmente mortal, por lo que un alto nivel de sospecha clínica y la instauración de un tratamiento precoz influyen de forma determinante en el pronóstico del paciente.

Varón de 26 años sin antecedentes reseñables con mal estado general y edema facial bilateral doloroso de 48h de evolución. Ante sospecha de infección de foco cutáneo, se cubre con piperacilina-tazobactam y linezolid. La detección rápida de *Streptococcus pyogenes* fue negativa y la toma nasal positiva para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. A las 48h, se observa empeoramiento clínico y analítico del paciente. Se decide intervención quirúrgica urgente con desbridamiento y colocación de drenajes. En muestra quirúrgica, se aísla *Streptococcus pyogenes* y se rota a cefazolina-clindamicina. Tras esto, el paciente evoluciona de forma favorable y es dado de alta a los 25 días de la intervención.

La fascitis necrotizante es una infección de piel y partes blandas poco frecuente con elevada morbilidad y mortalidad, incluso con tratamiento óptimo. La afectación cérvico-facial, aunque poco común (10% del total) es una localización de riesgo, con una mortalidad del 40-76%. Es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, con obesidad o diabetes mellitus, aunque hasta el 25% no presenta factores predisponentes, como en el caso presentado. Las puertas de entrada más frecuentes son: odontógenas, sinusales, peritonsilares o infección de glándulas salivares. No obstante, hay un porcentaje en el que no se identifica puerta de entrada. Los microorganismos más frecuentes son estreptococos beta-hemolíticos del grupo A y *Staphylococcus aureus*, siendo comunes las infecciones polimicrobianas. El cuadro progresa rápidamente, incluso con antibioterapia sistémica y medidas de soporte correctas, por lo que un desbridamiento quirúrgico precoz es pilar fundamental del tratamiento. En nuestro caso, se optó por la colocación de drenajes tipo Penrose para limpieza de las áreas afectadas, con intento de conservación de la mayor parte del tejido potencialmente viable, permitiendo no solo hacer frente a la infección, sino también obtener un resultado funcional y estético óptimo.

El manejo quirúrgico precoz de la fascitis necrotizante facial permite frenar la progresión del cuadro, así como mantener una correcta funcionalidad y estética facial.

## PO-460

## CRIOTERAPIA DE CONTACTO Y ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA COMO TRATAMIENTO DE QUELOIDES DE PABELLÓN AURICULAR

Teresa López Bernal(1), Alberto Guerrero Torija(1), María de la Soledad Vallejo Ruiz(1), María Castillo Gutiérrez(1), Inés Segovia Rodríguez(1), Rosalía Toledo Cañaveras(1) y Beatriz Aranegui Arteaga(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid) - España.

**Antecedentes y Objetivos:** Los queloides del pabellón auricular repercuten negativamente en la calidad de vida de los pacientes debido a su impacto estético y a las molestias que pueden asociar. Existen múltiples técnicas descritas para tratarlos, pero el porcentaje de recurrencias suele ser elevado y muchas de estas técnicas no suelen estar disponibles en todos los centros.

**Métodos:** Se presenta una serie de 8 pacientes con queloides en pabellones auriculares secundarios a la realización de piercings. El 50% son mujeres y el 50% son hombres, con una edad media de 27 años. Al 75% de los pacientes se le había infiltrado corticoides previamente. El procedimiento se llevó a cabo de manera ambulatoria y consistía en realizar: 1) anestesia local con mepivacaína al 2%, 2) extirpación mediante curetaje del queloide, 3) electrocoagulación del lecho, 4) aplicación de crioterapia de contacto, y 5) inyección de acetónido de triamcinolona 40mg/ml. La herida se curaba con antibiótico tópico y vendaje y se proporcionaba al paciente una revisión a las 48h, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

**Resultados:** A las 4 semanas post cirugía, se le realizó una nueva infiltración de acetónido de triamcinolona por persistencia de base algo indurada a 2 de los pacientes y a las 12 semanas, a 3 de los pacientes. A sólo un paciente se le realizó infiltración tanto a la semana 4 como a la semana 12. A dos pacientes no se le tuvo que realizar ninguna otra intervención adicional. Tras seguimiento a más de 16 meses, sólo un paciente ha presentado recidiva. La satisfacción subjetiva percibida por los pacientes ha sido buena (el 87.5% han puntuado 10 sobre 10) y no se han observado efectos secundarios adicionales.

**Conclusiones:** Presentamos una nueva técnica que combina cirugía, crioterapia de contacto y corticoterapia intralesional como tratamiento de queloides secundarios a piercings. A pesar del pequeño número de pacientes y del corto periodo de seguimiento, queremos dar a conocer esta nueva herramienta terapéutica para tratar queloides con materiales disponibles en la mayoría de los centros sanitarios.



Composición de queloide antes y después, así como de la aplicación de crioterapia de contacto

PO-461

**EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PREQUIRÚRGICA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LIMITADA EN EL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 126 CASOS**

Antonio Martorell(1), Francisco Navarro(1), Gemma Ochando Ibernón(1), Virginia Sanz Motilva(1), Gonzalo García Fadrique(1), Alessandro Thione(1), María Solera Talamante(1), Marta Moya(1), Agnes Sánchez(1) y Alberto Alfaro Rubio(1) de (1)Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España.

**Introducción:** La cirugía limitada, considerada como el acto quirúrgico en el que se realiza una exéresis amplia de la lesión problema que no supone la extirpación de una unidad anatómica en su totalidad, es actualmente el procedimiento más realizado para el manejo de túneles complejos (tipo C) de la Hidradenitis Supurativa (HS). Una revisión sistemática reciente analizó las tasas de recurrencia de este tipo de intervención, oscilando según series entre el 15% y el 25% de los casos.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la ecografía (US) como técnica para la definición de márgenes quirúrgicos para reducir el riesgo de recurrencia de la cirugía limitada.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a intervenciones quirúrgicas con ecografía preoperatoria en el Hospital de Manises entre 2020 y 2022.

**Resultados:** El estudio incluyó 126 cirugías limitadas en un conjunto de pacientes con edad promedio de 43.22 años.

Los márgenes ecográficos medios observados en la muestra para asegurar una resección completa de las lesiones fueron de 1.2 cm, 1.1 cm, 1.25 cm, 2.7 cm, y 1.9 cm para las lesiones tratadas en regiones axilar, inguinal, genital, glútea y cervical/tronco respectivamente.

Considerando los márgenes clínicos actualmente establecidos como estandar, el uso de la ecografía permite ahorrar una cantidad significativa de piel sana, con una media de de 0.8 cm en cirugías axilares, 1.1 cm en área inguinal, 1.2 cm en zona genital, 1.3 cm en zona glútea y 1.4 cm en zona cervical y abdominal.

El seguimiento medio fue de 26 meses, sin detectar recurrencias quirúrgicas.

**Conclusiones:** La evaluación ecográfica prequirúrgica ofrece una oportunidad para mejorar los **resultados** de la cirugía limitada en el paciente con HS. Este enfoque permite una demarcación precisa de los márgenes de la piel, reduciendo las recurrencias no deseadas y preservando el tejido sano no dañado por la enfermedad.

PO-462

**USO DE CERA ÓSEA PARA FACILITAR EL CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN EN CIRUGÍA RETROAURICULAR**

Emili Masferrer i Niubò(1), Clara Jiménez Balcalls(2), Inés Zarzoso Muñoz(1), Elisabet Puigantell i Cabanas(1), Camila Londono Martínez(1), Alba Álvarez Abellá(1), Lidia García Colmenero(1) y Francesca Corella Vicente(1) de (1)Servei de Dermatologia i Venereologia. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa (Barcelona) - España y (2)Dermatologic Department. 4D Skin Clinic, Newcastle (Australian Capital Territory) - Australia.

**Antecedentes y Objetivos:** Los tumores de la zona retroauricular pueden afectar múltiples subunidades anatómicas como el surco retroauricular y el pabellón posterior del oído. La extirpación de estos tumores puede causar grandes defectos cutáneos que requieran reconstrucciones quirúrgicas complejas y largas. La cera ósea es un producto no absorbible, inerte y maleable utilizado para proporcionar hemostasia en áreas óseas sangrantes. Su empleo en zona retroauricular puede facilitar el cierre quirúrgico sin necesidad de complejas reconstrucciones.

**Métodos:** Se recogen los pacientes operados de tumores retroauriculares en los que para su cierre se empleó el uso de cera ósea.

**Resultados:** Se recogieron 6 pacientes, todos ellos varones. La edad media de los pacientes fue de 81,5 años (77-97), cuatro pacientes tenían un carcinoma escamosos y dos un carcinoma basocelular. El tamaño medio del tumor era de 3,6 cm<sup>2</sup> (1,2-8,75). El tamaño medio del defecto a cubrir era de 8.19 cm<sup>2</sup> (2,75-18,84). El tiempo medio de cierre del defecto fue de 34 días (28-39). Ningún paciente presento infección de la herida o sangrado postquirúrgico. Todos los pacientes tuvieron un buen resultado quirúrgico funcional y estético.

**Conclusiones:** Esta serie muestra cómo la utilización de cera ósea permite acelerar el cierre de defectos de segunda intención en la zona retroauricular cuando afecta a dos áreas anatómicas y con muy buenos resultados estéticos y funcionales.

**PO-463 CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO PERIOCULAR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Román Miñano Medrano(1), José Gregorio Álvarez Fernández(1), Miguel Vela Ganuza(1), Joseph Simon Griffiths Achas(1), Diego de la Vega Ruiz(1), Fernando Pinedo Moraleda(2), Elena García Zamora(1), Alicia Berlanga Díaz(3) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Servicio Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** El carcinoma basocelular es el tumor maligno cutáneo más frecuente. En el 20 % de los casos se presenta en la región periocular. Cuando afecta a los párpados y el canto interno el riesgo de recurrencia es mayor. El riesgo de invasión de la órbita ( dependiendo de algunos factores como el tamaño, tipo histológico, años de evolución, inmunosupresión ) es del 2-4%. Las opciones terapéuticas son cirugía controlada al microscopio, o técnicas combinadas con inhibidores de Hedgehog ( vismodegib, sonidegib), radioterapia e imiquimod. La exenteración es la opción cuando la órbita está afectada.

**Caso Clínico:** Mujer de 71 a con los antecedentes personales de trastorno bipolar y glaucoma. En tratamiento con depakine, quetiapima, venlafaxina, lormetacepam, levotiroxina, atorvastatina, latanoprost, bimatoprost. Remitida a nuestro servicio para tratamiento de carcinoma basocelular periocular localmente avanzado mediante cirugía micrográfica de Mohs. Previamente en su hospital de referencia se había rechazado el tratamiento con inhibidores de Hedgehog.

A la exploración clínica se observaba una placa ulcerada rodeada de tejido de aspecto cicatricial con telangiectasias, de unos 5 cm afectando pirámide nasal canto interno del ojo derecho y canto interno y ambos párpados en el ojo izquierdo. Dado el tamaño de la lesión y la afectación de ambos ojos se decidió realizar cirugía de Mohs diferido. Después de 4 estadios se obtuvo márgenes libres de afectación tumoral. Realizándose la reconstrucción mediante colgajos de avance de Tenzel y trasposición medio frontal. El resultado funcional en el lado izquierdo fue inaceptable inicialmente, siendo necesarias 2 nuevas cirugías para conseguir la apertura ocular. Dos años después no presenta signos de recurrencia y la apertura ocular es correcta.

**Conclusión:** el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado periocular es siempre un reto. Los inhibidores de Hedgehog son una opción terapéutica evitando el tratamiento quirúrgico que suele ser complejo con resultados estéticos y funcionales pobres como el caso descrito.

**PO-464 EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DERMATOLÓGICA AMBULATORIA**

Ana Morelló Vicente(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Mónica María Fernández Álvarez(1) y Rafael Salido Vallejo(1) de (1)Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Antecedentes y objetivos:** Debido al aumento de prevalencia de la patología tumoral cutánea, tanto benigna como maligna, el número de intervenciones mediante cirugía ambulatoria es cada vez mayor. A pesar de que la información que reciben los pacientes en consulta es similar, algunos presentan una idea distorsionada del procedimiento al que se van a someter. Por ello, el principal objetivo de este estudio es evaluar la percepción de enfermedad y de la intervención quirúrgica de estos pacientes, los potenciales factores que pueden influir en ella y en qué medida la información recibida en consulta se corresponde con la realidad.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio unicéntrico observacional descriptivo basado en la realización de encuestas que incluyó a pacientes intervenidos de patología tumoral cutánea.

**Resultados:** Se encontraron diferencias al evaluar la percepción de enfermedad en función de la naturaleza de la lesión y de la presencia o no de antecedentes quirúrgicos. Asimismo, la percepción de los pacientes fue diferente en función de la técnica quirúrgica empleada, el tiempo transcurrido hasta la cirugía y el número de dermatólogos implicados en el proceso. A pesar de las diferencias encontradas, la gran mayoría de los pacientes refirió que la información recibida en consulta describía correctamente la cirugía a la que se habían sometido.

**Conclusiones:** La percepción de la cirugía dermatológica por parte de los pacientes se fundamenta no sólo en la información recibida sino también en sus propias expectativas. Además, existen diversos factores que pueden influir y justificar las diferencias observadas entre pacientes, y que deben ser identificados y considerados para optimizar la información proporcionada en consulta y la calidad de la asistencia prestada.

**PO-465 LIGASURE: UN DISPOSITIVO DE SELLADO QUIRÚRGICO ÚTIL EN PROCEDIMIENTOS AVANZADOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA**

Jesús Navas Ramírez, de Hospital de Torrevieja, Torrevieja (Alicante) - España.



Pinza Ligasure

Diversas tecnologías basadas en la energía de radiofrecuencia han revolucionado la práctica quirúrgica al ofrecer una solución innovadora para la hemostasia y la disección en una amplia gama de procedimientos.

Estos avances proporcionan una coagulación eficaz y una disección precisa, lo que resulta en menor pérdida de sangre, tiempos operatorios reducidos y una recuperación más rápida para los pacientes disminuyendo las complicaciones de forma ostensible.

Exploramos los principios fundamentales de esta técnica, sus aplicaciones clínicas en diversas especialidades quirúrgicas y los beneficios significativos que ofrece tanto para los cirujanos como para los pacientes.

Discutimos las investigaciones y evidencias clínicas que respaldan la eficacia y seguridad de

esta tecnología, así como las consideraciones clave para su implementación exitosa en la práctica de la cirugía dermatológica avanzada: Ganglio centinela.

Proporcionamos finalmente una visión integral del dispositivo que utilizamos en nuestro Servicio y su papel en la mejora de los resultados quirúrgicos obtenidos.

PO-466

COLGAJO PREAURICULAR TUNELIZADO PARA LA REPARACIÓN DE UN DEFECTO DE LA FOSA TRIANGULAR DEL PABELLÓN AURICULAR

Anna Sánchez-Puigdollers(1), Mar Luque-Luna(2), Carla Tubau Prims(2), Agustí Toll Abelló(2) y Marta Alegre Fernández(2) de (1)Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España y (2)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España.

Presentamos dos casos de defectos quirúrgicos de la fosa triangular del pabellón auricular. El primer caso se trata de un paciente de 52 años con un carcinoma basocelular recurrente en fosa triangular de oreja izquierda y el segundo, una mujer de 66 años con un carcinoma basocelular en fosa triangular izquierda. Ambos fueron intervenidos mediante cirugía de Mohs y ambos defectos fueron reconstruidos con un colgajo preauricular tunelizado a través de la raíz del hélix. Ambos casos presentaron completo prendimiento del colgajo y excelente resultado estético, sin complicaciones.

Para realizar este colgajo, el primer paso consiste diseñar el colgajo de un tamaño similar al defecto con un pedículo suficiente que permita desplazarlo a través de la raíz del hélix y trasponerlo a la región receptora. El pedículo debe tener el grosor adecuado para que incluya suficiente vascularización, en este caso procedente de la arteria temporal superficial. También debe tener la longitud suficiente para llegar hasta el defecto original sin que se produzca excesiva tensión. La disección cuidadosa y delicada del pedículo es el punto clave para evitar complicaciones. Para crear el túnel se despeja la raíz del hélix creando una cavidad de un ancho suficiente para poder ser atravesada por el colgajo. Se desepiteliza la superficie del colgajo que entra en contacto con la zona tunelizada. Por último, el colgajo se fija en la zona receptora mediante puntos de sutura (pueden ser simples o continuos).

**Discusión:** La integridad de cada una de las áreas del pabellón auricular es importante para mantener el contorno estético de la oreja. Este colgajo aporta buenos resultados estéticos y funcionales en un único tiempo quirúrgico. Se trata de una buena opción terapéutica para defectos de la fosa triangular, donde el abordaje es de difícil acceso, sobretodo en casos en que la extirpación del pericondrio subyacente pueda dificultar la supervivencia de un injerto en esa zona.



Paso a paso del colgajo tunelizado para la fosa triangular

PO-467

ELECTROQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ANCIANOS CON TUMORES MALIGNOS EPITELIALES. SERIE DE CASOS

Lidia Trasobares Marugán(1), Sonsoles María Aboín González(2), Elena Lucía Pinto Pulido(2), Elena de Jesús García Verdú(2) y Elena Sánchez Gómez-Aparici(2) de (1)Servicio de Dermatología. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Introducción y Objetivos:** la electroquimioterapia (ECT) es un tratamiento loco-regional de los tumores cutáneos, subcutáneos y viscerales independientemente de su origen. Consiste en la administración de un agente citotóxico, generalmente bleomicina, por vía intralesional o intravenosa, seguido de la aplicación de pulsos eléctricos cortos y de elevada intensidad. Estos pulsos inducen la apertura reversible de poros en la membrana celular (electroporación), permitiendo el paso del fármaco al interior de la célula tumoral y su destrucción. Se puede realizar con anestesia local y sedación ligera. El tiempo quirúrgico es inferior a 30 minutos. Su seguridad, permite la realización en pacientes ancianos, no candidatos a un procedimiento quirúrgico convencional.

**Material y Métodos:** se realiza una revisión de los 14 tumores (carcinomas basocelulares y carcinomas escamosos) tratados con ECT en un hospital de complejidad intermedia de la comunidad de Madrid durante el año 2023. Todos los pacientes fueron mayores de 80 años en los que se desestimó la cirugía. El procedimiento se realizó bajo anestesia local y sedación. Hubo respuesta en todos los pacientes.

**Resultados:** La tolerancia fue excelente sin efectos adversos severos. Ninguno precisó reconstrucción posterior debido a la rápida reepitelización. Varios pacientes requirieron dos tratamientos para conseguir la respuesta completa.

**Conclusión:** la ECT es un tratamiento rápido y seguro para el tratamiento de los carcinomas basocelulares y escamosos en pacientes ancianos, pluripatológicos y frágiles en los que se desestima una cirugía prolongada y agresiva

PO-468

COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN PREAURICULAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN LA CARA ANTERIOR DEL PABELLÓN AURICULAR

Victor Volo Bautista(1), Gonzalo Nieto González(1), Daniel Rodríguez Baeza(1), Laura Sánchez Velicia(1), María Núñez Cabezón(1), Silvia Gallego Álvarez(2) y Jesús Vega Gutiérrez(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España y (2)Dermatología. Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos) - España.

**Introducción:** Debido a la gran exposición actínica que sufre la cara anterior del pabellón auricular es una localización especialmente vulnerable a la aparición de cáncer de piel no melanoma. La reconstrucción de los defectos en dicha área es un reto por motivos funcionales y estéticos que requiere de una correcta planificación quirúrgica.

**Presentación de los casos:** Se presentan 4 pacientes con tumores malignos queratinocíticos (carcinomas basocelulares o carcinoma espinocelulares) que afectan a la fosa triangular, el antehélix o ambas localizaciones y que fueron reconstruidos con un colgajo de transposición preauricular. En 3 de ellos de manera tunelizada y en el otro caso de manera interpolada y seccionando el pedículo en un segundo tiempo. Cuando el diseño es de manera tunelizada para su realización se desepiteliza la superficie que va a quedar interpuesta en el área auricular, se despega por encima de los vasos temporales superficiales y se pasa través de una incisión en la cara posterior del antehélix para situarlo sobre el defecto. Cuando el colgajo preauricular se trata de una interpolación, el pedículo se mantiene durante 2 semanas y posteriormente se secciona en una segunda intervención. En todos los pacientes, el resultado estético y funcional fue bueno.

**Discusión:** Existen varias alternativas quirúrgicas para la reconstrucción de defectos en la oreja como son los colgajos locales, los injertos de piel o la curación por segunda intención. El colgajo de transposición preauricular es una técnica útil para reparar defectos quirúrgicos de espesor parcial que afectan a la fosa triangular, el antehélix, la concha y el antitrago. Se nutre de arterias perforantes procedentes de la arteria temporal superficial lo que le permite una gran viabilidad. Este colgajo es una gran alternativa ya que permite la movilización de piel en una superficie donde la cantidad de tejido donante es escasa, un resultado estético excepcional en comparación a otras técnicas reconstructivas y, cuando se realiza de manera tunelizada, la ejecución en una sola fase reduce costes y morbilidad.

ZONA  
PÓSTER

TRATAMIENTO SISTÉMICO

PO-469

PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ALOPECIA AREATA TRATADAS CON UPADACITINIB

Raquel Aragón Miguel(1), Héctor Muñoz González(1), Goretti Robayna Torres(1), Ignacio Alonso García(1), Alicia Lapresta Lázaro(1), Isabel Martín González(1), M<sup>a</sup> José López Redondo(1) y Olga González Valle(1) de (1)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España.

**Introducción:** Las manifestaciones de las enfermedades inmunomediadas (IMIDs) varían dependiendo de la/o las citoquinas implicadas. Algunos pacientes asocian varias de ellas por lo que es importante disponer de fármacos que puedan controlar varias patologías, aunque no compartan un mismo mecanismo de acción. Los Inhibidores de la Janus Kinasa (JAK) son inhibidores pancitoquinas, que pueden inhibir tanto la respuesta Th1 como la Th17 y pueden ser útiles en patologías con varias citoquinas implicadas o cuando se asocian varias de estas enfermedades.

**Caso Clínico:** Varón de 49 años con antecedentes familiares de psoriasis y artritis psoriásica (APs). Fue valorado en nuestro servicio en el 2017 por lesiones cutáneas muy pruriginosas, que cursaban en brotes desde hacía 25 años y que afectaban predominantemente a extremidades. Una biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de eczema. Se indicaron varios ciclos de prednisona, metotrexato (fallo primario) y ciclosporina (pérdida de seguimiento). En 2021 fue diagnosticado de APs. Meses después comenzó con un brote intenso de eczema. Se inició ciclosporina con mejoría inicial pero el paciente desarrolló placas de alopecia areata (AA) en cuero cabelludo y barba. Se suspendió el tratamiento y se inició upadacitinib (UPA) 15 mg con resolución de la APs y de las lesiones eczematosas, pero sin mejoría a nivel de cuero cabelludo. Finalmente se subió a 30mg diarios con mejoría de la alopecia a los 2 meses y resolución completa a los 8 meses.

**Discusión:** La dermatitis atópica (DA) se asocia a otras IMIDs. Se ha visto que estos pacientes tienen una mayor prevalencia e incidencia de AA y APs comparadas con la población general y el riesgo de IMIDs de nueva aparición se duplica en personas con DA más grave. En los últimos años, la comprensión de los mecanismos moleculares de la vía JAK-STAT en las cascadas proliferativas inflamatorias de las IMIDs ha llevado al desarrollo de inhibidores de JAK. Los jakinibs varían en su selectividad por diferentes isoformas de la JAK y tienen el potencial de ajustar con precisión la inmunidad y la inflamación en pacientes con IMIDs. En nuestro caso usamos UPA por su eficacia en APs, DA y AA.

PO-470

APREMILAST COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A HIDRADENITIS SUPURATIVA

Natalia Aranda Sánchez(1), Lidia Carbonero Jiménez(1), M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Cristina Romera De Blas(1), María Cotarelo Hernández(1), Juan José Amorós Oliva(1), María José Carrera Hernández(1), Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1), Paula Blázquez Pérez(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

El pioderma gangrenoso es una enfermedad infrecuente, crónica y recidivante. Es una dermatosis neutrófila que cursa con úlceras, asociada con frecuencia a una enfermedad sistémica (enfermedad inflamatoria intestinal, artritis e hidradenitis supurativa entre otras). En su abordaje

se han utilizado múltiples fármacos, entre ellos, inmunosupresores clásicos como corticoides sistémicos o ciclosporina y otros como fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral-alfa (anti-TNFa) o inhibidores de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4).

Presentamos el caso de un paciente de 20 años con diagnóstico de síndrome de Down en seguimiento en nuestras consultas por hidradenitis supurativa (HS), Hurley III, de 4 años de evolución. Controlado inicialmente con anti-TNFa, a los 6 meses del inicio del fármaco, desarrolló una úlcera periostomal, compatible con pioderma gangrenoso paradójico en relación con anti-TNFa que fue controlado con suspensión del fármaco y corticoides sistémicos a dosis altas. Se inició tratamiento con secukinumab, un inhibidor de IL17 (anti-IL17), para el control de HS y tras 6 meses se evidenció recidiva de pioderma gangrenoso periostomal.

Dada la sospecha de pioderma desencadenado por terapia inmunomoduladora nuevamente, se suspendió el tratamiento y se iniciaron corticoides sistémicos a dosis altas en pauta descendente junto con apremilast (inhibidor PDE-4), para el manejo del pioderma y control de su HS, obteniendo la reducción de la úlcera y las lesiones activas de HS a los 15 días de haber iniciado el tratamiento, manteniéndose esta respuesta tras 2 meses de seguimiento.

Apremilast es un inhibidor de PDE-4 utilizado en enfermedades en las que los fármacos anti-TNFa han demostrado eficacia incluyendo psoriasis y lupus eritematoso discoide, además, existen diversos estudios en los que es utilizado para el control de lesiones de pioderma gangrenoso en monoterapia y en combinación con otros fármacos con buenos resultados. También, ha sido utilizado en el manejo de pacientes con hidradenitis supurativa con buen control y escasos efectos adversos proponiéndose como alternativa en pacientes con reacciones paradójicas a anti-TNFa.

Se expone apremilast como alternativa terapéutica en pacientes con HS y pioderma gangrenoso concomitante en los que aparezca como enfermedad paradójica o que sea resistente a los tratamientos inmunomoduladores como anti-TNFa o anti-IL17.

#### PO-471 TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO EROSIVO ORAL CON UPADACITINIB

Carmen Carranza Romero(1), Lucía Campos Muñoz(1), Ricardo Moreno Borque(1), Alfredo García Mares(1), Ana Sirgado Martínez(1), Elena Lozano Martínez(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

El liquen plano erosivo oral es una enfermedad inflamatoria considerada una variante de liquen plano que afecta a mucosas con predilección por la mucosa oral. Implica una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes asociado al dolor intenso de las lesiones y a la dificultad en la deglución.

Presentamos el caso de un paciente varón de 60 años en seguimiento en consultas de dermatología por liquen plano de mucosas severo que afectaba a mucosa oral, genital y perianal de manera extensa desde 2015. Las lesiones eran muy dolorosas y se ulceraban con frecuencia impidiendo la deglución. Se realizó biopsia en varias ocasiones por úlceras persistentes para descartar malignidad sin objetivar degeneración a carcinoma epidermoide. A lo largo de los años había realizado múltiples tratamientos con metotrexato, dolquine, acitretino, ciclosporina, griseofulvina, apremilast y terapia fotodinámica sin mejoría. Se decide entonces uso compasivo con upadacitinib 15 mg diario observando control de las lesiones y mejoría drástica al mes del tratamiento. A día de hoy no existe un tratamiento específico para esta patología. Los inhibidores de Janus quinasa actúan bloqueando la acción de ciertas citoquinas inflamatorias involucradas en varias enfermedades inflamatorias. Se ha reportado su uso fuera de indicación para distintas patologías dermatológicas entre ellas el liquen plano erosivo oral. En la literatura médica encontramos tan sólo dos casos tratados de forma exitosa con upadacitinib, un inhibidor selectivo de JAK1. Como conclusión planteamos el uso de upadacitinib como una alternativa terapéutica eficaz en esta patología. La disminución del dolor y de las lesiones fue drástica al mes del tratamiento con control de la enfermedad y sin encontrar efectos adversos tras un año de seguimiento.

#### PO-472 NECESIDAD DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO COMBINADO EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE

Cristina Ciudad Blanco(1), María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Virseda González(1), Ofelia Baniandres Rodríguez(1) y Ricardo Suárez Fernández(1) de (1)Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La hidradenitis supurativa (HS) con fístulas drenantes y brotes de inflamación y supuración frecuentes, supone un reto terapéutico. Los pacientes presentan una alta carga de inflamación sistémica y si no se consigue disminuir la intensa inflamación, la enfermedad continúa evolucionando hacia unas cicatrices retráctiles y la aparición de nuevas fístulas. Está claro que la cirugía tiene un papel fundamental en estos pacientes, pero a pesar de cirugías muy mutilantes, hay pacientes que continúan presentando mucha inflamación y áreas nuevas afectadas por la enfermedad. En estos casos, podría ser útil el tratamiento combinado biológico inhibiendo varias vías implicadas en la patogenia de la enfermedad.

**Métodos:** Se presentan 3 pacientes con HS muy grave Hurley III e IHS 4 superior a 11, que a pesar de haber realizado tratamientos con adalimumab, infliximab, cirugías con reconstrucciones complejas, y múltiples ciclos de antibioterapia, continuaban con frecuentes brotes de inflamación, dolor y supuración en varias áreas anatómicas. En los 3 pacientes se pautó tratamiento con ustekinumab 90mg subcutáneo cada 60 días.

**Resultados:** Los 3 pacientes referían importante mejoría de la enfermedad, disminuyendo la gravedad, valorada por las escalas IHS4 y DLQI, y por una menor necesidad de antibioterapia. Sin embargo, tras 9-12 meses de tratamiento, por persistir mucha inflamación y aparición de nuevas lesiones, se añadió tratamiento con anakinra 100mg/día subcutáneo. En 2-3 meses tras la adición de anakinra, los 3 pacientes refirieron una mejoría significativa de la enfermedad, sin ningún efecto adverso y mejorando su calidad de vida y reduciendo la necesidad de tratamientos antibióticos y analgésicos.

**Conclusiones:** Aún no se conoce con exactitud la patogenia de la HS, pero se sabe que están activadas tanto la inmunidad innata como la adquirida. Se han encontrado elevados los niveles de varias interleuquinas (IL) como la IL-17, IL-6, IL-1β, TNF-α, IFN-γ, tanto en lesiones de HS como en la sangre de estos pacientes. Por ello, en algunos casos podría ser interesante el bloqueo de la producción y la acción de varias de estas IL para evitar un circuito de retroalimentación inmunológica responsable de la inflamación crónica de estos pacientes.

**PO-473** REJUVENECIMIENTO INMUNOLÓGICO Y DE LA EDAD BIOLÓGICA TRAS LA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL CON AM3<sup>®</sup>, ESPERMIDINA Y HESPERIDINA

Mónica de la Fuente del Rey(1), Judith Félix Escalera(1), Estefanía Díaz del Cerro(1), Ana López Ballesteros(2) y María José Gómez Sánchez(2) de (1)Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología. Universidad Complutense, Madrid - España y (2)Cantabria Labs, Madrid - España.

El sistema inmunitario de la piel está conectado con el sistémico y ambos experimentan el deterioro propio del envejecimiento, proceso que se inicia a los veinte años. La velocidad a la que se envejece es diferente para cada individuo, por lo que se propuso el término "edad biológica" (EB) para indicar esa velocidad, siendo esta edad mejor marcadora que la cronológica de cómo se está envejeciendo y del riesgo de morbilidad y mortalidad. Ante la dificultad de determinar la EB, y en base al papel relevante del sistema inmunitario en el envejecimiento, se generó un modelo matemático, basado en la valoración de parámetros de función inmunitaria, el Immunity Clock (IC), para calcularla. Dada la inflamación que acompaña al envejecimiento, se ha sugerido la utilización de compuestos con propiedades antiinflamatorias para enlentecer la inmunosenescencia y consecuentemente el envejecimiento. El objetivo del trabajo ha sido analizar el efecto que la ingestión de un suplemento nutricional con compuestos antioxidantes-antiinflamatorios (AM3<sup>®</sup>, espermidina y hesperidina) puede tener en parámetros de función inmunitaria que permiten determinar la EB, así como en el estado inflamatorio sistémico. El estudio incluyó 35 sujetos, 17 hombres y 18 mujeres de 29-63 años divididos en dos grupos que ingirieron durante 2 meses una cápsula diaria con el preparado (grupo experimental:GE, N=20) o con excipiente (placebo:GP, N=15). Antes y después del tratamiento se obtuvo sangre periférica de la que se separaron las células inmunitarias (linfocitos y neutrófilos) y el plasma. En los leucocitos se analizó la quimiotaxis de neutrófilos y linfocitos, la fagocitosis de neutrófilos, la actividad antitumoral de las natural killer (NK) y la linfoproliferación en respuesta al mitógeno fitohemaglutinina. En el plasma se valoraron citoquinas pro-inflamatorias (TNF- $\alpha$ , IL-1b) y antiinflamatorias (IL-10). Los **resultados** muestran en el GE una mejora significativa en todas las funciones estudiadas, excepto en la actividad NK, y al aplicar el modelo del IC una disminución significativa de la EB (20 años de media), no habiendo cambios en el GP. Las citoquinas proinflamatorias disminuyeron y la IL-10 aumentó en el GE, sin modificarse en el GP. En conclusión, la ingestión de este suplemento durante 2 meses permite disminuir el estrés inflamatorio, mejorar la función inmunológica y rejuvenecer la EB.

**PO-474** EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE INHIBIDORES DE JANUS KINASA (JAK) EN COMBINACIÓN CON OTROS INMUNOMODULADORES: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Ignasi Figueras Nart(1), Clara Muntaner Virgili(1), Clara Torrecilla Vall-Llossera(1), Júlia Boronat Cucarull(1), Marta Gangonells Dols(1) y Montserrat Bonfill Ortí(1) de (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

A pesar que los inhibidores de JAK han demostrado gran eficacia en el control de diversas enfermedades inflamatorias cutáneas, existen pacientes que no alcanzan una respuesta completa. En estos casos, se plantean como opciones la rotación a otros tratamientos o bien, iniciar un fármaco adicional para optimizar la respuesta. Existe poca evidencia en la literatura acerca de esta segunda opción.

Se realizó un estudio retrospectivo de serie de casos, incluyendo todos los pacientes del servicio de dermatología de un hospital de tercer nivel que habían realizado tratamiento con un inhibidor de JAK en combinación con otro fármaco inmunomodulador en los últimos diez años.

Se identificaron 18 pacientes, 12 de los cuales habían recibido tratamiento con inhibidor de JAK por alopecia areata, 5 por dermatitis atópica y uno por síndrome de Akerman. Los inmunomoduladores usados en combinación con más frecuencia fueron metotrexate (12), prednisona (3) y dupilumab (3). El motivo de la combinación fue una respuesta parcial al inhibidor de JAK en monoterapia, la nula respuesta al inhibidor de JAK en monoterapia o un trasplante de órgano sólido. El tratamiento combinado duró una mediana de 14,8 meses y hasta un 61.1% de los pacientes alcanzaron la respuesta completa. Se reportaron 8 efectos adversos en 6 pacientes distintos, la mayoría asociados al uso de metotrexate. Solo en dos casos fueron motivo de suspensión de ambos fármacos y de inicio de un inhibidor de JAK alternativo. En otro caso, se disminuyó la dosis de inhibidor de JAK a la mitad.

Como conclusión, este trabajo muestra como la combinación de los inhibidores de JAK con tratamientos inmunomoduladores pueden ser una alternativa efectiva a considerar en aquellos pacientes que no alcanzan una respuesta completa en monoterapia, sin mayores efectos adversos.

**PO-475** DERMATOSIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA CON RESPUESTA COMPLETA A DUPILUMAB

Alicia Jiménez Antón(1), Myriam Viedma Martínez(1), Rafael Mendoza Albarrán(1), Gonzalo Gallo Pineda(1), José Francisco Millán Cayetano(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedad hematológica se trata de una entidad poco frecuente, caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas con eosinofilia en el estudio histológico en el contexto de un proceso hematológico.

Varón de 71 años, con antecedentes de leucemia linfática crónica sin tratamiento, consultó por lesiones pruriginosas generalizadas de un año de evolución. Realizó tratamiento con antihistamínicos orales, corticoides tópicos y orales, sin mejoría. A la exploración se observaron pápulas eritemato-edematosas con vesícula central y pápulas con costra serohemática suprayacente en cuero cabelludo y extremidades. Se realizó una biopsia que mostró un intenso infiltrado linfocitario con eosinófilos en dermis. La inmunohistoquímica reveló la presencia de células linfoides con expresión de CD3, CD5, CD43 y Bcl-2 positiva (Figura 2). Se diagnosticó de dermatosis eosinofílica asociada a enfermedad hematológica. Se pautó dupilumab con dosis inicial de 600 mg seguido de 300 mg cada dos semanas, con respuesta completa y buena tolerancia.

La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedad hematológica es una entidad infrecuente que se caracteriza por el desarrollo de lesiones cutáneas en el contexto de un trastorno hematológico, demostrándose la presencia de eosinofilia tisular en el estudio histopatológico. Suele asociarse a leucemia linfática crónica como en nuestro caso, pero se ha descrito en otros procesos de estirpe B, mielofibrosis y en patologías no neoplásicas como el VIH. Las lesiones cutáneas suelen aparecer años después del diagnóstico de la hemopatía, pero pueden preceder o desarrollarse simultáneamente a esta.

Clínicamente se presenta como pápulas y nódulos pruriginosos o lesiones vesículo-ampollosas predominantemente en extremidades. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos. El estudio inmunohistoquímico muestra un infiltrado con predominio de linfocitos T (CD3+, CD43+ y CD45RO+). Se han empleado diferentes tratamientos como antihistamínicos orales, corticoides tópicos y sistémicos y fototerapia UVB, con recidivas frecuentes. Presentamos un caso de dermatosis eosinofílica asociada a leucemia linfática crónica con respuesta completa y mantenida a dupilumab.

PO-476

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO AMBISPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Miguel Mansilla-Polo(1), Martí Pons-Benavent(2), Pablo Fernández-Crehuet(3), Eva Vilarrasa(4), Cristina Albanell-Fernández(5), Enrico Morales-Tedone(5), Francisca Rausell-Félix(5), Rebeca Alcalá-García(6), María Matellanes-Palacios(6), Gemma Martín-Ezquerro(7), Fernando Alfageme(8), Cristina Ciudad-Blanco(9), María Teresa López-Villaescusa(10), Juan Manuel Segura-Palacios(11), José Carlos Pascual-Ramírez(12), María Luisa Fernández-Díaz(13), Daniel Falkenhain-López(14), Miguel García-Gil(15), Anna Agustí-Mejías(16), Nuria No-Pérez(17), Natalia Naranjo-Guerrero(18), Ángela Estenaga-Pérez(19), Ramón García-Ruiz(20), Laura Mahiques-Santos(21), Patricia Garbayo-Salmons(22), Antonio Martorell(23), Begoña Escutia-Muñoz(1), Fernando Navarro-Blanco(1), Daniel Martín-Torregrosa(1), Carlos Cuenca-Barrales(24), Alejandro Molina-Leyva(24) y Rafael Botella-Estrada(25) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe, Valencia - España, (2)Departamento de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy/Alcoi (Alicante) - España, (3)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (4)Departamento de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (5)Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (6)Departamento de Dermatología. Hospital de Sagunto, Sagunto (Valencia) - España, (7)Departamento de Dermatología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (8)Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid - España, (9)Departamento de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (10)Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España, (11)Departamento de Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España, (12)Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante - España, (13)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España, (14)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (14)Departamento de Dermatología. Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel - España, (16)Departamento de Dermatología. Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia) - España, (17)Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra) - España, (18)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (19)Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) - España, (20)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia - España, (21)Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario de Castellón, Castellón - España, (22)Departamento de Dermatología. Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España, (23)Departamento de Dermatología. Hospital de Manises, Manises (Valencia) - España, (24)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España y (25)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe. Facultad de Medicina. Universitat de València. Valencia - España.

Bimekizumab es el primer inhibidor dual y selectivo de las IL-17A y F con desarrollo clínico en hidradenitis supurativa (HS). Ha demostrado controlar la actividad de la HS de forma estadísticamente significativa versus placebo en ensayos clínicos, con un perfil de seguridad favorable. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad y seguridad de bimekizumab en HS en práctica clínica real a corto plazo.

Presentamos un estudio de cohortes ambispectivo en pacientes con HS tratados con bimekizumab en múltiples hospitales españoles. Se recogieron las características demográficas y clínicas basales y se analizó la evolución de IHS4, EVA dolor, HS-PGA y DLQI en semana 16, así como los acontecimientos adversos reportados.

Se incluyeron 40 pacientes, el 19% en estadio Hurley II y el 81% Hurley III, predominantemente con fenotipo inflamatorio (72%). Recibieron bimekizumab 320 mg cada 2 ó 4 semanas. En semana 16, se reportaron mejorías rápidas y significativas en los signos y síntomas de la HS. El IHS4 promedio se redujo de 28 (±14,2) a 16 (±9,9) (p<0,001), PGA de 5 (±0,9) a 3 (±1,1) (p<0,001), EVA dolor de 8 (±1,5) a 5 (±2,1) (p<0,001), y DLQI de 23 (±6,2) a 13 (±6,1) (p<0,001). Bimekizumab fue bien tolerado y no se identificaron nuevas alertas de seguridad.

Nuestro estudio confirma la eficacia de bimekizumab en HS reportada en ensayos clínicos. Bimekizumab se presenta como una opción terapéutica efectiva y segura para la HS, proporcionando mejoras rápidas y clínicamente relevantes que reducen el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes.

PO-477

LIQUEN PLANO GENERALIZADO REFRACTARIO A OTROS TRATAMIENTOS CON RESPUESTA COMPLETA A SECUKINUMAB

Albert Martín Poch(1), Montserrat Salleras Redonnet(1) y Mónica Quintana Codina(1) de (1)Servicio de Dermatología . Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud, Barcelona - España.



Figura 1

**Antecedentes:** El liquen plano (LP) es una dermatosis que supone del 0.4 al 2 % de las consultas dermatológicas. La mayoría de LP cutáneos remiten en 1-2 años, siendo las afectaciones mucosa y pilar las más refractarias al tratamiento. Sin embargo, algunas formas de LP cutáneo son recalcitrantes a las terapias convencionales.

**Caso Clínico:** Varón de 40 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual que acudió a dermatología por lesiones papulares, eritemato-purpúricas y poligonales generalizadas (figura 1A) orientadas como un LP cutáneo generalizado, que fue confirmado histológicamente. No había afectación mucosa, pilar ni ungueal.

Se realizó una analítica que resultó normal y descartó infección por el VHC. Fue tratado durante 6 años con corticoides tópicos e intramusculares, fototerapia, acitretino 20mg diarios y metotrexato 20mg semanales, con respuesta

solo parcial a todos estos tratamientos. Finalmente se inició secukinumab 150mg (semanas 0, 1, 2, 3 y 4) y luego 300mg mensualmente, con desaparición de las lesiones y del picor desde la segunda semana. El paciente permanece con respuesta completa tras 2 años con el fármaco (figura 1B).

**Discusión:** A diferencia de otras enfermedades dermatológicas no existen tratamientos biológicos dirigidos para el LP. Aunque no conocemos completamente su patogenia, se trata de una enfermedad mediada por linfocitos T en la que hay evidencia de la participación de la vía Th-17/IL-23. En los pacientes con LP se han descrito polimorfismos de la IL-17A, incremento de la IL-17A en suero, incremento de células Th17 en las lesiones y un marcado descenso del infiltrado inflamatorio cuando se bloquea el eje IL-17/IL-23. Por todo ello, se cree que la IL-17 podría jugar un papel patogénico importante.

En la literatura hay descritos 4 casos de LP tratados con secukinumab: 1 caso de LP oral, 1 de LP genital y 2 de LP cutáneo generalizado (uno de ellos refractario a corticoides tópicos). Nosotros presentamos un quinto caso de LP tratado con secukinumab, y el primero de LP cutáneo refractario a tratamientos sistémicos. Actualmente existe un ensayo clínico fase 2 en curso evaluando la eficacia de secukinumab en LP cutáneo, oral, genital y pilar (NCT04300296).

**Conclusión:** secukinumab podría ser una alternativa eficaz para el tratamiento del LP cutáneo refractario a otros tratamientos sistémicos.

**PO-478 UPADACITINIB EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA: CUANDO LA REALIDAD VENCE AL MIEDO**

Ángel Manuel Rosell Díaz(1), Lucía Turrión Merino(1), Marta Elosua González(1), Fernando Alfageme Roldán(1) y Gastón Roustan Gullón(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

Presentamos el caso de un varón de 85 años, con antecedentes personales de enfermedad de Alzheimer que consulta por la presencia de prurito generalizado de más de quince años de evolución. El picor no se acompaña de clínica a nivel sistémica. A nivel cutáneo únicamente ha tenido lesiones compatibles clínica y anatomopatológicamente con poroqueratosis actínica diseminada superficial, no objetivando eccema ni lesiones tipo prurigo.

Además, niega antecedentes personales de atopia. Durante este periodo ha recibido tratamiento con antihistamínicos, doxepina, metotrexato, acitretino, talidomida y ciclosporina sin efecto y con la presencia de efectos adversos. En este contexto se solicita analítica de sangre completa con serologías y se pauta pregabalina y naltrexona. Ante la ausencia de respuesta y de alteraciones relevantes en la analítica se pauta upadacitinib 15 mg al día consiguiendo la desaparición del picor con buena tolerancia.

Durante el seguimiento de más de dos años, no ha tenido efectos adversos relevantes salvo la presencia de herpes zoster que ha conllevado la suspensión temporal del fármaco. En el momento actual continua con upadacitinib 15 mg al día manteniendo efectividad y tolerancia excelente.

En este caso se pone de relevancia la efectividad de upadacitinib en pacientes con prurito sine materia y especialmente la seguridad en pacientes de avanzada edad.

ZONA PÓSTER

TRATAMIENTO TÓPICO

**PO-479 TIRBANIBULINA AL 1% TÓPICA EN QUEILITIS ACTÍNICA: SERIE DE CASOS**

Sandra Cases Mérida(1), María Dañino García(1) y Juan A. Márquez Enríquez(1) de (1)Servicio Dermatología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera (Cádiz) - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La tirbanibulina es un inhibidor sintético de la polimerización de la tubulina y señalización de la quinasa Src, característica que le confiere actividad antitumoral y antiproliferativa. La tirbanibulina al 1% en pomada está aprobada para el tratamiento de queratosis actínicas cuyos ensayos pivotaes mostraron tasas de respuesta completa del 44% y parcial del 68%. Aportamos nuestra experiencia en su uso fuera de indicación en ficha técnica en pacientes con queilitis actínica.

**Método:** Se describen las características demográficas, antecedentes de interés y cáncer de piel, así como la valoración basal y a los dos meses de 8 pacientes con queilitis actínica. Se valoró adherencia, reacciones local y grado de satisfacción general. Se indicó pauta convencional (aplicación diaria durante 5 días consecutivos) sin otro tratamiento asociado.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes cuya media de edad era de 78 años. El 62,5% eran hombres, el 25% eran inmunodeprimidos. El 75% de los casos tenían antecedente de cáncer de piel no melanoma y el 25% había padecido un carcinoma epidermoide labial previamente. Las tasas de respuesta parcial fueron de un 75% y de respuesta completa un 25%. Se observó reacciones leves-moderadas en el 100% de los casos que no obligaron a la suspensión del tratamiento.

**Conclusiones:** La tirbanibulina tópica ha mostrado una eficacia aceptable para el manejo de queilitis actínica con buen perfil de seguridad en nuestros pacientes. La pauta corta facilita su aplicación, su adherencia y éxito terapéutico a largo plazo. Es necesario más estudios para recomendar su uso de forma sólida su uso en queilitis actínica.

PO-480

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y TOLERANCIA CUTÁNEA DE UN PRODUCTO PERIBUCAL EN PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS EN EL CONTROL DE LA SALIVACIÓN BAJO CONTROL DERMATOLÓGICO**

Irene Pérez Carretero(1), Lourdes Conte Visús(1), Olga Cabrerizo García(1), Clàudia Salat Figueras(2), Noemí Serra-Baldrich(2) y Alicia Marín de Pablo(1) de (1) Medical Affairs & Clinical Department y (2)Research & Development Medicated Skin Care. LETI Pharma S.L.U., Barcelona – España.

**Antecedentes:** La sialorrea se define como la emisión involuntaria de la secreción de la saliva. La composición y el pH ligeramente alcalino de la saliva contribuyen a la aparición de prurito, rojez y descamación en el área peribucal.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y tolerancia cutánea de un producto peribucal en pacientes adultos con problemas en el control de la salivación, bajo control dermatológico.

**Método:** se incluyen 20 voluntarios (que consienten su participación voluntaria), de ambos sexos de un centro residencial, con problemas de control de la salivación, afectando la zona peribucal y produciendo irritación, prurito, enrojecimiento, inflamación... El rango de edad de estas personas era entre 77 y 98 años (media de edad: 89,9 años). El 50% de los voluntarios tenían la piel sensible. La duración del estudio fue de 24 días. Durante los primeros 21 días se aplicaron el producto y los 3 días siguientes hasta el día 24, no se lo aplicaron para valorar la reparación duradera. Frecuencia de aplicación: 3 veces al día. Preferiblemente después de las comidas y antes de dormir. Modo de aplicación: aplicar y extender suavemente sobre la piel limpia y seca de la zona peribucal afectada por la saliva (labios, alrededor de la boca, barbilla, nariz y cuello). Al finalizar el estudio se realizó la evaluación dermatológica y la subjetiva por parte de los voluntarios mediante un cuestionario elaborado a tal efecto.

**Resultados y Conclusiones:** El 95% de voluntarios indican que el producto reduce el prurito, protege frente a saliva, babeo y humedad de la piel y reduce la rojez y el eritema producido por la saliva. El 100% de los voluntarios indican que tras la aplicación del producto perciben un efecto calmante y la piel más nutrida, hidratada y reparada. En el 100% de voluntarios la piel se mantiene reparada tras 3 días sin aplicar el producto. La evaluación clínica muestra una mejora estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) de la rojez (72,7%), descamación (71,4%), tirantez (80%), suavidad (86,2%), hidratación y nutrición (94,7%), elasticidad (92,5%), grietas (69,3%) y buen estado de la barrera cutánea (reparación y reestructuración cutánea; 74,3%). El producto presenta un buen nivel de tolerancia, aceptabilidad y eficacia y es no comedogénico. Testado bajo control dermatológico.

PO-481

**EFFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA REAL DE LA COMBINACIÓN TÓPICA DE FLUOROURACILO Y CALCIPOTRIOL EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS**

Daniel López Castillo(1), Emili Masferrer i Niubò(1), Oriol Corral Magaña(1), María Neus Curcó Botargues(1), Lidia García Colmenero(1), Clara Jiménez Balcells(2), Alba Álvarez Abella(1) y Francesca Corella Vicente(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa (Barcelona) - España y (2) Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona) - España.

Los tratamientos tópicos actuales para las queratosis actínicas (QA) presentan largas duraciones que limitan la eficacia y adherencia. El 5-fluorouracilo (FU) en monoterapia durante 4 semanas es considerado entre las opciones óptimas para las QA, pero la duración del tratamiento es una potencial limitación en la práctica real. Diversos estudios han mostrado los efectos sinérgicos del FU con el calcipotriol en la activación de inmunidad mediante células T CD4+ contra las QA. Actualmente, los resultados de diversos estudios sugieren que el tratamiento combinando FU con ungüento de calcipotriol (FU-Cal) en pauta corta de 4 días reduce un mayor número de QA en comparación con la monoterapia FU. Sin embargo, todavía existe una falta de datos sobre la experiencia terapéutica de la combinación FU-Cal en pacientes con QA en la práctica real diaria en las consultas externas de dermatología.

El estudio actual pretende describir la tasa de reducción de QA a las 8 semanas de haber realizado la combinación de cremas FU 40 mg/g y calcipotriol 50 microgramos/g cada 12h durante 4 días, así como la descripción de efectos adversos observados y satisfacción terapéutica. Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo con pacientes afectados de  $\geq 5$  QA localizadas en un área contigua facial o de cuero cabelludo, siendo reclutados en una primera visita con toma de datos epidemiológicos y contaje de QA, segunda visita a los 7 días para valoración de efectos adversos y una tercera cita a las 8 semanas para determinar la tasa de reducción de QA y la satisfacción terapéutica.

Un total de 20 pacientes fueron incluidos, con edad media de 76 años y 80% varones, con una media de 9 QA por zona tratada, presentando una reducción del 86% (d.e. 13,6) a las 8 semanas del tratamiento. El 90% de los pacientes presentaron una reacción inflamatoria local leve (grado 2 sobre escala 0-4). La valoración global obtenida de satisfacción terapéutica fue muy positiva (mayor de 4 sobre escala de 0-5).

Los resultados observados respaldan la combinación tópica FU-Cal para las QA como una propuesta terapéutica que implica una relevante reducción del tiempo de tratamiento, manteniendo una alta efectividad y unos efectos adversos tolerables. A su vez, los datos sugieren que la aplicación este régimen corto a la práctica habitual podría implicar una mayor adherencia de los pacientes.

PO-482

**TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO COMO TRATAMIENTO EN CALCIFILAXIS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Elena Lozano Martínez(1), Álvaro Iglesias Puzas(1), Lucía Campos Muñoz(1), Ana Sirgado Martínez(1), Alfredo García Mares(1), Ricardo Moreno Borque(1) y Eduardo López Bran(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España.

La calcifilaxis es un tipo de calcinosis cutis cuya patogénesis reside en la calcificación de los vasos de pequeño y mediano tamaño situados en dermis y tejido celular subcutáneo, desencadenando la aparición última de úlceras cutáneas en contexto de isquemia vascular. El tratamiento con tiosulfato sódico (TSS) intravenoso es complejo y a menudo se asocia a cierta morbilidad y posibles efectos adversos. En los últimos años, el tiosulfato sódico (TSS) tópico se ha establecido como una alternativa eficaz para el tratamiento de estos pacientes.

Se trata de una paciente de 77 años institucionalizada con una úlcera necrótica de tórpida evolución en miembro inferior derecho. La analítica no mostraba alteraciones crónicas en la función renal, aunque la parathormona se elevaba a 109 pg/mL. La única biopsia realizada de la lesión



Imagen 1: Radiografía simple de miembro inferior derecho con calcificaciones cutáneas difusas visibles

no identificó depósitos de calcio en la tinción de Von Kossa, aunque la radiografía simple de miembro inferior afecto reveló calcificaciones cutáneas difusas (Imagen 1). Ante estos hallazgos, la paciente fue diagnosticada de calcifilaxis no urémica y recibió tratamiento con TSS al 25% en base de lanovaselina cada 12 horas en curas oclusivas. A los tres meses se observó una mejoría del cuadro sin eventos adversos relacionados con el tratamiento.

Dada su alta mortalidad, la calcifilaxis requiere un abordaje multidisciplinar complejo, tanto de las lesiones cutáneas como de la patología desencadenante de base. El TSS es un agente de primera línea en el manejo de las úlceras por su efecto vasodilatador y en la inhibición de la calcificación vascular. Tradicionalmente se ha empleado intravenoso con una pauta de aplicación de 3 veces en semana, aunque en los últimos años su uso tópico en oclusión ha demostrado buenos resultados, con menos costes asociados, y mejor tolerado con menor perfil de efectos perjudiciales. Ante la fragilidad de nuestra paciente, así como su institucionalización, decidimos utilizar TSS tópico, con gran mejora de la misma a los 3 meses de tratamiento.

El manejo de la calcifilaxis debe ser enérgico para prevenir un desenlace mortal. En pacientes frágiles, pluripatológicos o con mala disponibilidad para acceder a centros hospitalarios semanalmente; el tratamiento tópico de las úlceras con TSS es una opción válida, segura, eficaz y sin efectos adversos asociados.

PO-483

### TERAPIA TÓPICA CON TIRBANIBULINA 1% EN TRATAMIENTO DE CAMPO DE CANCERIZACIÓN: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Ignacio Martín Loureiro(1), Cristina Prego Padín(1), María Jesús Suárez Valladares(1) y Eduardo Fonseca Capdevila(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España.



Caso 1

**Introducción:** Las queratosis actínicas (QA) son lesiones originadas por la fotoexposición solar crónica con potencial de degeneración maligna a carcinoma escamoso cutáneo, con importante impacto en la morbimortalidad de la población general, especialmente en edades avanzadas. En este sentido, cobra especial importancia realizar terapias que aborden tanto las lesiones clínicamente evidentes (QA) como aquellas áreas de piel adyacentes aparentemente sanas pero que comparten las mismas alteraciones genéticas y moleculares, lo que se denomina campo de cancerización.

La tirbanibulina al 1% en pomada se presenta como un fármaco novedoso en el tratamiento de campo de cancerización de queratosis actínicas grado 1-2 de Olsen debido a su mecanismo de acción diferencial (inhibición de la polimerización de los microtúbulos y muerte por apoptosis), buena tolerabilidad (mínimos efectos secundarios) y a su cómoda posología (aplicación diaria durante cinco días consecutivos).

**Material y Métodos:** serie de 6 casos de práctica clínica real en el tratamiento de campo de cancerización con tirbanibulina 1% en pomada. Los criterios de inclusión fueron: paciente adulto mayor de 60 años, presencia de queratosis actínicas no hiperqueratósicas y no hipertróficas (grado 1-2 de Olsen) y uso de tratamientos de campo de cancerización previos. El objetivo principal fue determinar la eficacia en términos de cambio porcentual en el número de lesiones al día 57. Como objetivo secundario, determinar la adherencia en los pacientes tratados.

**Resultados:** el tratamiento con tirbanibulina 1% consiguió una reducción de al menos un 50% en el número de lesiones clínicamente evidentes en todos los pacientes tratados, con una tasa de adherencia del 100% de los mismos.

**Conclusiones:** la tirbanibulina 1% en pomada es un tratamiento novedoso para el tratamiento de las QA y campo de cancerización que resulta eficaz en práctica clínica real, con un buen perfil de seguridad, tolerabilidad y una pauta posológica sencilla y de corta duración, lo que favorece la adherencia terapéutica en los pacientes candidatos.

PO-484

### ÁCIDO DICLOROACÉTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA MILIA EN PLACA

Ana Martínez Lauwers(1), Anastasia A. Garrido Ríos(1), Cristina Carrión García(1), Cristina Sobrino García-Yanes(1), Carlos Palomar Prieto(1), María Elena Hernández Salas(1), Celia Horcajada Reales(1) y Jesús Borbujo Martínez(1) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.

**Introducción:** La milia en placa es una entidad dermatológica rara, de etiopatogenia aún incierta, caracterizada por la presencia de pápulas blanquecinas de superficie lisa, de pocos milímetros de tamaño, agrupadas sobre una base eritematosa. Fue descrito por primera vez en 1903 por Balzer y Fouquet. Este tipo de lesiones se ven comúnmente en la cabeza y el cuello, especialmente en el área preauricular; aunque también pueden localizarse en la zona periorbitaria, dorso nasal o tronco.

**Caso clínico:** Varón de 36 años, fototipo IV, que presenta una placa ovalada de unos 4cm, de color pardo-amarillento, asintomática y bien delimitada, en zona retroauricular izquierda, formada por múltiples pápulas de color blanco-amarillento de 1 mm en tamaño.

Con el consentimiento informado del paciente, aplicamos un hisopo empapado en ácido dicloroacético 100% (DCA) sobre la lesión hasta formar una cristalización blanquecina de la zona. Posteriormente aplicamos gasas húmedas sobre la zona para minimizar la sensación de ardor. El paciente no refirió molestias ni durante ni después del tratamiento, ni efectos secundarios. Tras tres repeticiones en un mes de este tratamiento no invasivo, se consiguió la resolución casi completa de la lesión.



*Milia en placa retroauricular (1), procedimiento (2) y resultado tras 3 sesiones (3)*

**Discusión y Conclusión:** La milia en placa es una lesión asintomática, cuyo principal problema es estético. Su tratamiento aún está en **Discusión**; habiéndose considerado diferentes procedimientos con resultados variables como radiofrecuencia, extirpación quirúrgica de las lesiones; y tratamientos médicos, como retinoides tópicos durante 3-6 meses o tetraciclinas orales.

En nuestro paciente se optó por un tratamiento como el DCA, que no provocó efectos adversos y consiguió la resolución casi total de la lesión. Por tanto, el tratamiento con DCA puede considerarse como una opción terapéutica eficaz, bien tolerada y no agresiva para este tipo de lesiones.

#### PO-485 ÚLCERAS SECUNDARIAS A ABUSO DE TERAPIA TÓPICA

Mar Rodríguez Troncoso(1), Israel Pérez López(1), María Zulaika Lloret(1), Marta Cebolla Verdugo(1), María Dolores Pegalajar-García(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada - España.

Las úlceras perianales secundarias a tratamiento tópico con pomada antihemorroidal son un efecto secundario descrito en la literatura científica y cuya etiología aún no está bien definida. Presentamos dos casos estudiados en nuestro Servicio de Dermatología.

El primer caso es una mujer de 69 años que consultó por úlceras de bordes violáceos, simétricas de 2 meses de evolución en región anal, en tratamiento con dos pomadas antihemorroidales. La primera compuesta por lidocaína, acetónido de triamcinolona y pentosano polisulfato sódico y la segunda, por óxido de zinc, prednisolona, ruscogenina, hidrocortisona, hidrocortisona, hidrocortisona y levomentol. Tras suspender el tratamiento antihemorroidal y realizar curas locales, las úlceras se resolvieron en 7 semanas aproximadamente.

El segundo caso es una mujer de 76 años que se aplicó un ungüento compuesto por neomicina, triamcinolona y nistatina en pliegues inframamarios durante 1 año de forma ininterrumpida. Consultó por la aparición de úlceras ovaladas submamarias múltiples y bilaterales. Las lesiones se resolvieron completamente a las 7 semanas de la suspensión y tras realizar curas locales.

Ambos casos presentaron comorbilidades comunes, tales como la presencia de obesidad, hipertensión arterial y dislipemia asociadas. Los cultivos microbiológicos no aportaron información relevante.

Las úlceras perianales asociadas a pomadas antihemorroidales están ya descritas en la literatura científica y aunque no es conocida con exactitud su fisiopatología, se postula que el efecto vasoconstrictor de los corticoides y los anestésicos podría jugar un papel relevante. Por otro lado, la humedad y la oclusión de la zona perianal al igual que de la zona submamaria, como la paciente que presentamos en segundo lugar, especialmente en personas con sobrepeso y sedentarismo, podrían facilitar el desarrollo de estas úlceras. En la mayoría de los casos informados, también en los nuestros, los tratamientos habían sido utilizados sin control médico durante meses.

Por tanto, pese a ser una condición ya descrita, queremos remarcar la importancia de realizar una correcta anamnesis y de limitar el uso de estos tratamientos de forma indiscriminada. Y es que, en la mayoría de los casos, se pueden adquirir sin prescripción facultativa provocando su abuso.

ZONA  
PÓSTER

TUMORES BENIGNOS

**PO-486** ANGIOLIPOMATOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Bascañana Mendoza(1), Pablo López Sanz(1), Silvia Manso Córdoba(1), María Encarnación Alfaro Martínez(1) y Carlota Rodríguez de Vera Guardiola(1) de (1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España.



Múltiples tumoraciones de consistencia blanda distribuidas de forma generalizada.

**Introducción:** El angioliipoma es una neoplasia adiposa benigna que se puede presentar de forma de nódulos solitarios o múltiples. Presentamos el caso de un varón de 29 años con angioliipomas múltiples.

**Caso Clínico:** Un hombre de 29 años consulta por múltiples nódulos subcutáneos que presenta desde los 18 años de distribución generalizada con un predominio en miembros superiores dolorosas a la presión. Tras varias biopsias y extirpaciones se confirma el diagnóstico anatomopatológico de angioliipoma.

**Discusión:** La angioliipomatosis familiar es una entidad infrecuente cuyo patrón de herencia es autosómico dominante aunque hay cierta controversia habiéndose descrito también la herencia autosómica recesiva. Se han descrito diferentes asociaciones como la terapia antirretroviral y los corticoides.

**Conclusión:** Los angioliipomas suelen aparecer en miembros superiores de varones jóvenes. La confirmación histológica es necesaria para un diagnóstico definitivo. Ante un paciente con múltiples nódulos subcutáneos de consistencia blanda podemos considerar esta entidad así como otras como lipomatosis y la enfermedad de madelung.

**PO-487** ADENODERMATOFIBROMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cristian Fernando Caballero Linares(1), Laura Nájera Botello(2), Gastón Roustán Gullón(1), Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Victoria Ortiz Berciano(1), Margarita Pich-Aguilera Blasco(1), Lourdes Fajardo Lucena(1) y Fernando Alfigeme Roldán(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.

**Introducción:** El adenodermatofibroma es un subtipo raro de dermatofibroma, una lesión benigna que se encuentra con frecuencia en la práctica clínica dermatológica. Esta variante se caracteriza por presentar estructuras glandulares que muestran secreción por decapitación, dentro de proliferaciones de fibroblastos e histiocitos.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un hombre de 75 años, con antecedentes personales relevantes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y cáncer de próstata tratado con radioterapia y terapia hormonal sustitutiva años atrás, que fue remitido a la consulta de Dermatología debido a una lesión eritemato-violácea nodular mal delimitada de 7cm en la rodilla derecha de 6 años de evolución, con crecimiento progresivo en los últimos 2 meses, asintomática.

**Resultados** En la ecografía cutánea con Doppler color, se evidenció una lesión subcutánea quística avascular que contenía partículas hiperecóticas. Se realizó una biopsia de la lesión, mostrando el examen histopatológico con tinción de hematoxilina y eosina una proliferación fibrohistiocítica benigna con acantosis e hiperpigmentación basal, y estructuras glandulares revestidas por dos capas de células epiteliales, diagnosticándose de adenodermatofibroma. Tras su extirpación quirúrgica completa, el paciente no volvió a presentar recurrencia de la lesión.

**Discusión:** El adenodermatofibroma es una entidad relativamente nueva y variante poco común del dermatofibroma, del cual hay menos de 20 casos descritos en la literatura, por lo que no existe un consenso actual sobre la etiología, presentación clínica y evaluación diagnóstica de esta entidad. En la mayoría de los casos, se presentan como pápulas o nódulos de color de piel o marrón, y también pueden aparecer como placas atróficas de color marrón oscuro o violáceas, clínicamente similares a los dermatofibromas indurados. La ecografía dermatológica es una prueba diagnóstica complementaria que ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico de lesiones subcutáneas, aunque las características ecográficas de esta entidad no se han descrito hasta la fecha. El diagnóstico diferencial debe incluir lesiones como el sarcoma de Kaposi, el angiohistiocitoma de células multinucleadas o el adenoma apocrino tubular. Una vez extirpado quirúrgicamente de forma completa, la recurrencia es excepcional.

**PO-488** ESTEATOCISTOMAS MÚLTIPLES: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Alicia Cabrera Hernández(1), Vanessa Gargallo Moneva(1), Lone Nielsen Nielsen(2), Blanca Díaz Ley(1), Nuria Valdeolivas Casillas(1), Carmen García Acebes(1) y María Agustina Segurado Rodríguez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid) - España.

Presentamos el caso de un paciente varón de 30 años, con antecedentes de asma y alergia epitelios; que consulta por aparición progresiva, desde hace varios años, de unas pápulas asintomáticas, múltiples, de entre 2 y 7mm, localizadas en la superficie extensora de ambos antebra-

zos, aunque predominando en lado izquierdo. Refiere además que un hermano mayor tiene algunas lesiones similares, no filiadas. Se toma biopsia de dos de las pápulas obteniéndose el diagnóstico anatomopatológico de esteatocistomas múltiples.

Los esteatocistomas múltiples son tumoraciones cutáneas benignas, secundarias a una alteración de los conductos sebáceos, que en varones tienden a localizarse en pecho, espalda y cabeza; siendo escasos los casos publicados en la localización que presentamos. Pueden presentar un carácter familiar pero mayoritariamente su presentación es esporádica. El tratamiento médico no es eficaz en estos casos y se recomienda la extracción por incisión en caso de ser necesaria. Dado que en nuestro paciente las lesiones sólo eran apreciables con la tracción de la piel y asintomáticas, se acordó actitud expectante

**PO-489 ACANTOMA EPIDERMOLÍTICO: MÁS ALLÁ DE LAS VERRUGAS VÍRICAS EN EL ÁREA ANOGENITAL**

María Córdoba García-Rayó(1), Daniel Virseda González(1), Luis Jiménez Briones(1), Noelia Medrano Martínez(1), Belén Rodríguez Sánchez(1), Jorge Martín-Nieto González(1), Marina de la Puente Alonso(1), Luis Ángel Zamarro Díaz(1), Francisco Arias Lotto(2), Ricardo María Suárez Fernández(3) y Ana Pulido Pérez(3) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Gregorio Marañón, Madrid - España y (3) Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 74 años, taxista de profesión, que presentaba lesiones de color piel, de aspecto papilomatoso, localizadas en la región perianal, de 20 años de evolución, que atribuía a la sedestación prolongada. No presentaba lesiones compatibles con verrugas víricas en otras localizaciones y su pareja no refería lesiones similares. Se plantearon los diagnósticos diferenciales de queratosis seborreicas y condilomas acuminados. Se realizó una biopsia cutánea, que mostró un patrón histológico de hiperqueratosis epidermolítica en más del 50% de la lesión, con degeneración granular y vacuolar de las células del estrato espinoso y granular, sin cambios citopáticos virales, realizándose el diagnóstico de acantoma epidermolítico. Dado que el paciente se encontraba asintomático, se decidió observación y no se realizó tratamiento específico.

**Discusión:** El acantoma epidermolítico (AE) es una lesión benigna e infrecuente, que presenta un patrón histológico de hiperqueratosis epidermolítica en más del 50% de la superficie de la lesión. Puede aparecer en el área anogenital o bien en otras localizaciones de la superficie cutánea, tanto en hombres como en mujeres. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples. Según su localización, se suele considerar el diagnóstico diferencial con otras lesiones epidérmicas de aspecto papilomatoso como las queratosis seborreicas o los condilomas acuminados cuando aparecen en el área genital. Se han propuesto factores de riesgo para su aparición como traumatismos, inmunosupresión o mutaciones en la queratina 10. El patrón histológico de hiperqueratosis epidermolítica también aparece en otros cuadros como en el nevus epidérmico epidermolítico o en la ictiosis epidermolítica, por lo que se ha propuesto que el AE podría tratarse de un mosaicismo somático de estos trastornos cutáneos. En cuanto al tratamiento, se pueden emplear técnicas como la cirugía, crioterapia o bien optar por la conducta expectante.

Como conclusión, proponemos que se debe considerar incluir el acantoma epidermolítico en el diagnóstico diferencial de lesiones en el área anogenital, especialmente cuando la edad de presentación sea alrededor de los 50 años o no se objetive un contexto epidemiológico de riesgo para infección por el virus del papiloma humano.

**PO-490 FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL**

Evelina Josefina de la Cruz Gómez(1), Ana María Rodríguez Martín(1), Raquel Paz Pérez(1), Belén Lozano Masdemont(1), Berta Pérez Tato(1), Monserrat Franco Muñoz(1) y Isabel Polimón Olibarrieta(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.



*Nódulo queratósico primer dedo pie derecho*

El fibromixoma acral superficial es un tumor benigno descrito en 2001 por Fetsch y colaboradores. Como su nombre indica, este tumor muestra predilección por la región subungueal o periungueal de las manos y de los pies. Los pacientes que lo padecen son, por lo general, adultos de más de 50 años. Suele ser más frecuente en el sexo masculino.

Presentamos el caso de una paciente de 59 años, sin antecedentes personales de interés, que es derivada a nuestro centro por un nódulo en el primer dedo del pie derecho desde hace unos 2 años. Dicho nódulo ha experimentado un crecimiento lento y progresivo, pero hace unos meses empieza a doler. A la exploración se observa un nódulo eritematoso con costra central y collarite periférico, de consistencia blanda y con diámetro de 1.3 cm. Se realiza una biopsia con un punch 4 mm. Los cortes histológicos muestran un fragmento cutáneo acral con la hiperqueratosis habitual, ligera acantosis epidérmica y a nivel de la dermis se aprecian una proliferación fibroblástica, de células fusocelulares y estrelladas, con fondo mixoide, sin atipia. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de fibromixoma acral superficial.

El fibromixoma acral superficial es una neoplasia benigna que se engloba dentro de los tumores fibrohistiocitarios. Se desconoce la etiología del fibromixoma acral superficial, aunque se han descritos casos tras traumatismo local. El fibromixoma acral superficial se caracteriza por presentarse como un nódulo cupuliforme, polipoide o verrugoso, de crecimiento lento e indoloro. Si se localiza a nivel subungueal o periungueal puede comprometer a la uña, produciendo onicorexis, retroniquia, acropaquia solitaria y dolor ungueal.

La histología del fibromixoma acral superficial muestra una lesión dérmica o dermo-hipodérmica, bien delimitada, no encapsulada y constituida por células fusiformes o estrelladas que se disponen en un patrón fascicular o estoriforme inmersas en estroma mixoide y con abundante colágeno. Muestra inmunorreactividad para CD34, CD99, EMA, vimentina y CD10. La matriz mixoide de la lesión está resaltada por la tinción de azul alcian.

**PO-491 CAVERNOMATOSIS CEREBRAL MÚLTIPLE CON LESIONES CUTÁNEAS, CUANDO LA PIEL ES LA CLAVE**

Emilio del Río Pena(1), Ana Simón Gozalbo(1), María Gamo Guerrero(1), Ainhoa Roca Martiartu(1), José Luis Galán Sánchez(1), Marta Valdivielso Ramos(1), Pablo de la Cueva Dobao(1) y Raquel Carrasosa de Lome(1) de (1)Servicio de Dermatología y Venerología. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España

**Caso Clínico:** Varón de 72 años ex fumador con antecedentes personales de comunicación interauricular, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cavernomatosis cerebral múltiple (CCM) familiar. Fue valorado hace 8 años por lesiones rojizas sangrantes a la exploración física presentaba múltiples pápulas rojizas salpicadas en tronco, brazos, miembros inferiores y cara. Se decide extirpar las de mayor tamaño con diagnóstico de angioqueratomas, posteriormente se intentó tratamiento con rapamicina tópica, sin éxito. En 2018 sufre un ictus, desde entonces se encuentra en seguimiento clínico por neurología, las sucesivas pruebas de imagen muestran estabilidad de las lesiones cerebrales, sin datos de sangrado. Por parte de dermatología se extirpan las lesiones más sintomáticas.

**Discusión:** La CCM se caracteriza por múltiples malformaciones vasculares en sistema nervioso central, retina y piel. Puede tener un origen esporádico, en el 80% de los pacientes, o familiar, el 20% restante, donde presenta herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta. Se han identificado más de 100 mutaciones en 3 genes implicados en la angiogénesis y remodelado vascular, CCM1, CCM2 y CCM3. Las lesiones cerebrales pueden causar crisis epilépticas, cefalea o déficits neurológicos focales, aunque casi la mitad de los pacientes permanecen asintomáticos. El diagnóstico se realiza a través de técnicas de neuroimagen, de elección la resonancia magnética. El 9% de pacientes presentan afectación cutánea, existen 3 tipos de lesiones vasculares; malformación capilar-venosa hiperqueratósica, malformación capilar y malformación venosa, estos casos suelen asociar mutaciones en CCM1.

**Conclusiones:** Estas lesiones descritas pueden llevar en ocasiones al diagnóstico de una cavernomatosis cerebral múltiple. Ante lesiones vasculares múltiples o pacientes pediátricos, debemos buscar antecedentes familiares de lesiones cutáneas o cerebrales, en cuyo caso es recomendable realizar una prueba de imagen y estudio molecular.

**PO-492 NEVUS DE BECKER EN DAMERO**

Joan García Vilar(1), Juan Ruiz Sánchez(1), Lucía García Sirvent(1), Laura García Fernández(1), Julia Miralles Botella(1), Joaquín Espiñeira Sicre(1) y Pilar Soro Martínez(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología. Hospital Universitario San Juan, Alicante - España.

**Introducción:** El nevus de Becker es una hamartoma derivado del ectodermo y mesodermo. Suele aparecer en la adolescencia y es más frecuente en varones, lo que podría explicarse por un aumento de los receptores de andrógenos en esta etapa. Se presenta como una hiper-melanosis localizada con engrosamiento dérmico, hipertrofia de las glándulas sebáceas e hipertrichosis. Generalmente son lesiones únicas, unilaterales que afectan a la parte superior del tronco, aunque también pueden aparecer en cara, cuello, glúteos y extremidades. Aunque es poco frecuente, se ha descrito la afectación de hueso y tejidos blandos, pero no se observa afectación ocular o del sistema nervioso central como en otras facomatosis.

**Caso Clínico:** Varón de 18 años que presenta desde hace años varias placas hiperpigmentadas bien delimitadas que afectan al hombro y extremidad superior derecha, hemiabdomen derecho, región lumbar izquierda y extremidad inferior izquierda respetando la línea media. Las lesiones son asintomáticas y presentan hipertrichosis. La biopsia mostraba hiperqueratosis, acantosis, elongación de crestas interpapilares y aumento de la melanina confirmando el diagnóstico de Nevus de Becker con distribución de damero. Se solicitó estudio radiográfico y ecografía abdominal que fueron normales.

**Discusión:** Los nevus de Becker múltiples son extremadamente raros con muy escasas descripciones en la literatura, pero, aún lo es más la distribución en damero de estas lesiones múltiples como manifestación de un mosaicismo, habiendo encontrado solo 2 casos publicados. Esta especial distribución nos obliga a descartar alteraciones esqueléticas o de tejidos blandos asociadas, que en el caso de nuestro paciente no se encontraron.

**Conclusión:** Presentamos el caso de un paciente con nevus de Becker múltiples con una distribución en damero.

**PO-493 FIBROQUERATOMA ACRAL GIGANTE ADQUIRIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Rosario Fátima Lafuente Urrez(1), Julio Pérez Pelegay(1), Julián Pedro Díaz Jiménez(2), Almudena Escalada Abraham(1), María Pilar Hernández Orta(1), Ana Belén Sirena Rus(3) y Francisco José Monzón Muñoz(4) de (1)Dermatología, (2)Técnico de Gestión Sanitaria, (3)Medicina Familiar y Comunitaria y (4)Anatomía Patológica. Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra) - España.

**Introducción:** El fibroqueratoma acral adquirido (FAA) es un tumor fibroso benigno relativamente poco frecuente. Su etiología es desconocida, aunque su aparición se ha relacionado con los microtraumatismos repetidos. Se observa predominantemente en varones adultos localizado en los dedos de las manos y de los pies, si bien puede observarse en otras localizaciones como muñecas, codos, región patelar, pantorrillas y talones. Su tamaño es generalmente pequeño (3-5 mm), aunque se han descrito casos de fibroqueratomas acrales gigantes adquiridos (mayores de 1 cm). Su diagnóstico se basa en la histología y su tratamiento definitivo consiste en la exéresis quirúrgica completa. Se presenta el caso de un varón con un FAA gigante en el talón del pie izquierdo y se discute su diagnóstico diferencial.

**Caso Clínico:** Varón de 52 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por presentar una lesión nodular exofítica, de consistencia firme, no móvil, con hiperqueratosis en superficie, bien delimitada por rodete hiperqueratósico periférico, de 18 mm de diámetro, localizada en la zona plantar del talón del pie izquierdo, que apareció a los 14-15 años de edad sin antecedente traumático previo y que es algo molesta con la deambulación. Se realizó extirpación quirúrgica completa de la lesión. El estudio histopatológico de la pieza muestra abundante hiperqueratosis y bandas de colágeno dispuestas en capas compatible con el diagnóstico de fibroqueratoma acral.

**Conclusión:** El fibroqueratoma acral gigante adquirido es una entidad poco frecuente que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones localizadas en los talones. Su diagnóstico adecuado permitiría un tratamiento definitivo y evitaría tratamientos ineficaces.

**PO-494 TUMOR BENIGNO CUTÁNEO INUSUAL: NEVO LIPOMATOSO CUTÁNEO SUPERFICIAL BLASCHKOIDE**

Alberto Lara Mesa(1), Monserrat Naveiro Pino(2), Claudio Toloza Ampuero(3), Felipe Patricio Sánchez Magnata(2), Antonio Guglielmetti Valenzuela(3) y José Hono Poblete(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Quillota (Valparaíso) - Chile, (2)Universidad de Valparaíso, Valparaíso - Chile, (3) Clínica Dermatológica Universidad de Valparaíso, Viña del Mar (Valparaíso) - Chile.



Imagen clínica - extremidades inferiores.

El nevo lipomatoso cutáneo superficial (NLCS) es un hamartoma cutáneo benigno poco común cuya histología se caracteriza por la proliferación de adipocitos en la dermis entre haces de colágeno. En su forma clásica suele presentarse como múltiples nódulos o pápulas blandas amarillentas o similares al tono de piel, agrupados en un patrón zonal o zosteriforme. El presente informe busca describir una enfermedad rara con una manifestación clínica poco frecuente a través de un caso clínico.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años que consulta por lesiones en extremidad inferior izquierda de 17 años de evolución. Estas son asintomáticas y se han ido expandiendo con una distribución lineal de manera progresiva desde la zona genital hacia distal. Al examen físico presenta pápulo nódulos blandos de color similar a la piel y áreas con tono amarillento. Las lesiones se agrupan en forma de placas discontinuas ubicándose desde labio mayor izquierdo, sin cruzar línea media, hasta cara dorsal de pie ipsilateral. A la dermatoscopia presenta estructuras lobulares amarillentas con vasos lineales cortos y macrocomedones en relación a pápulas de mayor tamaño. Se ha optado por el manejo quirúrgico de las lesiones de mayor tamaño, el cual se encuentra a la espera.

El NLCS es un tumor benigno raro cuyas lesiones suelen ubicarse en la cintura pélvica, glúteos y zona proximal de los muslos. La ubicación topográfica de este caso coincide con lo descrito en la literatura, sin embargo, combina tanto placas induradas como placas lobuladas de consistencia blanda en un patrón de distribución blaschkoide extenso. Dada la similitud clínica con el mosaicismo de neurofibromatosis tipo 1, este se planteó como principal diagnóstico diferencial. Ambas entidades presentan lesiones pediculadas con distribución lineal que pueden desarrollarse en edades adultas. Al examen histológico presenta proliferación de adipocitos maduros en dermis superficial y profunda, lo que confirmó el diagnóstico de NLCS.

En conclusión, el caso presentado corresponde a un NLCS blaschkoide que compromete desde la vulva hasta el dorso del pie. Este diagnóstico debe estar dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones que siguen este patrón de distribución. Cabe destacar que a la fecha en Chile solamente se ha reportado un caso de NLCS, de un paciente con una lesión facial de 5 cm.

En conclusión, el caso presentado corresponde a un NLCS blaschkoide que compromete desde la vulva hasta el dorso del pie. Este diagnóstico debe estar dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones que siguen este patrón de distribución. Cabe destacar que a la fecha en Chile solamente se ha reportado un caso de NLCS, de un paciente con una lesión facial de 5 cm.

**PO-495 LEIOMIOMA DEL PEZÓN IMITANDO A MELANOMA**

Pablo López Sanz(1), Silvia Manso Córdoba(1), María Encarnación Alfaro Martínez(1), Alicia Bacuñana Martínez(1), Alejandro García Vázquez(1), José Luis Agudo Mena(1), María Encarnación Gómez Sánchez(1), María Luisa Martínez Martínez(1), Cristina Faura Berruga(1), Carlota Rodríguez de Vera Guardiola(1) y Eduardo Escario Travesedo(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España.

Un varón de 76 años consultó por un tumor de rápido crecimiento en el pezón izquierdo, de dos semanas de evolución y doloroso a la palpación. Negaba cualquier secreción de material de la lesión, y no había síntomas sistémicos asociados ni pérdida de peso inexplicable. La exploración física reveló un nódulo eritematoso de 1,5 cm de diámetro y altura en su pezón izquierdo, firme a la palpación, con una pigmentación macular marrón claro en la base (Figura 1). El resto de exploración física fue anodina. La dermatoscopia mostró zonas rojas y blancas sin estructura y un retículo pigmentado en su periferia. Se realizó una biopsia excisional para análisis histopatológico, donde se observaba una tumoración difusa de haces musculares entrelazados (calponina y caldesmon +), llegando al diagnóstico de leiomioma del pezón.

Se considera que los leiomiomas cutáneos se originan en tres localizaciones distintas: el músculo arrector pili, el músculo liso especializado que se encuentra en las zonas genital (escrotal/labial) y pezón/areolar, y la túnica media de los vasos sanguíneos. Estos tres orígenes diferentes conducen a la clasificación de leiomioma pilar, leiomioma genital y angioleiomioma, respectivamente. Entre los leiomiomas de tipo genital, los que afectan al pezón son los menos frecuentes, con menos de 50 casos descritos en la literatura y una predilección por el sexo femenino de aproximadamente 3:1. Clínicamente, los leiomiomas del pezón suelen manifestarse como tumores de menos de 2 cm. Al igual que otros subtipos de leiomiomas, suelen mostrar dolor ante diferentes estímulos, como el frío, la presión y factores psicológicos. Los hallazgos histológicos en las biopsias de leiomioma de pezón son variables, y en su mayoría muestran una proliferación de células fusiformes no encapsuladas con diversos patrones arquitectónicos y marcadores positivos para músculo liso.

Este caso es único porque la lesión presentaba áreas de pigmentación en la base de la lesión que aparecían como un patrón reticular fino en la dermatoscopia. Por lo que sabemos, esta característica no se ha descrito hasta ahora y nos hizo sospechar un melanoma maligno y una enfermedad de Paget mamaria pigmentada en nuestro diagnóstico diferencial.

**PO-496 TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE**

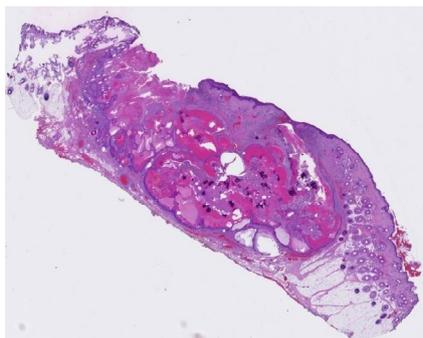
Patrícia Moreira Gomes(1), Ruben Nogueira Costa(1), Raquel Portugal(2), Maria Helena Bessa(3) y Carmen Lisboa(1) de (1)Serviço de Dermatologia e Venereologia, (2)Serviço de Anatomia Patológica y (3)Serviço de Cirurgia Geral. Hospital São João, Oporto (Porto) - Portugal.

**Introducción:** El tumor triquilemal proliferante (TTP) es una neoplasia poco frecuente, que representa alrededor del 0,1% de los tumores cutáneos benignos. Es más frecuente en mujeres y suele presentarse como una lesión nodular solitaria en el cuero cabelludo. Una característica histológica clave es la presencia de queratinización triquilemal.

**Caso Clínico:** Mujer de 52 años, sin antecedentes personales significativos, remitida a consulta por una tumefacción occipital de unos 10 años de evolución y crecimiento progresivo en el último año. No mostraba sintomatología asociada. Al examen objetivo, presentaba una lesión tumoral en la región occipital de unos 3 cm de diámetro, sin alteraciones cutáneas evidentes. No se palpaban adenopatías. Se realizó una ecografía que identificó una estructura quística. Se llevó a cabo la exéresis de la lesión. El examen histopatológico reveló una proliferación de células escamosas y basales con queratinización triquilemática abrupta, sin evidencia de atipia marcada, con ulceración focal, bordes bien delimitados y focos de calcificación. A los 6 meses de seguimiento, la paciente no mostraba signos de recidiva.

**Discusión:** El TTP es una neoplasia de los anexos cutáneos, que puede surgir a partir de un quiste triquilemal preexistente o concomitante, o como una lesión aislada. En más del 90% de los casos, aparece en el cuero cabelludo y en pacientes del sexo femenino. Se han propuesto varias teorías patogénicas, incluida la asociación con eventos traumáticos o procesos inflamatorios.

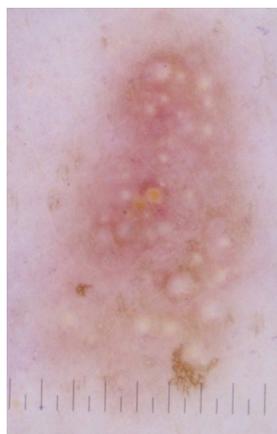
El diagnóstico se confirma mediante estudio histopatológico, que se caracteriza por la proliferación de células escamosas con citoplasma eosinofílico abundante y queratinización abrupta, sin evidencia de la capa granulosa. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa, sugiriendo algunos autores márgenes de 1 cm debido al riesgo de recidiva.



Examen histopatológico: proliferación de células escamosas y basales con queratinización triquilemática abrupta, sin evidencia de atipia marcada, con ulceración focal, bordes bien delimitados y focos de calcificación

**PO-497 DERMATOSCOPIA DEL SIRINGOMA SOLITARIO: UNA AYUDA DIAGNÓSTICA PARA UNA ENTIDAD INFRECUENTE**

Carlos Palomar Prieto(1), Celia Horcajada Reales(1), Anastasia A. Garrido Ríos(1), Laura Fernández de la Fuente(1), Sara Pilar Herrero Ruiz(1), Ana Martínez Lauwers(1), María Elena Hernández Salas(1) y Jesús Borbujo Martínez(1) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España.



Dermatoscopia de siringoma cutáneo

Los siringomas son lesiones anexiales benignas derivadas de las glándulas ecrinas que suelen localizarse en zona periorbitaria, frecuentemente en mujeres de edad media. Habitualmente son lesiones múltiples y se han descrito las formas eruptivas. Su presentación como lesión única es infrecuente, por lo que el diagnóstico de estas lesiones sigue siendo un reto para el dermatólogo, y es aquí donde la dermatoscopia puede jugar un importante papel.

Presentamos el caso de un varón de 85 años, que acude a consulta por una lesión asintomática de 3 meses de evolución, localizada en la zona lumbar derecha. A la exploración física presenta una placa de 12 milímetros de diámetro máximo, eritematosa, brillante y sutilmente sobreelevada. En la dermatoscopia encontramos zonas de retículo pigmentado fino y retículo vascular delicado en el interior de la lesión, pero lo más destacable es la existencia de grandes puntos blancos y brillantes que ocupan casi la totalidad de la lesión. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de siringoma.

La literatura disponible sobre la dermatoscopia de los siringomas es escasa. Los patrones dermatoscópicos más observados son la presencia de un retículo pigmentado fino sobre una base eritematosa y zonas con retículo vascular fino. También, recientemente, se ha publicado la observación de puntos blancos brillantes como tercer hallazgo característico de los siringomas, tanto en formas múltiples vulvares como eruptivas. La presencia de áreas hipopigmentadas múltiples que también se ha descrito podría corresponderse con una forma menos brillante de estos puntos blancos.

Presentamos un caso con un siringoma solitario que reúne los tres patrones dermatoscópicos característicos descritos en los siringomas. La presencia de estos tres patrones de forma simultánea en una lesión debe hacernos incluir el siringoma en el diagnóstico diferencial, aunque la confirmación histológica sigue siendo necesaria para el diagnóstico definitivo.

**PO-498 LINFANGIOMA CIRCUNSCRITO ADQUIRIDO DE LA VULVA**

Laura María Pericet Fernández(1), Elena de Jesús García Verdú(1), Paola Merlo Gómez(1), Mª Dolores Vélez Velázquez(2) y Raquel Pérez Mesonero(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España.

**Introducción:** El linfangioma circunscrito es una entidad clínica rara, caracterizada por la proliferación benigna de canales linfáticos en la piel y el tejido subcutáneo. Puede ser congénito o adquirido. Aunque infrecuente, la localización vulvar es la más común de las formas adquiridas. Su presentación clínica es variada, pudiendo presentarse como edema vulvar, lesiones pseudovesiculosas o de apariencia verrugosa. La

etiología del linfangioma circunscrito adquirido es desconocida, aunque se ha asociado a infecciones crónicas, radioterapia, cirugías previas, enfermedad inflamatoria intestinal o procesos obstructivos linfáticos.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 46 años con edema vulvar progresivo de tres años de evolución, acompañado de prurito leve y secreción acuosa ocasional. El examen histopatológico reveló múltiples vasos linfáticos dilatados en dermis papilar y la epidermis suprayacente mostraba acantosis. La inmunohistoquímica confirmó la naturaleza linfática de los vasos dilatados, apoyando el diagnóstico de linfangioma circunscrito.

**Discusión:** El linfangioma circunscrito adquirido supone un reto diagnóstico por su presentación infrecuente y variable, que puede simular verrugas genitales, hidradenitis supurativa, linfedema secundario, moluscos contagiosos o leiomiomas. El diagnóstico definitivo se confirma mediante la evaluación histopatológica de la lesión, que revela la dilatación de los vasos linfáticos en la epidermis y la dermis papilar.

La resonancia magnética (RMN) puede ser útil para determinar la extensión de la lesión y facilitar la planificación del tratamiento. Las opciones de tratamiento incluyen la observación, la escleroterapia, el láser de CO<sub>2</sub> o la resección quirúrgica; su elección dependerá de la extensión, los síntomas asociados y la presencia de complicaciones.

#### PO-499 ANGIOMIXOMA SUPERFICIAL PALPEBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvaro Prados-Carmona(1), Juan Pablo Velasco-Amador(1), María Dolores Pegalajar-García(1), Ana Gil-Villalba(1), José María Llamas-Molina(1) y Ricardo Ruiz-Villaverde(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España.

El angiomixoma superficial es una neoplasia mesenquimal benigna rara, con escasas comunicaciones en la literatura, especialmente en la región periocular. Su presentación en el párpado representa un desafío diagnóstico y terapéutico, no sólo debido a su rareza sino también a la importancia funcional y estética de esta área.

Presentamos el caso de una paciente de 61 años que fue derivada para estudio por una masa palpebral progresiva, indolora y de consistencia intermedia. La paciente no tenía historia de fotoexposición crónica ni otros antecedentes personales o familiares de interés. No tomaba medicación de forma habitual y negaba cualquier desencadenante objetivable o sintomatología asociada.

A la exploración, se constató una pápula en párpado inferior derecho hacia canto interno, de aproximadamente 6x7mm. La dermatoscopia reveló un fondo rosado, vasos tipo telangiectasia fina enfocados y un aspecto quístico en su región central. Se realizó una biopsia punch de la lesión. El estudio histopatológico reveló una lesión dérmica no encapsulada formada por abundante estroma mixoide con vasos de pequeño calibre y paredes delgadas, con una proliferación celular constituida por células fusiformes e inmunohistoquímica sugerente de mixoma cutáneo, alcanzándose el diagnóstico de angiomixoma superficial.

La lesión fue completamente resecada sin complicaciones y la paciente presentó una recuperación estética y funcional satisfactoria, sin evidencia de recurrencia a los seis meses de seguimiento. A pesar de su rareza, el angiomixoma superficial debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones palpebrales. El conocimiento de sus características clínicas y, sobre todo, histológicas es crucial para un manejo adecuado.

Este caso destaca la importancia de realizar un amplio diagnóstico diferencial de las lesiones tumorales y de la correlación con el estudio histopatológico, especialmente en aquellos casos que afectan a regiones anatómicamente complejas como el párpado. Esto permitirá una planificación quirúrgica más conservadora para un abordaje certero, preservando funcionalidad y acelerando la recuperación postquirúrgica.

#### PO-500 DERMATOFIBROMA: INDUCCIÓN Y COLISIÓN

Goretti Robayna Torres(1), Héctor Muñoz González(1), Raquel Aragón Miguel(1), José A. Aramburu González(2), Ignacio Alonso García(1), M<sup>a</sup> José López Redondo(1), Isabel Martín González(1) y Olga González Valle(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España.

**Introducción:** La colisión de tumores cutáneos es un fenómeno que siempre añade dificultad al proceso diagnóstico por la combinación inesperada de signos en una misma lesión. Las asociaciones pueden ser de lesiones benignas, malignas o una combinación de ambas.

Se han descrito múltiples cambios epidérmicos, morfológicamente similares a otras entidades, asociados al dermatofibroma, considerados todos ellos como reactivos.

**Caso clínico:** Mujer de 49 años que consulta por lesión cutánea en brazo izquierdo de 17 años de evolución con crecimiento gradual, asintomática y morfología estable.

**Exploración física:** lesión nodular sobreelevada, simétrica, marrón-rojizo de consistencia firme y superficie lisa, con halo marrón periférico.

Dermatoscopia signos compatible con dermatofibroma asociados a un patrón vascular de vasos arboriformes enfocados, en un margen. Se extirpó la lesión cuyo estudio histológico reveló una tumoración constituida por una proliferación arremolinada de células de hábito mesenquimal sin atipias ni mitosis relevantes en conexión con un carcinoma basocelular que se introduce en la dermis subyacente con un patrón expansivo.

**Discusión:** Los cambios inductivos son bien reconocidos en el dermatofibroma. Así, es frecuente encontrar hiperplasia epidérmica, melanocítica, sebácea e inducción folicular. Esta última puede ser tan prominente que la yema de los folículos pilosos simula un carcinoma basocelular superficial.

Destacar que hay casos de auténticos carcinomas basocelulares asociados a un dermatofibroma, una rara copresentación de dos procesos que podría ser confundida con la hiperplasia basaloide reactiva.

**PO-501 HEMANGIOMA TARGETOIDE HEMOSIDERÓTICO**

Fernando Rodríguez García(1), José González Rodríguez(1), Eduardo de la Rosa Fernández(1), Elsa Benítez García(1), Irene Loizate Sarrionandia(1) y Raquel Mullor Nogales(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España.

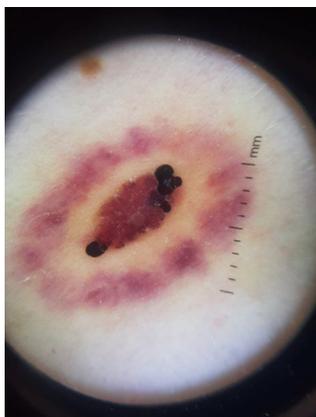


Imagen dermatoscópica de la lesión

**Introducción:** El hemangioma hemosiderótico en diana (HHT) fue descrito por Santa Cruz y Aronberg en 1988. Consiste en una lesión vascular benigna que aparece en el tronco y las piernas de pacientes de edad media. Aunque el origen de esta lesión todavía es desconocido, se han publicado artículos que sugieren que es debido a un traumatismo de un hemangioma preexistente.

**Caso clínico:** Paciente de 61 años con antecedentes personales de carcinomas basocelulares previos tratados quirúrgicamente que consulta para valoración de lesión cutánea de 3 semanas de evolución en lateral de tronco. Niega traumatismo previo en la zona.

A la exploración presenta lesión tumoral sobrelevada central de 0.8 cm, rodeada de un doble halo blanquecino-rojizo. Con la sospecha diagnóstica de HHT se procede a la exéresis de la misma con estudio histopatológico en donde se objetiva una proliferación de estructuras vasculares de pared fina y luz dilatada, con revestimiento focal por células endoteliales en tachuela y depósitos pigmento hemosiderínico, siendo compatible con el diagnóstico clínico de HHT.

**Conclusión:** Presentamos un caso clínico infrecuente de una lesión tumoral vascular benigna, en donde el aspecto clínico y la dermatoscopia son fundamentales para reconocerla, poder tranquilizar al paciente y proceder a su exéresis, conociendo de antemano que se trata de una lesión benigna.

**PO-502 NÓDULO ANGIOMATOSO EPITELIOIDE CUTÁNEO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

María Luisa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Nuria Pérez Robayna(1), Júlía Mercader Salvans(1), Miguel Quetglas Valenzuela(1), Daniel Sánchez Báez(1), María Arteaga Henríquez(1), Daniel Ramos Rodríguez(1) y María Del Mar Pestana Eliche(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) - España.

**Introducción:** El nódulo angiomaso epitelioide cutáneo (NAEC) es una proliferación vascular benigna con un difícil diagnóstico por su similitud con otros tumores vasculares y su baja frecuencia, con pocos casos publicados. Aún no se ha demostrado la asociación con infecciones, traumatismos o inmunosupresión.

**Casos clínicos:**

**Caso 1:** varón de 35 años acude por lesión nodular asintomática de rápido crecimiento en el hombro izquierdo de tres años de evolución. La exploración reveló un nódulo dérmico único, bien delimitado, de color rojo violáceo, de un centímetro de diámetro con múltiples telangiectasias superficiales y halo eritematoso. La resonancia magnética sugirió un dermatofibrosarcoma protuberans. Ante la sospecha de malignidad, se realizó exéresis quirúrgica y el examen histopatológico reveló vasos capilares revestidos por células de morfología epitelioide sin objetivar atipia. La tinción inmunohistoquímica mostró positividad para CD31. La localización, la evolución clínica y la ausencia de positividad frente a los marcadores EMA y TFE3 nos guiaron hacia el diagnóstico de NAEC, descartando otro tipo de tumores epitelioides.

**Caso 2:** mujer de 30 años acude por lesión nodular asintomática localizada en región anterior de pierna derecha de un año de evolución. A la exploración, se objetiva un nódulo dérmico único, bien delimitado, de color rojo violáceo, de aproximadamente dos centímetro de diámetro y con halo parduzco de aspecto contusiforme. La histología mostró una estructura con proliferación vascular dérmica de límites irregulares, con vasos redondeados o alargados y revestida por células epitelioides. La positividad para CD31, WT1, Actina SMA y CKAE1/AE3, negatividad para HHV8 y TFE3, y las características clínicas permitieron realizar el diagnóstico de NAEC.

**Discusión:** El NAEC suele presentarse como un nódulo o pápula rojiza en el tronco o las extremidades de adultos. Tiene un curso indolente si se extirpa completamente. Su patogénesis parece ser reactiva y el diagnóstico diferencial debe hacerse con tumores epitelioides como el hemangioendotelioma epitelioide y especialmente con el angiosarcoma epitelioide, con un peor curso clínico.

**Conclusión:** El conocimiento del NAEC es importante para evitar un manejo agresivo del paciente debido a la similitud de éste con otros tumores epiteliales malignos.

**PO-503 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS OBSERVADAS EN LOS NEVUS EPIDÉRMICOS. REVISIÓN DE CASOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

M. Victoria Signes-Costa Smith(1), Ana Isabel Sánchez Moya(1), Natalia Aranda Sánchez(1), María Cotarelo Hernández(1), Cristina Romera de Blas(1), María José Carrera Hernández(1), Juan José Amorós Oliva(1), Paula Blázquez Pérez(1), Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo(1) y Cristina Pérez Hortet(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España.

**Introducción:** La aparición de nevus epidérmicos (NE) se debe a mutaciones genéticas durante la época embrionaria que dan lugar a mosaicos. Su extensión y asociación con el síndrome de NE dependen del momento embrionario en que sucede la mutación; y la clínica se debe al tipo de anomalía genética.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los NE.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con NE vistos en un periodo de 5 años (2019-2024) en el servicio de dermatología de un hospital terciario.

**Resultados:** Se recogen un total de 70 pacientes. La distribución por sexos fue 61,4%(43) varones y 38,6%(27) mujeres. La localización principal fue cabeza y cuello [46,4%(32)], seguido de miembros superiores y tronco [18,8%(13) ambos grupos], y miembros inferiores [15,9%(11)]. El subtipo más común fue el NE verrucoso (59) seguido del NE verrucoso inflamatorio lineal (6) y un caso de NE epidermolítico. Se obtuvieron 3 grupos según tamaño; el más abundante fue <10cm con 42 pacientes; 10-15cm con 8, y >15cm incluyó 16 pacientes. En cuanto a lateralidad, se objetivó un predominio izquierdo con 42 pacientes (60,9%) frente a 24 (34,8%) en lado derecho y 3 (4,3%) de localización media. Además, se observó que los NE del lado izquierdo tendían a ser de mayor tamaño; el 42,5% de los NE izquierdos eran mayores de 10cm frente al 29,1% de los derechos.

**Discusión:** Analizando la lateralidad de los NE resulta más prevalente el lado izquierdo. Asimismo, parece que la lateralidad podría condicionar también el tamaño de la lesión que tiende a ser mayor cuando se localiza en el lado izquierdo. Al revisar la literatura no encontramos una descripción del predominio de lateralidad en los distintos mosaicismos cutáneos. Por ello, además del predominio izquierdo observado en nuestra serie y otras publicadas, lanzamos la hipótesis de que la lateralidad no es fruto del azar. Embriológicamente el desarrollo del lado izquierdo frente al derecho, aunque similar, presenta algunas diferencias que podrían explicar estos hallazgos.

Por otro lado, observamos una mayor prevalencia en tercio superior del cuerpo. Una posible explicación sería la secuencia craneocaudal que sigue la migración celular en el desarrollo embrionario. Los hallazgos orientan a que la lateralidad pueda estar determinada por la secuencia de desarrollo embrionario en los mosaicismos cutáneos, en concreto del NE.

ZONA  
PÓSTER

TUMORES MALIGNOS

PO-504

MARCADORES DE INMUNOSENESCENCIA PARA PREDECIR EL RIESGO DE TUMORES CUTÁNEOS NO MELANOMA EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

Leyre Aguado Gil(1), Aranzazu Goñi Lerena(1), Inés Oteiza Rius(1), Ana Morelló Vicente(1), Rafael Salido Vallejo(1), Nuria Rodríguez Garijo(1), Agustín España Alonso(1), M<sup>a</sup> Pilar Gil Sánchez(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) y Pedro Redondo Bellón(2) de (1)Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) - España y (2)Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid - España.

**Introducción:** Los receptores de trasplantes (OTR) tienen alto riesgo de desarrollar carcinomas epidermoides (CE). El seguimiento dermatológico de estos pacientes tiene como objetivos el tratamiento de las queratosis actínicas (QA) y la detección temprana de tumores. El intervalo de tiempo de vigilancia debe ser suficientemente corto para detectar precursores de lesiones malignas pero suficientemente largo para evitar el uso excesivo de los recursos disponibles (teniendo en cuenta la creciente población de pacientes trasplantados)

El intervalo óptimo de vigilancia cutánea se establece en cada paciente en función de varios predictores de QA: Antecedentes de cáncer de piel, edad, fototipo y antecedentes de quemaduras solares.

En los pacientes trasplantados renales se ha descrito que el porcentaje de células T CD8 que expresan CD57 tiene relación con el riesgo de desarrollar nuevos tumores cutáneos. CD57 permite identificar células T que se han sometido a rondas repetidas de estimulación antigénica, con los telómeros más cortos, y con deterioro de su proliferación y producción de citosinas. Por lo tanto, son células que se consideran senescentes. Una elevada expresión de CD57 podría representar un marcador del agotamiento de las células T.

**Métodos:** Se incluyeron 35 pacientes mayores de 50 años, trasplantados cardiacos como mínimo 7 años antes. Se registraron factores de riesgo como sexo, edad, meses tras el trasplante, uso de tiazidas, tipo de inmunosupresores, fototipo, exposición solar previa y total de tumores cutáneos previos. Además, se contabilizó el porcentaje de células CD57 en sangre periférica y el número de CE en el año y dos años previos

**Resultados:** El porcentaje de células CD57+ en sangre periférica se correlaciona de forma significativa con el número total de CE en el último año

**Discusión:** El uso de marcadores de inmunosenescencia para determinar que pacientes trasplantados deben ser seguidos más frecuentemente no se usa de rutina, pero puede convertirse en un marcador más objetivo que los que usamos en la práctica clínica habitual. Se necesitan más estudios para confirmar los resultados, y estudios que tengan en cuenta criterios económicos antes de usarlos de rutina.

**Conclusión:** El porcentaje de células CD57+ en sangre periférica puede ser un marcador útil para determinar que pacientes deben ser seguidos de forma estrecha en Dermatología.

PO-505

FIBROXANTOMA ATÍPICO CON CAMBIOS CONDROIDES: UN HALLAZGO EXTREMADAMENTE INFRECUENTE

José Luis Agudo Mena(1), Pablo López Sanz(2), Silvia Manso Córdoba(2), María Encarnación Alfaro Martínez(2), Alicia Bascañana Mendoza(2), Cristina Moya Martínez(1), María Teresa López Villaescusa(1), María Encarnación Gómez Sánchez(2), María del Carmen García del Pozo Martín de Hijas(3), Alejandro García Vázquez(2), María Luisa Martínez Martínez(2) y Luis Íñiguez de Onzoño Martín(2) de (1)Hospital General de Villarrobledo, Villarrobledo (Albacete) - España, (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España y (3)Hospital General de Almansa, Albacete - España.

El fibroxantoma atípico es una neoplasia infrecuente, de histogénesis incierta y apariencia mesenquimal. Generalmente se manifiesta como una lesión solitaria de aspecto nodular en personas de edad avanzada y en zonas expuestas al Sol. Presentamos una variante histológica extremadamente infrecuente de este tumor, asociada a cambios condroides.

**Caso Clínico:** Varón de 87 años que acude a consulta por lesión tumoral en región parietal derecha de 5 meses de evolución. Se trata de una lesión de aspecto polipoide con centro ulcerado de 3 cm de tamaño, bordes bien delimitados, ligeramente infiltrada pero no adherida a planos profundos. No se palpaban adenopatías regionales. El estudio histopatológico nos revela una neoplasia polipoide de aspecto ulcerado con marcada expansión de la dermis papilar e infiltración de la dermis reticular.

Se objetivan áreas con una proliferación en parte fusocelular, en parte epitelode, con abundantes células gigantes multinucleadas y con frecuentes imágenes de mitosis, en gran parte atípicas. Pequeños focos aislados de necrosis. En la zona central del tumor extensa área de aspecto condroide con abundante material intercelular hialino (azul alcian y hierro coloidal positivos) con células intercaladas atípicas. AE1:AE3, S100 y actina de músculo liso negativas. Ki67+ en un 25% de las células. CD34 negativo. CD10 y CD99 positivos.

**PO-506** HIDRADENOCARCINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UN TUMOR EXCEPCIONAL

José Gregorio Álvarez Fernández(1), Román Miñano Medrano(1), Elena García Zamora(1), Miguel Vela Ganuza(1), Diego de la Vega Ruiz(1), Josph Griffiths Acha(1), Elena Naz Villalba(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

El Hidradenocarcinoma es un tumor anexial maligno y agresivo, extremadamente infrecuente (se corresponde con un 6% de los tumores malignos de origen eccrino).

**Caso Clínico:** mujer de 90 años que acude por tumoración en hombro izquierdo de 3 meses de evolución. Su familia niega lesión previa en la zona. Es asintomática, si bien ha tenido algún episodio de sangrado.

En la exploración física se objetiva una lesión nodular, firme, "pseudoangiomatosa", de 2 cm de diámetro mayor. La dermatoscopia manual es inespecífica. No se palpan adenopatías locorreregionales.

Se procedió a extirpación con 1 cm de margen. El estudio histológico e inmunohistoquímico demostraba un tumor anexial cutáneo maligno compatible con hidradenocarcinoma nodular-quistico.

Una vez diagnosticado, se propuso estudio de extensión (TC) para descartar enfermedad metastásica. Dada la edad y situación de la paciente, la familia declinó hacerlo, por lo que indicamos ampliación quirúrgica, que también fue rechazada. Revisada la paciente a los 4 meses, la cicatriz presentaba buen aspecto, sin signos de persistencia o recidiva, y no se detectaban adenopatías a la palpación.

**Conclusiones:** el hidradenocarcinoma es una rarísima neoplasia anexial maligna. Aunque tradicionalmente se describe su origen en el conducto excretor intradérmico de la glándula sudorípara eccrina, puede presentar tanto diferenciación eccrina como apocrina. Suele presentarse como una lesión nodular inespecífica de largo tiempo de evolución y de predominio en zona cefálica (cabeza y cuello), lo que no ocurría en nuestro caso. El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos.

Dados los pocos casos publicados, no existen unas guías de tratamiento estandarizadas. Es descrito como una neoplasia con una alta recurrencia local (hasta un 50%) y metástasis a distancia (hasta un 60%), por lo que algunos autores apuntan que la ampliación de márgenes quirúrgicos junto con la aplicación de radioterapia en la zona quirúrgica sería el primer paso de tratamiento. Pero en un artículo reciente (con la revisión de la literatura más amplia, de 289 casos), concluyen un mejor pronóstico de lo descrito previamente.

**PO-507** HAMARTOMA ESPLÉNICO Y MELANOMA EN PACIENTE CON VARIANTE DE SIGNIFICADO INCIERTO EN BAP1

Gloria de la Vega Calvo Moreno(1), Silvestre Martínez García(1), Eduardo López Vera(1), Rubén Muriel Cantarero(1), Leandro Martínez Pilar(1) y Daniel Jesús Godoy Díaz(1) de (1)Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga - España.

El hamartoma esplénico es una lesión benigna de tipo vascular poco frecuente, con unos 200 casos reportados en la literatura. Generalmente transcurren de forma asintomática, catalogándose la mayoría como hallazgos incidentales. Debido a la influencia hormonal, se han registrado lesiones de mayor tamaño en el sexo femenino.

Presentamos el caso de una paciente de 49 años que consultó por un nódulo subcutáneo indurado en cuero cabelludo, confirmado histológicamente como melanoma de 8 mm (milímetros) de Breslow. Entre los antecedentes familiares de interés, encontramos un hermano diagnosticado de melanoma a los 46 años y madre con carcinoma colorrectal a los 47 años.

El estudio de extensión mostró un nódulo de 15 mm de diámetro y alta densidad en el cuadrante superior externo de la mama derecha, con diagnóstico final de carcinoma ductal infiltrante sincrónico. En dicho estudio, se observó además una LOE (lesión ocupante de espacio) esplénica de 11 x 7 centímetros, sugestiva de neoplasia benigna tipo hamartoma esplénico, valorada como hallazgo incidental. Con estos antecedentes, la paciente se sometió a un estudio genético que no reveló variantes patológicas de interés, pero que puso de manifiesto una variante de significado incierto en el gen BAP1. Mutaciones en dicho gen se han relacionado con un aumento de riesgo de melanoma uveal, mesotelioma, cáncer de piel no melanoma, cáncer renal, cáncer de pulmón o cáncer de mama entre otros.

Los hamartomas esplénicos se manifiestan como masas sólidas y bien definidas, isodensas o hipodensas en tomografía axial computerizada, algo hipointensas en T1 e hiperintensas en T2. No obstante, se recomienda confirmación diagnóstica mediante estudio histológico para llevar a cabo un diagnóstico diferencial con otros tumores vasculares como el hemangioma, hemangioendotelioma o angiosarcoma, así como otras lesiones sólidas, como linfomas, metástasis o pseudotumores inflamatorios.

A pesar de que está muy vascularizado, el bazo es un órgano en el que raramente asientan metástasis, siendo más frecuentes las procedentes de melanoma, cáncer de mama, ovario, pulmón o cáncer colorrectal. Este fenómeno parece ser debido a varios factores: la angulación de la arteria esplénica y la contracción rítmica del bazo que dificultan la entrada de émbolos tumorales, la ausencia de vasos linfáticos aferentes y el alto contenido de tejido linfoide.

PO-509

**POROCARCINOMA: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS A LO LARGO DE 12 AÑOS**

Pablo Díaz Calvillo(1), Francisco Vilchez Márquez(1), Daniel Muñoz Barba(1), Juan Ángel Rodríguez Pozo(1), Antonio Martínez López(1) y Salvador Arias Santiago(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España.

**Antecedentes y Objetivo:** El porocarcinoma (PC) es un tumor aneural cutáneo agresivo, con un 31% de metástasis al diagnóstico y un 35% de recurrencia tras cirugía. Carecemos de guías específicas para PC dada su baja incidencia. El objetivo de este estudio es evaluar las características epidemiológicas, clínicas, histológicas y pronósticas de los pacientes diagnosticados de PC en los últimos 12 años en nuestro centro.

**Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente los pacientes diagnosticados histológicamente de PC en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves desde 2012 hasta el presente. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (localización, diagnóstico de sospecha, tratamiento), histológicos (tamaño, profundidad de invasión, ulceración) y pronósticos (tiempo de seguimiento, recurrencia, muerte específica por PC).

**Resultados:** Se incluyeron 48 tumores en 47 participantes, siendo el 55,3% mujeres, con una mediana de edad de 79 años (rango 42-100). Las zonas más afectadas fueron los miembros inferiores (41,7%) y la cabeza (25,0%). La sospecha inicial más común fue carcinoma de células escamosas (50%), seguido de carcinoma de células basales (22,9%). En solo 2 casos (4,2%) se sospechó PC. El tamaño medio fue de 21,0 mm y la profundidad de invasión 3,9 mm excluyendo los PC in situ. El 35,4% eran in situ. El 31,3% estaban ulcerados. El 91,7% de los PC fueron sometidos a escisión local amplia (ELA) y el 8,3% a cirugía micrográfica de Mohs. 2 casos (4,2%) requirieron linfadenectomía. El 12,5% fue sometido a radioterapia adyuvante y 1 caso requirió quimioterapia sistémica. La media de seguimiento fue de 65 meses. 2 tumores tratados con ELA recurrieron (4,2%). 3 pacientes desarrollaron metástasis (6,4%), 2 al momento del diagnóstico y 1 durante el seguimiento. Un 6,4% falleció por complicaciones del PC.

**Conclusiones:** Contrariamente a la percepción clásica, nuestro estudio revela un curso menos agresivo del PC. Una mejora en la detección histológica ha podido contribuir a un mayor número de diagnósticos y de forma más precoz, cuestionando la idea de que el PC es un tumor raro y agresivo. Dado el envejecimiento poblacional, cabe esperar un incremento en la incidencia de PC y, en este sentido, mejorar nuestra comprensión de este tumor y elaborar guías de tratamiento repercutirá en mejores datos de supervivencia.

PO-510

**ANGIOSARCOMA DE MAMA SECUNDARIO A RADIOTERAPIA**

Lourdes Fajardo Lucena(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Margarita Pich-Aguilera Blasco(1), Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Victoria Ortiz Berciano(1), Cristian Fernando Caballero Linares(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Dolores Suárez Massa(2), Gastón Roustan Gullón(1), M<sup>a</sup> Mercedes Sigüenza Sanz(1) y Constanza Martínez Mera(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España.



El cáncer de mama constituye la primera causa de neoplasia en mujeres en el mundo. En su manejo es habitual el uso de radioterapia. Presentamos una mujer de 65 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama, tratada con tumorectomía y radioterapia en el 2014, en seguimiento por oncología, hasta que acude de imprevisto en septiembre/2023, por edema mamario, realizando estudio histopatológico que es informado como dermatitis crónica por radiación. Evoluciona con progresión de lesiones, por lo que solicitan valoración por parte de dermatología. En la exploración física se aprecia la mama izquierda con una placa violácea que se extiende en los cuadrantes inferiores, con lesiones pápulo-tuberosas purpúricas y rojizas, con algunas zonas erosionadas, destacando un amplio edema indurado. Se realiza estudio histopatológico, confirmando la sospecha de angiosarcoma radioinducido, ya que el estudio molecular de c-myc es positivo. Se completa el estudio de extensión resultando negativo. Por lo que se procede a la realización de mastectomía con márgenes amplios.

El angiosarcoma de mama puede ser primario o secundario a linfedema o radioterapia. El secundario a radioterapia constituye una complicación poco frecuente en el tratamiento del cáncer de mama, aunque su incidencia está en ascenso, debido al aumento de la supervivencia del cáncer de mama y al mayor uso de cirugía conservadora y radioterapia adyuvante. El tiempo de latencia es en torno a los 6 años. Se presenta inicialmente como una mancha rojo-azulada similar a un hematoma, que va progresando hacia una placa infiltrada con tendencia a la ulceración. Para su confirmación es esencial el estudio histopatológico. El angiosarcoma primario suele afectar al parénquima mamario, mientras que el secundario tiene predilección por la piel, como es el caso de nuestra paciente. La positividad para c-myc permite confirmar que es secundario a radioterapia. No existen diferencias pronósticas entre ambos.

El tratamiento de elección es cirugía con márgenes amplios, resultando de vital importancia un diagnóstico temprano, sin embargo, aún así, la tasa de recurrencia es alta. El angiosarcoma postradioterapia es una complicación poco frecuente, pero grave del tratamiento del cáncer de mama, que requiere ser sospechada de forma precoz para poder ofrecer un pronóstico más favorable.

PO-511

**ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL MANEJO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS**

Luis Feito Sancho(1), Leticia Calzado Villarreal(1), Silvia Salinas Moreno(1), Abraham Santa Cruz Martín(1), Cristina Rubio Flores(2) y Iolanda Prats Caelles(1) de (1)Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España y (2)CS la Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.

**Introducción:** La ecografía cutánea en el dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es cada vez más estudiada por ser tan prometedora en el manejo de dicho tumor. Se presenta un caso de DFSP en el que la correlación ecografía-histología, pone de manifiesto la importancia de esta nueva técnica.

**Caso clínico:** Mujer de 24 años sin antecedentes, que consulta por lesión tuberosa asintomática lumbar de 9 años de evolución, con crecimiento progresivo en los últimos 2 años. La exploración objetivó una lesión papulonodular ovalada de 12mm, con superficie pardusca y una zona maculosa violácea cicatricial en polo inferior, sin adenopatías locorregionales. Ecográficamente, se trataba de una lesión hipoecogénica mal delimitada con proyecciones pseudópodas y aumento difuso de vascularización en Doppler. Estos hallazgos fueron compatibles con la sospecha inicial de DFSP, que se acabó confirmando histológicamente.

**Discusión:** El DFSP es un sarcoma dérmico con bajo potencial de metastatizar pero de naturaleza invasiva a nivel local. Suele manifestarse en forma de lesiones papulonodulares de tacto firme.

Están cobrando mucha importancia los ultrasonidos en la caracterización de esta neoplasia, pues la imagen ecográfica típica (presente en nuestro caso) muestra una correlación notable con la anatomía patológica (tumores mal delimitados de células fusiformes con distribución estoriforme y potencial infiltración subcutánea en 'panal de abeja' o 'en escalera' con inmunohistoquímica positiva para CD34 y negativa para factor XIIIa). Además, la ecografía no solo orienta el diagnóstico, sino que también aporta una valiosa información pronóstica y para el tratamiento, ofreciendo una imagen espacial de la lesión completa. Dada su potencial agresividad local, el tratamiento de elección en el dermatofibrosarcoma protuberans sigue siendo la cirugía radical con márgenes amplios o mediante cirugía de Mohs para garantizar la escisión completa. De nuevo, la ecografía preoperatoria puede suponer en un futuro un cambio de paradigma para conseguir este objetivo.

**Conclusión:** La ecografía cutánea es un campo en constante desarrollo que ha demostrado su gran valor en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de diferentes tumores cutáneos. En el caso particular del dermatofibrosarcoma protuberans se plantea como una opción interesante a la hora de confirmar la sospecha clínica y el abordaje terapéutico.

**PO-512 CARCINOMA DE MERKEL AVANZADO TRATADO CON AVELUMAB**

Pedro José Fernández Esparcia(1), Alba Lecumberri Indart(1), Alejandra Véliz Domínguez(2), Raquel María Domínguez López(1), Blanca Santos Latasa(1), Camino Pacho Guerra(1), Sonia Bea Arbedol(1) y Gerald Selda Enríquez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid – España.



Carcinoma de Merkel

**Caso clínico:** Mujer de 88 años que acude al servicio de urgencias de dermatología por tumoración de aspecto vascular y 2,5 cm de diámetro en región frontal de aparición hace un mes y rápido crecimiento. Se realiza biopsia con obtención de hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos (negatividad para SOX10/S100, CD45, CKAE1; positividad para CK20, CD56 y sinaptosina) de carcinoma de Merkel con infiltración de dermis reticular profunda. Se solicita estudio de extensión con PET-TC con hallazgo de ganglios axilares derechos aumentados de tamaño y con captación patológica. Siendo valorada en comité de tumores, ante estadio M1 e irreseccabilidad de la lesión (cuyo tamaño había crecido hasta los 6 cm en 3 semanas) se desestima la cirugía y se inicia tratamiento con Avelumab 10 mg/kg cada 2 semanas, presentando reducción del volumen tumoral tras la primera dosis.

**Discusión:** El carcinoma de Merkel es un tumor altamente agresivo con tendencia a las recidivas locorregionales y metástasis, que es poco frecuente (<1% de los tumores cutáneos) pero cuya incidencia está aumentando debido al envejecimiento de la población. En su patogenia parecen

estar implicados factores como la radiación ultravioleta, la inmunosupresión y el poliomavirus. La base del manejo es la cirugía radical con o sin quimioterapia/radioterapia coadyuvantes. Para casos avanzados se ha aprobado el empleo de avelumab, anticuerpo monoclonal anti-PD-L1 que ha demostrado eficacia tanto en 1ª como en 2ª línea consiguiendo, con un perfil de seguridad aceptable, una tasa de respuestas y de duración de las mismas significativa.

**Conclusión:** El carcinoma de Merkel es un tumor infrecuente, pero de gran relevancia dada su elevada mortalidad e incidencia creciente. En casos no candidatos a cirugía, frente a los clásicos esquemas de quimioterapia basados en platinos, se impone la inmunoterapia frente a PD-L1 que parece alcanzar una tasa de respuesta similar, pero con mayor duración y mejor perfil de toxicidad.

**PO-513 CUANDO EL DERMATÓLOGO JUEGA UN PAPEL FUNDAMENTAL PARA ALCANZAR EL DIAGNÓSTICO**

María Gamo Guerrero(1), Federico Álvarez Rodríguez(2), Mª Ángeles Martín Díaz(1), Ana Simón Gozalbo(1), Emilio del Río Pena(1), Ainhoa Roca Martiartu(1), Cristina Mauleón Fernández(1), Diana Velázquez Tarjuelo(1), Pablo de la Cueva Dobao(1) y Raquel Carrascosa de Lome(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Infanta Leonor, Madrid - España.



Lesión nodular en punta nasal dolorosa de dos meses de evolución

Presentamos el caso de un varón de 57 años, con los antecedentes de epilepsia no clasificada desde la infancia y fumador activo, que acude a la Urgencia de Dermatología por una lesión dolorosa en dorso nasal, de dos meses de evolución. Había recibido dos ciclos de antibioterapia oral con cloxacilina y cefalexina, junto con drenaje de la lesión en varias ocasiones por parte de su médico de atención primaria, sin mejoría. A la exploración presentaba en punta y dorso nasal derecho un nódulo eritematoedematoso mal definido, con lesiones costrosas y varias pústulas en la superficie inferior. Se toma cultivo de la lesión y se pauta clindamicina oral junto con antibioterapia y corticoterapia tópica. Dos semanas después, ante la ausencia de mejoría, se decide realizar biopsia cutánea de la lesión. En la biopsia se observó una infiltración de la dermis por una neoplasia poco diferenciada, constituida por células de núcleos vesiculosos y mitóticamente activos, histopatológicamente compatible con una infiltración dérmica por un adenocarcinoma poco diferenciado. Coincidiendo con estos hallazgos, el paciente sufre una fractura diafisaria del húmero tras caída. Ante los

resultados de la biopsia cutánea y la sospecha de una posible fractura patológica, se realiza un TAC body. Se evidencia una masa en el lóbulo superior e hilio del pulmón derecho, imágenes sugestivas de metástasis en ambas suprarrenales y una imagen lítica en la cortical de la diáfisis humeral. Finalmente, en la biopsia cutánea se obtiene mutación en el gen EGFR, alcanzando así el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IV. El paciente recibe actualmente tratamiento con osimertinib con discreta mejoría de la lesión cutánea. Presentamos el caso de un adenocarcinoma de pulmón metastásico, que debutó clínicamente con una metástasis cutánea a nivel nasal. Las metástasis cutáneas de cáncer de pulmón son poco frecuentes. La mayoría se presentan como un nódulo indurado en cuero cabelludo, cuello o tórax. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma. El tratamiento se basa en la quimioterapia y cirugía.

Queremos resaltar el papel fundamental del dermatólogo en la evaluación y el diagnóstico de este paciente y la necesidad por nuestra parte de mantener una alta sospecha ante lesiones cutáneas de rápido crecimiento que no responden a tratamiento convencional como posibilidad de metástasis cutánea.

**PO-514 MELANOMA DESMOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Lucía García Almazán(1), Celia Campoy Carreño(1), Alejandro Javier Castillo Botero(1), Marina Torrent García(1), Fernando Alarcón Soldevilla(1), Tamara Amanda Hernández Gómez(1), Francisco José de León Marrero(1) y Ángel López Ávila(1) de (1)Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) - España.



*Lesiones nodulares en dorso de pie izquierdo y cara anterior de pierna ipsilateral correspondientes a melanoma desmoplásico con metástasis cutáneas.*

El melanoma desmoplásico (MD) es una variante infrecuente de melanoma de células fusiformes descrito por Conley y cols. en 1971. Se caracteriza tanto por su peculiar histología como por su diferente comportamiento biológico.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 89 años, con antecedentes de asma y hernia de hiato, remitida desde atención primaria por una lesión melanocítica nodular, en cara anterior de pierna izquierda, que se acompañaba de múltiples nódulos de coloración violácea en el dorso de pie izquierdo, de varios años de evolución.

A la exploración física, no se palpaban adenopatías locorregionales. Se decidió realizar biopsia con sacabocados siendo los hallazgos histológicos junto con el estudio inmunohistoquímico compatibles con un melanoma desmoplásico localmente avanzado.

La histología mostraba una neoformación mal delimitada, constituida por la proliferación de células fusiformes de escasos citoplasmas eosinófilos y núcleos ovales, mostrando leve pleomorfismo y muy bajo índice mitótico. Las células se organizan en cortos fascículos que se entrecruzan adoptando en algunas áreas patrón estoriforme e infiltran el tejido adiposo de hipodermis disecando sus lobulillos a través de los septos conectivos.

Del mismo modo, la inmunotinción fue positiva para melan A, HMB 45 y tirosinasa y negativa para CD34. Finalmente, se decidió remitir al servicio de Oncología médica para posterior estadiaje y manejo terapéutico. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con Pembrolizumab 2 mg/kg cada 3 semanas sin toxicidad inmunorrelacionada y con buena tolerancia.

El MD debe distinguirse de procesos o neoplasias benignas como una cicatriz, un dermatofibroma, un neurofibroma o un nevus desmoplásico, pero también de neoplasias malignas como un carcinoma sarcomatoide desmoplásico, un fibroxantoma atípico, un dermatofibrosarcoma protuberans, un fibrosarcoma, un leiomiomasarcoma o un tumor maligno de la vaina del nervio periférico, entre otros.

El MD es una variante poco frecuente de melanoma con una conducta biológica distinta que requiere estrategias diagnósticas y terapéuticas diferentes al del melanoma convencional. Su diagnóstico representa un reto tanto para el clínico como para el patólogo.

**PO-515 TENDENCIAS DE MORTALIDAD DE CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN ESPAÑA ENTRE 1983-2022: ANÁLISIS EDAD-PERÍODO-COHORTE**

Alonso García Núñez(1), Juan Carlos Hernández Rodríguez(1), Ismael Khair Fernández(1), Mercedes Sendín Martín(1), José Juan Pereyra Rodríguez(1) y Julián Conejo-Mir Sánchez(1) de (1)UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España.

**Antecedentes y Objetivos:** El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) supone el grupo de tumores malignos más incidente del ser humano, aunque su mortalidad clásicamente se ha considerado menor a la del melanoma. Los objetivos del trabajo son los de exponer y analizar distintos datos sobre mortalidad en España en general y desglosados por provincias, a raíz de la cohorte de pacientes fallecidos por CCNM entre 1983 y 2022, además de valorar si han aparecido cambios en las tendencias, exponiendo posibles causas.

**Materiales y Métodos:** Las cifras de muertes debida a CCNM y la población se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (CIE-9: 173; CIE-10: C-44). Se ajustó la mortalidad por edad según población estándar europea 2013 y se hicieron grupos agregados por edad, sexo y provincias. A su vez, se realizaron modelos de regresión para estudiar posibles puntos de cambios de tendencia -jointpoints- en la mortalidad.

**Resultados:** Si comparamos la tasa de mortalidad estandarizada entre 1983 y 2022, se aprecia una diferencia entre ambos años, con 2,08 muertes cada 100 000 habitantes (95% IC 1,87-2,29) y 1,38 (95% IC 1,28-1,48), respectivamente. Durante este periodo, se acumularon 22 159 muertes por CCNM, con una edad de media de 80,49 ± 13,91 años. En cuanto al estudio de las tendencias, se aprecia un ligero descenso de mortalidad hasta 2004 del 3,72% anual. Desde ese año, nos encontramos en un periodo de estabilidad en la cifra, similar en ambos sexos.

Por otro lado, las cohortes nacidas a partir de la década de los 40 tienen una reducción del riesgo relativo de mortalidad, cuya pendiente desciende de forma llamativa en las cohortes nacidas a partir de 1960, lo que hace que en la curva del efecto periodo disminuya el riesgo relativo de mortalidad de forma marcada en la última década del siglo XX.

**Conclusiones:** Las cifras de muertes en España por CCNM se encuentran estabilizadas desde mediados de la década de 2000, a su vez con un aumento progresivo de la edad media de fallecimiento por esta enfermedad. A pesar de encontrar una mortalidad y repercusión pública menores con respecto al melanoma, su alta incidencia nos obliga a no desdeñar la morbimortalidad que conlleva estas neoplasias.

PO-516

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR: ESTUDIO UNICÉNTRICO AMBISPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

Victor García Rodríguez(1), Mónica Quintana Codina(1), Jorge Arandes Marcocci(1), Marina Corral Forteza(1) y Montse Salleras Redonnet(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona), Barcelona - España.



*Carcinoma basocelular ulcerado retroauricular*

**Antecedentes y objetivos:** El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial en caucásicos. Aunque generalmente se resuelve con técnicas sencillas, bien médicas o quirúrgicas, una minoría de casos supone un reto terapéutico. En estos casos los inhibidores hedgehog suponen una revolución en el tratamiento médico, respaldado por ensayos pivotaes. Sin embargo, faltan datos de la experiencia en práctica clínica real.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo unicéntrico ambispectivo. Se incluyeron pacientes tratados con vismodegib o sonidegib finalizado o en curso y con al menos una visita presencial de control. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes médicos, características del tumor, respuesta terapéutica, efectos adversos y su gravedad.

**Resultados:** Se incluyeron, hasta la fecha, 8 varones y 8 mujeres (N=16). La mediana de edad fue 86 años [52-92]. El 56% de los pacientes tenía algún grado de dependencia y el 75% alguna comorbilidad neuropsiquiátrica. El histotipo más frecuente fue el CBC infiltrante y los tumores fueron mayoritariamente clasificados como EADO III, T3 AJCC8 y T2 BWH.

La mitad de los pacientes había recibido algún tratamiento previo, siendo el más frecuente la exéresis convencional. 7 pacientes recibieron vismodegib y 9 pacientes sonidegib. De ellos, 12 finalizaron el tratamiento y 4 continúan pendientes de evolución. Más del 70% presentaron respuesta, que en aproximadamente la mitad fue parcial. Más del 70% presentó algún efecto adverso (EA), la mayoría grado 1. En 5 pacientes los EA mejoraron al realizar posologías más espaciadas. Los EA fueron numéricamente superiores en el grupo de pacientes tratados con vismodegib. El EA más frecuente fue la disgeusia. Los más graves fueron transformación a tumor sarcomatoide y un caso de hepatitis colestásica. Los EA supusieron la interrupción del fármaco en 5 pacientes. La mediana global de duración del tratamiento fue de 4 meses [1-13].

**Conclusiones:** En nuestra muestra, vismodegib y sonidegib fueron eficaces en el tratamiento del CBCIa y CBC múltiples asociados o no a síndrome de Gorlin, especialmente en pacientes añosos con situación social compleja y comorbilidad psiquiátrica. Los EA fueron frecuentes pero generalmente leves. Se dieron menos que en estudios pivotaes y en concordancia con datos de publicaciones previas en práctica clínica real.

PO-517

**CARCINOMA BASOESCAMOSO CON RECURRENCIA LOCAL Y METÁSTASIS PULMONAR TRATADO CON CIRUGÍA, RADIOTERAPIA Y VISMODEGIB**

Elena de Jesús García Verdú(1), Isabel Polo Rodríguez(1), Marta Bandini(1), Ileana María Medina Expósito(2) y Susana Medina Montalvo(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Universidad de Alcalá (Madrid), Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España



*Fotografía clínica*

El carcinoma basoescamoso es una variante infrecuente del carcinoma basocelular con áreas de diferenciación escamosa caracterizado por un crecimiento local agresivo (recurrencia local del 4.5%) y potencial metastásico (tasa del 5-8.4% en comparación con una inferior al 0.1% para el carcinoma basocelular convencional).

Varón de 71 años, que recibió tratamiento con cirugía y radioterapia posterior en antebrazo izquierdo hace 4 años para el tratamiento de un carcinoma basocelular ulcerado de patrón adenoide e infiltrativo con áreas de diferenciación escamosa y datos de mal pronóstico (afectación de tejido celular subcutáneo y perineural) sin afectación ganglionar. Acudió por retracción cutánea en la parte interna del brazo con disestesias en codo y antebrazo ipsilaterales.

A la exploración física, se observó en el tercio medio de la cara interna del brazo izquierdo una retracción de la piel con cordón eritematoso desde la fosa antecubital hasta 4 cm por encima de la zona retraída. No se palpaban adenopatías. Se realizó una biopsia con resultado compatible con infiltración por carcinoma basocelular con focos de queratinización.

En el estudio de extensión se apreciaron focos de afectación tumoral en lóbulo pulmonar superior derecho que, tras lobectomía, mostraron un carcinoma dispuesto en nidos sólidos con empalizada periférica y células de aspecto basaloide con áreas con patrón adenoide y zonas de queratinización; tras la inmunohistoquímica se estableció el diagnóstico de metástasis de epiteloma basocelular. Tras valoración en comisión de tumores se decidió iniciar tratamiento con Vismodegib 150 mg/día y extirpación de la lesión del brazo por Traumatología.

El carcinoma basoescamoso metastásico constituye un reto terapéutico para el que se disponen de varias alternativas como cirugía, radioterapia, quimioterapia, inhibidores de la vía Hedgehog y anticuerpos anti receptor de muerte celular programada 1. Sin embargo, dados los buenos resultados de eficacia y seguridad en carcinoma basocelular metastásico de Vismodegib, parece razonable su uso como primera línea. Presentamos un caso de carcinoma basoescamoso metastásico que ha requerido abordaje multidisciplinar combinando cirugía, radioterapia y Vismodegib.

#### PO-518 METÁSTASIS CUTÁNEA POR CÁNCER DE MAMA SIMULANDO ALOPECIA CICATRICIAL

Elena García Zamora(1), Joseph Simon Griffiths Achas(1), Enrique Gómez de la Fuente(1), Reyes Gamo Villegas(1), Henar Sanz Robles(1), Javier Martín Alcalde(1), Marta Menéndez Sánchez(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid - España.

**Introducción:** Las metástasis cutáneas ocurren entre el 0,6 y el 10,4 % de los pacientes con cáncer. La mayoría de casos se deben a metástasis de los tumores primarios más prevalentes en cada sexo, el carcinoma de pulmón en varones y el de mama en mujeres. El cáncer de mama causa hasta el 70 % de todas las metástasis cutáneas en mujeres debido a su alta prevalencia y su localización superficial contigua a la piel.

**Caso Clínico:** Mujer de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo autoinmune. Es remitida a consulta de dermatología por una placa alopécica asintomática de aspecto cicatricial en la zona parietal de cuero cabelludo de 3 meses de evolución. A la exploración física presentaba una placa alopécica parcheada que ocupaba gran parte de la zona interparietal (8-10 cm) con vascularización gruesa inespecífica en superficie y pelos en penacho en la periferia. Se realizó una biopsia cutánea con sospecha de una alopecia cicatricial que mostró una infiltración dérmica por un carcinoma ductal de mama hasta el momento desconocido. La exploración física completa reveló un nódulo mamario izquierdo, nódulos pétreos subcutáneos en mama izquierda, axila izquierda y zona laterocervical derecha. El estudio de extensión evidenció metástasis blásticas y líticas en numerosos huesos del cuerpo.

**Discusión:** Las metástasis cutáneas pueden ser la primera manifestación de una neoplasia interna oculta y a menudo pueden simular clínicamente otras dermatosis. Aunque se han descrito hasta 7 formas de presentación clínica de metástasis de cáncer de mama en la piel (nodulares, inflamatorias, en coraza, alopécicas, telangiectásicas, con compromiso de los párpados y enfermedad de Paget), en cuero cabelludo se presentan habitualmente con las formas, nodular, telangiectásica y alopécica. Aunque las metástasis en cuero cabelludo son raras, la biopsia cutánea nos puede ayudar en estos casos que suponen un reto diagnóstico.

#### PO-519 EFICACIA DEL COLIRIO DE INTERFERÓN-A2B EN EL TRATAMIENTO DE LA QUERATOSIS ACTÍNICA BOWENOIDE PALPEBRAL

Ana Gil Villalba(1), María Dolores Pegalajar-García(1), María Zulaika Lloret(1), Mar Rodríguez Troncoso(1), Marina Gálvez Moreno(1) y Ricardo Ruiz Villaverde(1) de (1)Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España.

Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de inmunosupresión secundaria a trasplante renal, que había sido intervenido 1 año antes por Cirugía Plástica de un carcinoma epidermoide del párpado inferior del ojo derecho mediante un colgajo de transposición. Ahora consultaba por molestias en la zona intervenida desde hacía 3 meses.

A la exploración presentaba una pápula rosada con ulceración central de unos 4 mm de diámetro en canto externo del ojo intervenido y un discreto ectropion. Se decidió realizar una biopsia de la lesión con diagnóstico histológico de queratosis actínica bowenoide. Ante la dificultad de reintervenir la zona se decidió tratamiento con colirio de interferón alfa 2b (INF- $\alpha$ 2b) formulado en gotas oftálmicas a una concentración de 10 millones de UI/ml, aplicando 1 gota cada 12 horas hasta revisión. A los 4 meses, el paciente presentaba una remisión clínica completa aunque no disponemos de datos histológicos confirmatorios por negativa del paciente. Los interferones son un grupo de glicoproteínas que actúan como antivirales y antitumorales mediante la supresión de la proliferación celular, el aumento de la respuesta inmune celular T y de la fagocitosis macrofágica. A nivel oftalmológico, la literatura recoge la eficacia del INF- $\alpha$ 2b en el tratamiento de tumores palpebrales o conjuntivales, principalmente en carcinoma epidermoide con tasas de remisión completa de hasta el 80%. En hiperplasias melanocíticas atípicas y melanomas localizados ha tenido buenos resultados en control de recidiva tumoral sin datos de seguimiento a largo plazo o en fases avanzadas de la enfermedad. En carcinoma basocelular existe una única referencia proponiéndose como tratamiento neoadyuvante a una cirugía de Mohs.

Existen dos vías de administración, de elección en gotas oftálmicas por su excelente tolerancia y escasos efectos adversos, entre los más reportados: conjuntivitis transitoria, hiperemia conjuntival y queratitis punctata. Otra alternativa es la inyección intralesional o subconjuntival, presenta más riesgo de síntomas sistémicos de tipo catarral o hepatotóxicos, por lo que se reserva para tumores de gran tamaño o pacientes con baja adherencia terapéutica. Proponemos el uso del colirio INF- $\alpha$ 2b como alternativa eficaz y segura en pacientes no candidatos a cirugía por múltiples recidivas o que por tamaño tumoral precisan neoadyuvancia.

#### PO-520 CORRELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE P-S6 Y P21 CON LAS METÁSTASIS GANGLIONARES EN PACIENTES CON CARCINOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO

Celia Gómez de Castro(1), Raquel Santos-Juanes Galache(2), Borja Nuñez Gómez(2), Blanca Vivanco Allende(3), Cristina Galache Osuna(1), Laura Palacios García(1), Cristina Fernández Sánchez(1) y Jorge Santos-Juanes Jiménez(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Universidad de Oviedo, Oviedo (Asturias) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El carcinoma cutáneo de células escamosas (CCE) es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente. La incidencia de metástasis para este tumor se estima entre un 1.2-5%. La proteína fosforilada ribosomal S6 (p-S6) y p21 (también conocida como CDK-

N1A) son dos proteínas que participan en la carcinogénesis de distintos tumores. Estas proteínas podrían también jugar un papel importante en el CCE y servir como marcadores de riesgo de metástasis ganglionares.

Nuestros objetivos son estudiar la expresión inmunohistoquímica de la proteína fosforilada ribosomal S6 (p-S6) y p21 en una serie de 116 pacientes con CCE tratados quirúrgicamente e investigar su posible impacto en el pronóstico y desarrollo de metástasis ganglionares.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, hospitalario y retrospectivo. La expresión de p-S6 y p21 se analizó mediante técnicas inmunohistoquímicas en muestras embebidas en parafina procedentes de 116 pacientes con CCE y se correlacionaron con las características clínico-patológicas.

**Resultados:** Se observó una asociación estadísticamente significativa e inversa entre la expresión de p-S6 y grosor tumoral, tamaño tumoral, presencia de desmoplasia, grado de diferenciación del tumor, estadio patológico, invasión perineural y la presencia de gemas tumorales.

En el análisis multivariante la ausencia de expresión de pS6 se mostró como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de metástasis ganglionares con HR 2.23 (1.01-4.91) (p=0.047). La expresión de p21 se asoció de forma significativa e inversa con el grosor tumoral >6mm, desmoplasia e invasión perineural. No encontramos asociación estadística entre la expresión de p21 y el desarrollo de metástasis ganglionares en el análisis multivariante.

Tampoco hemos encontrado correlación entre la expresión de p-S6 y p21.

**Conclusiones:** En nuestro estudio encontramos que la pérdida de expresión de p-S6 en los CCE fue un factor de riesgo independiente para el desarrollo de metástasis ganglionares. La utilización de este marcador inmunohistoquímico podría ser útil para identificar mejor aquellos CCE de alto riesgo. En cambio, no hemos observado significación estadística entre la expresión de p21 y el desarrollo de metástasis ganglionares.

PO-521

CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN FRESCO VS. DIFERIDO EN EL TRATAMIENTO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

María González Ramos(1), Jorge Naharro Rodríguez(1), Francisco Javier Pérez Bootello(1), Luis Alfonso Pérez González(1), Jesús Cuevas Santos(2), Gerardo Patiño Toledano(3), Pedro Jaén Olasolo(1), Luis Ríos Buceta(1) y Sònia Beà Ardèbol(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Emérito en Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España y (3)Técnico Superior en Anatomía Patológica en Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España.

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) se considera la técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de los dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP). Algunos autores respaldan la superioridad de la CMM en diferido en comparación con la CMM en fresco al permitir una determinación más sencilla de las células tumorales en el margen quirúrgico, pero apenas existen estudios comparativos entre ambas técnicas.

La CMM en fresco presenta ventajas, como una menor duración de la cirugía y el cierre del defecto en el mismo acto quirúrgico. En el estudio comparativo realizado por Lee et al. la CMM en fresco mostró una menor tasa de recurrencias que la técnica en diferido (3,3% vs. 7,9%) al contrario que lo reportado en la cohorte REGESMOHS (3,2% vs 1,8%); en los dos casos sin diferencias significativas.

El objetivo de nuestro estudio fue demostrar que la CMM en fresco no es inferior a la CMM en diferido.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con DFSP tratados mediante CMM en diferido y en fresco. El objetivo primario fue comparar el porcentaje de recurrencia entre ambas técnicas.

Se incluyeron 83 pacientes (60 CMM diferido y 23 CMM fresco). La edad media fue de 45 años, con misma proporción de hombres y mujeres. El tronco (30%) y el hombro (18%) fueron las localizaciones más frecuentes. El 7,2% se habían sometido a una escisión incompleta previa a CMM. El 89,2% eran primarios y el 10,8% recurrencias. Un paciente recibió tratamiento con imatinib previo a la CMM en diferido. En ambas técnicas, la mediana del diámetro mayor del tumor fue de 60 mm y la media de número de pases de CMM de 1,7. La mediana de duración de la cirugía fue significativamente menor en la CMM en fresco (1 vs. 7 días, p < 0,001); así como al porcentaje de ingresos (0 vs. 26,7%, p= 0,006). La mediana de seguimiento fue de 87 meses. No se observaron recurrencias locales con ninguna de las técnicas.

En conclusión, dada la ausencia de recurrencias y las ventajas descritas como la duración significativamente menor de la cirugía y menor tasa de ingresos, la CMM en fresco debería considerarse como una opción de tratamiento eficaz y segura para los DFSP primarios. En los casos de DFSP recidivantes la CMM en diferido podría ser una opción más apropiada al permitir realizar técnicas de inmunohistoquímica que ayuden a determinar las células tumorales en los márgenes quirúrgicos.

PO-522

CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME GIGANTE CON ESPECTACULAR RESPUESTA A LA COMBINACIÓN DE RADIOTERAPIA E IMIQUIMOD AL 5%

Claudia Guilarte Cadavide(1), María Ayguasanosa Ávila(1), Marc Hernández Santacana(1), Magí Brufau Cochs(1), Agustí Toll Abelló(1), Paola Castillo Fernández(2) y Carlos Conill(3) de (1)Dermatología, (2)Anatomía Patológica y (3)Radioterapia. Hospital Clínic, Barcelona - España.

**Introducción:** Dentro del grupo de carcinomas basocelulares (CBC), la variante morfeiforme (CBCM) representa un 5%. Se trata de una variante de CBC de alto riesgo, con tendencia a producir destrucciones locales extensas y a presentar mala respuesta a los tratamientos convencionales. A continuación, presentamos un caso de CBCM gigante en el que la combinación de radioterapia (RT) e imiquimod fue clave.

**Caso clínico:** Mujer de 87 años que acude por sospecha de recidiva de CBC en hombro izquierdo, extirpado en 2014. A la exploración presenta una placa morfeiforme de 11x7,5cm con erosión central y signos dermatoscópicos compatibles con CBCM. Mediante biopsia se confirmó el diagnóstico. Como principal comorbilidad, la paciente presentaba un cáncer de mama izquierda localmente avanzado, pendiente de ser tratado mediante mastectomía y RT adyuvante.

Por este motivo, se consideró prioritaria la cirugía de su cáncer de mama, mientras que se desestimó el manejo quirúrgico para el CBCM. Además, se comprobó que el área a tratar de su CBCM estaba dentro del campo de irradiación de su cáncer de mama. Consecuentemente se decidió manejo inicial mediante RT.

Al cabo de 2 meses, y habiendo completado el tratamiento oncológico, la zona del CBCM había recibido un total de 25 Gy, y mostraba una marcada reducción de su tamaño (6,5x4cm). Posteriormente, se irradió específicamente la zona tumoral con 24 Gy más, sin conseguir llegar a la curación. Finalmente, se propuso el uso de imiquimod tópico al 5% (5 días/semana durante 6 semanas), consiguiendo respuesta completa.

**Discusión:** El CBCM es una variante con menor tasa de respuesta a la RT. Sin embargo, Caccialanza M. y colaboradores publicaron en 2014 una amplia serie (n=127) de CBCM tratados mediante RT, reportando buenos **resultados** (tasa de curación a los 10 años de seguimiento: 78%). No obstante, en los casos de respuesta incompleta, el uso de imiquimod al 5% es de gran interés, sobre todo si consideramos las dificultades técnicas de intervenir zonas irradiadas.

#### PO-523 CARCINOMA BASOCELULAR ASOCIADO A NEVUS SEBÁCEO DE JADASSOHN, APORTACIÓN DE UN CASO

María Carmen Gutiérrez Rodríguez(1), Daniel Colinas Reyero(2), María José García Gamero(1), Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Antón Márquez(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Teresa Lucía Vega López(1), Irene González Jiménez(1), Alicia Marcos Monera(1) y Pilar Manchado López(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica del HURH. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España.

**Introducción:** El nevo sebáceo es un hamartoma congénito infrecuente, descrito por primera vez por Jadassohn en 1895. Se localiza principalmente en el cuero cabelludo y la cara. Se manifiesta como una placa redondeada, bien circunscrita, con superficie rugosa de color amarillento. Se ha descrito el desarrollo de neoplasias benignas y malignas sobre el mismo. Los tumores más comunes que se describen son el tricoblastoma, el siringocistoadenoma papilífero, el triquilemoma y el carcinoma basocelular.

**Caso Clínico:** Varón de 61 años con tumoración temporo-parietal izquierda de aspecto verrucoso, que se ha desarrollado sobre una placa congénita de 6 x 4,5 cm con aspecto de nevo sebáceo de Jadassohn. La tumoración es mamelonada de casi 4 cm, rosada con alguna zona grisácea, ulcerada y con costras amarillentas.

Se extirpa toda la tumoración. Los cortes histológicos muestran una epidermis con papilomatosis, en algunas zonas con pequeños folículos pilosebáceos abortivos. Los folículos pilosebáceos tienen glándulas sebáceas más grandes y próximas a la epidermis de lo normal. En la zona profunda se encuentran algunas glándulas sudoríparas apocrinas.

La lesión está mal delimitada y sobre la misma se identifica una proliferación neoplásica, que ulcera la epidermis e infiltra la dermis papilar y reticular con nidos sólidos y cordones, con borde de invasión mal delimitado. Está formada por células epiteliales de aspecto basaloide con núcleos hiper cromáticos y atípicos que forman una pseudoempalizada en los límites de los nidos sólidos. Los bordes de resección están libres. Se confirma epiteloma basocelular ulcerado, infiltrante, sobre nevo sebáceo de Jadassohn.

**Discusión:** El nevo sebáceo de Jadassohn (NSJ) es un hamartoma cutáneo congénito que se presenta en un 0,3 % de los neonatos, debido a mutaciones somáticas postcigóticas en la familia de las proteínas Ras. Está compuesto de elementos epidérmicos, foliculares, sebáceos, ecninos y apocrinos heterotópicos. Las neoplasias malignas ocurren casi exclusivamente en adultos, en alrededor de un 2,5 % de NSJ. La neoplasia maligna más frecuentemente descrita asociada al nevo sebáceo es el carcinoma basocelular, en el 0,8 % de NSJ. Comentaremos los principales aspectos relacionados con el diagnóstico, evolución y tratamiento.

#### PO-524 CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON RADIOTERAPIA

Gemma María Jumilla Martínez(1), Reyes Gamero Villegas(1), María Elena Naz Villalba(1), Fernando Javier Pinedo Moraleda(1), Elena García Zamora(1), Diana Patricia Ruiz Genao(1), Román Miñano Medrano(1) y José Luis López Estebanz(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** El carcinoma epidermoide localmente avanzado puede ser un reto terapéutico, sobre todo en personas de edad avanzada.

**Caso Clínico:** Varón de 93 años diagnosticado de carcinoma epidermoide cutáneo en región temporal izquierda, inicialmente de 5 por 3 cm, rechazó tratamiento debido a su edad. 6 meses después acudió al servicio de urgencias por crecimiento y sangrado de la lesión, observándose un tumor de 12 por 8 cm con sangrado activo en región temporal izquierda.

Se realizó control quirúrgico del sangrado, mediante ligadura de la arteria temporal superficial, y se desestimó el tratamiento quirúrgico del tumor. Se indicó radioterapia. Entre sus antecedentes dermatológicos destacaban estar intervenido de lentigo maligno melanoma en cuero cabelludo, varios epiteliomas basocelulares y un carcinoma epidermoide.

Recibió una dosis total de 30Gy en 5 fracciones a 6 Gy por fracción, 2 sesiones por semana, con buena tolerancia y práctica resolución macroscópica del tumor, presentando ausencia de recidiva local dos años después del tratamiento. Posteriormente desarrolló nuevas lesiones de menor tamaño en otras localizaciones que se trataron quirúrgicamente.

**Discusión:** El carcinoma epidermoide localmente avanzado supone un reto terapéutico en pacientes ancianos. Si bien la cirugía es el tratamiento de elección, la radioterapia es una alternativa válida en casos seleccionados, pudiendo ser empleada de manera radical (con intención curativa) en caso de rechazo a la cirugía, tumores irsecables, pacientes inoperables o en regiones donde el resultado cosmético-funcional es mejor que el de la cirugía. Sin embargo, alcanza tasas de curación inferiores a la cirugía, dado la falta de control del margen, no siendo infrecuentes las recurrencias, ocurriendo la mayoría de ellas en los dos años posteriores. También se emplea de manera adyuvante, en casos de afectación perineural y/o afectación de márgenes quirúrgicos (si no es posible la reintervención); o paliativa en lesiones grandes o sangrantes. Aquellos tumores localmente avanzados tienen mayor riesgo de recurrencia. En estos casos, la combinación con inmunoterapia podría ofrecer nuevas perspectivas.

**PO-525 LO QUE ESCONDE EL PAÑAL: ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL**

Virginia Linares López(1), Juan Manuel Morón Ocaña(1), M<sup>a</sup> Luisa Martínez Barranca(1), Isabel María Coronel Pérez(1), Paola Andrea Gutiérrez Melgarejo(2) y Amalia Pérez Gil(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla - España.



**Introducción:** La Enfermedad de Paget Extramamaria (EMPT) es una neoplasia cutánea rara, se localiza con mayor frecuencia en la vulva, representando solo el 1-2% de las neoplasias malignas vulvares. Su patogenia es incierta, tratándose de un adenocarcinoma intraepitelial donde histológicamente destacan las células de Paget.

**Caso:** Paciente de 88 años con demencia senil y utilización de pañal, se valora por lesión genital de tiempo de evolución incierto. A la exploración presenta placa excrecente papilomatosa y eritematosa con bordes infiltrados que se extiende por horquilla anterior hacia el pubis y labios mayores, con adenopatía palpable en zona inguinal izquierda.

Se realiza biopsia punch 4mm con resultado de EMPT: citoqueratina (CK) 7, antígeno carcinoembrionario (CEA) y GATA 3 positivos y CK20, SOX10 y S100 negativos. En TAC abdominopélvico: adenopatía inguinal izquierda de 17,4mm sugestiva de infiltración neoplásica, sin otras lesiones sospechosas. Se descartó en comité de tumores vulvectomía radical y radioterapia por edad y demencia senil que se había ido agravando recientemente. Por lo que se propuso tratamiento paliativo con Imiquimod 5% crema.

**Discusión:** La EMPT suele presentarse como una placa eritematosa bien definida con descamación, ulceración y sangrado, asociada a dolor, ardor o picazón, con diagnóstico diferencial de liquen simple crónico, psoriasis, liquen plano erosivo, pénfigo vegetante o candidiasis, entre otras. Presentamos este caso tan llamativo, que afortunadamente no es habitual hoy en día, y que plantea dudas con otras neoplasias como carcinoma escamoso verrucoso o angiosarcoma. El estudio histológico y la inmunohistoquímica son fundamentales para su diagnóstico.

Son tumores positivos para CEA, CK, y negativos para proteína S100 y otros marcadores melanocíticos. Además la EMPD primaria es positiva para CK7 y CK20 negativo. Actualmente sigue siendo un reto terapéutico el abordaje de estas lesiones, cuando la resección quirúrgica no es posible, debido a comorbilidades o enfermedad irreseccable. Aunque hay alternativas como RT, terapia fotodinámica, quimioterapia sistémica o quimioterapia tópica como el imiquimod.

**Conclusión:** El EMPT es una patología infrecuente que sucede sobre todo en mujeres entre 60-80 años, que simula otras entidades. Si a esto le añadimos comorbilidades como la demencia, puede conllevar casos con gran retraso diagnóstico.

**PO-526 ÚLCERAS EN CUERO CABELLUDO: INFORME DE UN CASO**

Adrián Santiago López Caamaño(1), Silvia Ojea Varona(1), Elena Vicente Basanta(1), Laura Taboada Paz(1), Romina Rodríguez Lojo(2) y Laura López Solache(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España y (2)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España



Aspecto de las lesiones tras ser decostradas.

Comunicamos un caso de metástasis cutáneas de adenocarcinoma de mama con una presentación poco habitual en forma de varias lesiones ulceradas en cuero cabelludo, destacando la variabilidad clínica con la que pueden manifestarse.

Se trata de una mujer de 76 años remitida por presentar varias lesiones costrosas en el cuero cabelludo de 1 mes de evolución. Entre sus antecedentes, destacaba el diagnóstico de un adenocarcinoma ductal de mama con adenopatías axilares hacía 8 años. En el momento de la valoración, la paciente se encontraba bajo tratamiento con alpelisib y fulvestrant desde hacía 4 meses. Presentaba enfermedad metastásica en pulmones y en tejido celular subcutáneo a distintos niveles.

En la exploración, se objetivaron 4 lesiones costrosas no infiltradas (1 frontal, 1 en vértex, 1 parietal izquierda y 1 occipital derecha). Al decostrarlas, mostraban un fondo ulcerado sangrante y doloroso. No presentaba otras lesiones cutáneo-mucosas. Se realizó biopsia de una de las lesiones y se tomaron muestras para cultivo microbiológico y PCR de virus herpes. A nivel histológico, se observaron células con características morfológicas e inmunohistoquímicas compatibles con tejido mamario. El cultivo microbiológico fue positivo para S. Aureus y la PCR para virus herpes fue negativa. El diagnóstico final fue el de metástasis cutáneas de adenocarcinoma de mama en cuero cabelludo.

La causa más frecuente de metástasis cutáneas o letáldes en mujeres es el cáncer de mama. A pesar de que es necesario un alto nivel de sospecha diagnóstica, su detección puede suponer cambios en la estadificación del tumor primario. Las letáldes constituyen la expresión cutánea

de una diseminación sistémica de la neoplasia y, por ello, implican un mal pronóstico. Su forma de presentación más frecuente es la de un nódulo indoloro que va creciendo progresivamente hasta ulcerarse. En ocasiones, pueden simular lesiones zosteriformes, placas erisipeloides o áreas de alopecia.

En cuanto a la topografía lesional, algunas localizaciones se relacionan en mayor medida con ciertos tumores. Por ejemplo, en el cuero cabelludo, las metástasis más frecuentes proceden de tumores de mama, pulmón y riñón.

El diagnóstico diferencial debe comprender distintas entidades, tales como el eritema multiforme, granuloma piogénico, eritema anular centrifugo, quistes epidérmicos y los tumores cutáneos primarios.

PO-527

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MELANOMA SEGÚN LA EXPOSICIÓN SOLAR OCUPACIONAL

Ana López Mateos(1), Esther García Martínez(1), Marta Segado Sánchez(1), José Juan Parra García(1), Diego López Martínez(1), Francisco José Martínez Ortega(1), Julia Román Gómez(1), María Castillo Landete(1), Paloma Sánchez-Pedreño Guillén(1), Eduardo Escario Travesedo(2) y José Bañuls Roca(3) de (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (2)Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España y (3) Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España.

**Objetivo:** Analizar las diferencias clínico-patológicas de pacientes diagnosticados de melanoma en función de la exposición solar ocupacional.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de melanoma en el periodo 2009-2018 en las áreas sanitarias de Albacete, Almansa y Villarrobledo. Se han recogido las variables: edad, sexo, localización anatómica, subtipo clínico-patológico, índice de Breslow y estadio tumoral. Para el contraste de hipótesis se ha utilizado el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. La magnitud de la asociación se ha determinado mediante Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95%. Posteriormente se ha realizado un análisis multivariante mediante regresión logística.

**Resultados:** La muestra de pacientes se compuso de 263 mujeres (54,1%) y 223 hombres (45,9%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 57 años (RIC 46,0-70,3). El 34% (n=165) de los pacientes desempeñaban profesiones con exposición solar. Los pacientes con exposición solar en el trabajo tenían mayor edad al diagnóstico (66,0 años) que los pacientes con ocupaciones de interior (52,0 años) (p valor <0.001). Los hombres tuvieron 2 veces más probabilidad (OR 2,1; IC95% 1,7-2,5) de haber estado expuestos al sol en el trabajo que las mujeres. Los pacientes expuestos al sol en el trabajo presentaron con mayor frecuencia melanomas en las áreas centrales del polo cefálico (OR 2,8; IC95% 1,9-4,1) (p valor <0.001). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el subtipo clínico-patológico, índice de Breslow y estadio tumoral.

**Conclusiones:** El desempeño de una ocupación al aire libre en pacientes con melanoma se asocia a una mayor edad al diagnóstico, al sexo masculino y a la localización del melanoma en áreas centrales del polo cefálico.

Tabla: Características de los pacientes con melanoma en función de la exposición solar laboral (análisis bivariante).

	Ocupación al aire libre N (% del total)	Ocupación de interior N (% del total)	Valor de p
Edad (mediana, RIC)	66,0 (53,0-75,5)	52,0 (44,0-67,0)	<0.001
<b>Sexo</b>			
Hombre	115 (69,7%)	108 (33,6%)	<0.001
Mujer	50 (30,3%)	213 (66,4%)	
<b>Localización anatómica</b>			
Cabeza y cuello (central)	50 (30,3%)	35 (10,9%)	<0.001
Cabeza y cuello (periférico)	24 (14,5%)	33 (10,3%)	
Tronco	54 (32,7%)	122 (38,0%)	
Miembros inferiores	21 (12,7%)	73 (22,7%)	
Miembros superiores	13 (7,9%)	49 (15,3%)	
<b>Subtipo clínico-patológico</b>			
Melanoma de extensión superficial	82 (52,9%)	217 (70,5%)	<0,001
Lentigo maligno melanoma	49 (31,6%)	46 (14,9%)	
Melanoma nodular	19 (12,3%)	35 (11,4%)	
Melanoma lentiginoso acral	3 (1,9%)	6 (1,9%)	
Índice de Breslow (mediana; RIC)	0,5 (0,0-1,4)	0,70 (0,0-1,4)	
<b>Estadio tumoral</b>			
Localizado	146 (93,6%)	292 (93,0%)	0,809
Avanzado	10 (6,4%)	22 (7,0%)	

RIC: rango intercuartílico.

**PO-528** FIBROXANTOMA ATÍPICO Y SARCOMA DÉRMICO PLEOMORFO: ESTUDIO HISTOLÓGICO Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

María López-Pardo Rico(1), Brais Chao Maseda(1), Carmen Cánovas Seva(1), José Sáez Padilla(1), Carlos Aliste Santos(2), José Manuel Suárez Peñaranda(2), Lorena Martínez Leborans(1) y María Isabel Rodríguez Blanco(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España.

**Introducción:** El fibroxantoma atípico (FXA) y el sarcoma dérmico pleomorfo (SDP) son neoplasias dérmicas infrecuentes de origen mesenquimal con características clínico-patológicas superponibles. Mientras que el FXA suele tener un curso poco agresivo con recidivas en casos de exéresis incompletas, el SDP presenta un alto índice de recurrencias y capacidad metastásica. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial es crucial para establecer un tratamiento óptimo.

**Métodos:** Varón de 74 años que consulta por una lesión sangrante en el cuero cabelludo de 6 semanas de evolución. La exploración revela un tumor violáceo con costra lateral de 18 mm de diámetro. La ecografía muestra una lesión hipocogénica con tractos lineales y puntiformes hiperecogénicos en dermis superficial, con intenso realce en llamarada en el estudio Doppler color. Ante la sospecha de carcinoma de células de Merkel, se realiza una biopsia.

**Resultados:** Histológicamente, se identifica una proliferación celular de hábito mesenquimal localizada en dermis, constituida mayoritariamente por células fusiformes con pleomorfismo y actividad mitótica. Se identifica intensa positividad para vimentina y CD10. Se advierte expresión focal para CD68-PGM1, un índice de proliferación moderado con Ki-67 y expresión focal para CD31. Se establece el diagnóstico de fibroxantoma atípico y se realiza cirugía convencional con márgenes libres. En el estudio de la pieza completa se confirma el diagnóstico. Se descarta infiltración perineural y vascular, no presenta necrosis pero infiltra superficialmente el tejido celular subcutáneo. Durante 12 meses de seguimiento, presenta hasta 3 recidivas locales, todas ellas extirpadas con márgenes libres. A pesar de que no se evidencian datos histológicos de agresividad, se solicita estudio de extensión y se indica radioterapia adyuvante.

**Conclusiones:** Para el diagnóstico de SDP, es necesario cumplir al menos uno de los siguientes criterios histológicos: invasión perineural o linfovascular, necrosis y/o invasión evidente del tejido celular subcutáneo. No obstante, algunas series sugieren que los FXA con invasión superficial del tejido celular subcutáneo presentan un alto riesgo de recurrencias e incluso metástasis, por lo que en estos casos es aconsejable adoptar la misma actitud terapéutica que en el SDP.

**PO-529** METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Joaquim Marcoval Caus(1), Clara Muntaner Virgili(1), Marta Gamissans Cañada(1), Júlia Boronat Cucarull(1) y Marta Gangonells Dols(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge, L Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España.

**Introducción y Objetivos:** Existen pocos estudios sobre el patrón de diseminación a distancia del carcinoma de células de Merkel (CCM). Nuestro objetivo fue analizar las localizaciones más frecuentes de las metástasis a distancia del CCM y su posible relación con la localización del tumor primario.

**Material y Métodos:** Los pacientes diagnosticados de CCM cutáneo entre 1988-2022 fueron incluidos en el estudio. Se registraron las localizaciones de las primeras metástasis detectadas, tanto al diagnóstico del tumor como en el seguimiento tras el tratamiento inicial.

**Resultados:** Cien pacientes fueron diagnosticados de CCM. Se detectaron metástasis a distancia en 31 pacientes (7 al diagnóstico y 24 durante el seguimiento), con un total de 52 localizaciones: 17 metástasis ganglionares no regionales, 10 óseas, 7 hepáticas, 6 pulmonares, 4 cutáneas/subcutáneas no regionales, 3 pancreáticas, 2 adrenales, 2 faríngeas, 1 mamaria. Ningún paciente desarrolló metástasis en el sistema nervioso central. Las recidivas se produjeron en el 84% de pacientes antes de los 2 años de seguimiento. Aunque las diferencias no fueron significativas, los CCM localizados en las extremidades tendieron a metastatizar a ganglios extraregionales y los de cabeza y cuello a hueso, hígado y pulmón

**Conclusiones:** El CCM produce metástasis especialmente en ganglios linfáticos no regionales, hueso, hígado y pulmón. Dada su elevada frecuencia (1/3 de pacientes) consideramos aconsejable realizar pruebas de imagen pautadas los dos primeros años de seguimiento. Las pruebas específicas para el sistema nervioso central podrían reservarse para pacientes con síntomas neurológicos.

**PO-530** CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DERMATOSCÓPICAS EN 33 CASOS DE LÉNTIGO MALIGNO DIAGNOSTICADO ANTES DE LOS 50 AÑOS

Javier Martín Alcalde(1), Lucía Martínez Rozas(1), Alejandra Méndez Valdés(1), Diego de la Vega Ruiz(1), Fernando Pinedo Moraleda(2), Enrique Gómez de la Fuente(1), Reyes Gamó Villegas(1) y José Luis López Estebaranz(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España.

**Introducción:** El lentigo maligno (LM) es un subtipo de melanoma cuya incidencia está aumentando de forma progresiva estos últimos años. Suele manifestarse en individuos de edad avanzada, siendo poco común en pacientes menores de 50 años.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo, que incluye un total de 229 lesiones con diagnóstico histopatológico de LM/LMM, valoradas en nuestro centro desde enero de 2018 a diciembre de 2023. De ellas se seleccionaron 33 que fueron las diagnosticadas en menores de 50 años con el fin de describir sus características demográficas, clínicas y dermatoscópicas

**Resultados:** Un 59% fueron mujeres, y la edad media fue de 43 años. Clínicamente, las lesiones destacaban por ser lesiones aisladas en pieles sin foto daño o bien, de mayor tamaño respecto a los lentigos circundantes, siendo un 80% del total de lesiones, clínicamente muy llamativas. Se observó una baja tasa de antecedentes personales de cáncer cutáneo (20%) y un reducido número de criterios de malignidad en la dermatoscopia de dichas lesiones, destacando en frecuencia alguno de dichos signos dermatoscópicos.

**Discusión:** La detección del LM en pacientes jóvenes es un reto cada vez mayor ya que presentan menos datos clínicos y dermatoscópicos de malignidad. La literatura científica referente a estas lesiones en individuos jóvenes es escasa. Longo et al. examinaron 85 lesiones faciales compatibles con LM/LMM en pacientes de edad menor a 50 años, y observaron del mismo modo un menor número de criterios dermatoscópicos a menor edad del paciente. Es preciso un diagnóstico adecuado para establecer un tratamiento correcto y precoz.

**PO-531 DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON LEUCEMIA CUTIS**

Alicia Martínez Fernández(1), José María Camino Salvador(1), Isabel Zapata Martínez(1), Javier Torres Marcos(1), M<sup>a</sup> Antonia Pastor Nieto(1), Adriana Martín Fuentes(1), Violeta Herrera Montoro(1) y Esther de Eusebio Murillo(1) de (1)Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España.



Figura 1

La leucemia cutis consiste en la infiltración de leucocitos malignos o sus precursores en la epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo. Su aparición suele indicar estadios avanzados de la enfermedad, siendo habitual la afectación extramedular en otras localizaciones.

Mujer de 56 años acudió a Urgencias por cuadro de fiebre, tos y expectoración de 10 días de evolución, asociando desde el comienzo una lesión en región nasal que no curaba a pesar de tratamiento tópico con mupirocina, y desde hacía unos días, petequias en miembros inferiores. En analítica presentaba leucocitosis (187000), plaquetopenia (13000) y anemia normocítica normocrómica (Hb 7.3). Mediante frotis de sangre y aspirado de médula ósea se diagnosticó de leucemia mieloide aguda M1. Ingresó en Hematología, donde iniciaron tratamiento de soporte e hidroxiurea, y dos días después, consultaron a Dermatología para valoración de la lesión nasal. A la exploración física, en ala nasal derecha presentaba una lesión nodular sobre elevada de coloración eritematoviolácea de bordes bien delimitados, con infiltración hasta mucosa de vestíbulo nasal, así como otra pequeña lesión ulcerada anterior a dicha lesión, no infiltrada (Figura 1). Se realizó biopsia, observándose epidermis hiperplásica con exocitosis de elementos inflamatorios, espongirosis e intensos cambios epidérmicos reactivos, destacando en dermis un infiltrado parcheado de predominio perivascular, denso, constituido por células de tamaño mediano, con escaso citoplasma, morfología nuclear irregular y pequeños nucléolos, con positividad difusa para mieloperoxidasa. Hallazgos compatibles con leucemia cutis. Se inició tratamiento quimioterápico indicado por Hematología, con remisión completa cutánea a las tres semanas.

La leucemia cutis suele expresarse después del diagnóstico de la leucemia sistémica o al comienzo, siendo poco frecuente como primera manifestación. Puede expresarse como nódulos, pápulas o placas de coloración eritematosa, violácea o anaranjada, siendo más atípicas las vesículas, úlceras, edema, erosiones o descamación. Su aparición es característica en niños con leucemia congénita (25-30%), siendo menos frecuente en adultos (2-30%). Su tratamiento es el de la neoplasia de base, radicando por tanto la importancia del dermatólogo en su diagnóstico.

**PO-532 CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR QUÍSTICO: UN TUMOR INESPERADO**

Marcela Martínez Pérez(1), Belén Romero Jiménez(1), Catalina Axpe Gil(1), María Jesús Barros Eyzaguirre(1), Fernando Gruber Velasco(1), Kiril Magaletskyy Kharachko(1), Nicolás Silvestre Torner(1), María Dorado Fernández(1), Sergio Samer Tabbara Carrascosa(1), Jorge Román Sainz(1), Elena Vargas Laguna(1), Adrián Imberón Moya(1), Gonzalo García de Casasola Rodríguez(2) y Ignacio Pinilla Pagnon(2) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España.

Mujer de 46 años que presenta lesión cutánea de 16 años de evolución, crecimiento lento y aspecto quístico en región lumbar. A la exploración se aprecia placa tumoral de consistencia blando-elástica, distensible, de contenido aparentemente líquido. Dermatoscópicamente presenta vasos dilatados en su superficie. Se realiza ecografía cutánea de alta resolución que muestra lesión quística bien delimitada en dermis reticular, sin refuerzo posterior y sin flujo doppler. Se plantea el diagnóstico de tumor cutáneo anexial o quístico. La lesión se extirpa completamente con márgenes para su diagnóstico definitivo. El resultado anatomopatológico es de carcinoma basocelular nodular quístico. Se trata de una variante histológica infrecuente, de bajo grado y crecimiento muy lento, que puede alcanzar tamaños de más de 2 centímetros. Se caracteriza por contener grandes espacios quísticos, quizás formados por degeneración o necrosis en el interior de los nidos tumorales. El tratamiento quirúrgico suele ser definitivo.

**PO-533 OSTEONECROSIS DE LA CALOTA CRANEAL: UNA COMPLICACIÓN GRAVE E INUSUAL EN DERMATOLOGÍA**

Victoria Martínez Sernández(1), Beatriz González Sixto(1), Carlos Feal Cortizas(1), Hae Jin Suh Oh(1), Marcos Oro Ayude(1), Sandra Martínez Fernández(1), Raúl Gutiérrez Meré(1), Guillermo López González(1) y M. Teresa Abalde Pintos(1) de (1)Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España.

La perforación de la calota craneal es una complicación infrecuente en dermatología. Presentamos dos casos que desarrollaron esta complicación partiendo de distintos escenarios.

**Caso 1:** Varón de 81 años entre cuyos antecedentes destacan una foliculitis decalvante en cuero cabelludo de larga evolución, un carcinoma escamocelular (CEC) tratado con cirugía y radioterapia (RT), y un fibroxantoma atípico intervenido con cirugía de Mohs previamente. En 2022 se extirpó un nuevo CEC en vértex y se realizó una reconstrucción con injerto de piel total que se necrosó completamente. El estudio histológico informó de márgenes laterales afectos. En espera de la cirugía de ampliación, el paciente presentó fiebre y deterioro cognitivo agudo. En las pruebas de neuroimagen se objetivó un absceso en dicha región, osteólisis parietal y un empiema epidural. Requirió intervención de neurocirugía y reconstrucción por cirugía plástica, y en el estudio histológico no se evidenció infiltración por CEC.

**Caso 2:** Mujer de 85 años que acudió a consulta por una lesión tumoral en cuero cabelludo de 6 cm de diámetro y rápido crecimiento. Se realizó una extirpación incluyendo el periostio con colocación de una matriz dérmica bicapa, y reparación en un segundo tiempo con un injerto

de piel parcial. En la histología se objetivó un CEC moderadamente diferenciado infiltrante de 3 cm de espesor, con margen profundo afecto. En el postoperatorio tardío se observó progresión clínica del tumor y, desestimada la ampliación de márgenes quirúrgicos, se realizó RT (dosis total de 60 Gy), con posterior involución de la lesión y radionecrosis en vértex con exposición de las meninges. Dada la situación basal de la paciente, se optó por manejo paliativo.

La osteonecrosis de la calota como complicación médica está poco documentada en la literatura y se asocia principalmente a invasión tumoral local o a radionecrosis. Los casos presentados reúnen varios factores que pudieron contribuir a este desenlace. En el primer caso, la alteración de la integridad de la piel por su proceso inflamatorio de base, la radiodermatitis crónica y las cirugías previas y, en el segundo, el CEC de rápido crecimiento con afectación del margen profundo, la RT reciente y la edad avanzada. Es necesario considerar la posibilidad de complicaciones potencialmente mortales durante el seguimiento de pacientes con estas características.

PO-534

**IPIILIMUMAB EN COMBINACIÓN CON NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL REFRACTARIO A AVELUMAB**

Rafael Mendoza Albarran(1), Isabel Villegas Romero(1), Antonio José Durán Romero(1), Myriam Viedma Martínez(1), Alicia Jiménez Antón(1), Ricardo Román Cheuque(1), José Francisco Millán Cayetano(1), David Jiménez Gallo(1) y Mario Linares Barrios(1) de (1)UGC Dermatología M-Q y V. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España.

La monoterapia anti PDL-1 es el tratamiento estándar del carcinoma de células de Merkel (CCM) irreseccable o metastásico, sin embargo, los casos refractarios continúan siendo un desafío clínico. Presentamos el caso de un paciente con CCM refractario a avelumab tratado con ipilimumab y nivolumab.

Un varón de 72 años con CCM reseca, PD-L1 y poliovirus negativo, acudió con síndrome constitucional tras 4 años de seguimiento libre de enfermedad. Un PET-TC mostró metástasis ganglionares supra e infra diafragmáticas y una analítica elevación de enolasa neuronal específica. Se inició avelumab 10mg/kg alcanzando respuesta parcial (RECIST 1.1) tras 6 meses de tratamiento. También recibió radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) del conglomerado abdominal sin mejorar la respuesta. Un octreoscan reveló receptores de somatostatina en el tumor y se añadió octreotida 30mg/2 semanas off label, obteniéndose mayor respuesta parcial de todas las lesiones que finalmente no se mantuvo. Tras la progresión ganglionar, se pautaron 4 ciclos de ipilimumab 1mg/kg y nivolumab 3mg/kg off label, desarrollando una respuesta rápida con disminución del número, tamaño y captación de todas las adenopatías. Sin embargo, el paciente progresó con metástasis cerebrales y leptomenigeas decidiéndose nivolumab intratecal 40mg/ 2 semanas off label, a pesar de lo cual experimentó un deterioro del estado general y falleció al mes.

El CCM es uno de los cánceres humanos más inmunogénicos, lo que explica la gran actividad de los anti PD1/PD-L1, alcanzando tasas de respuesta objetivas del 32-62%<sup>1,2</sup>. La refractariedad al tratamiento de primera línea (avelumab) continúa siendo un reto, aunque ya existen estudios que avalan la eficacia de la doble inmunoterapia (anti CTLA-4+anti PD-1) en estos casos, en combinación o no con terapias inmunogénicas como la SBRT<sup>3,4</sup>. Otra posibilidad terapéutica son los inhibidores de receptores de somatostatina como el octreotide utilizado en otros tumores neuroendocrinos. Con nuestro caso, destacamos la rápida respuesta de ipilimumab y nivolumab permitiendo romper el bloqueo inmunológico y obteniéndose una reducción de todas las metástasis ganglionares. Aunque el desenlace no fuera el esperado por la progresión intracraneal creemos importante su conocimiento para el dermatólogo como posible línea de tratamiento ante progresión a la monoterapia anti-PD-L1.

PO-535

**UNA URTICARIA UN TANTO PECULIAR**

Mikel Meruelo Ruano(1), Barbara Lada Colunga(2), Nekane Martínez Peña(2), Leopoldo Fernández Domper(1), José Manuel Oleaga Morante(2) y Rosa María Izu Belloso(2) de (1)Hospital de Mendara, Mendara (Guipúzcoa) - España y (2)Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) - España.

**Introducción:** A pesar de que las metástasis cutáneas de neoplasia de órgano sólido sean un hecho infrecuente, su reconocimiento es primordial, dado que pueden ser el primer signo de enfermedad metastásica extraganglionar y, como consecuencia, adquirir implicaciones pronósticas trascendentales. Las formas de presentación son diversas, si bien las más frecuentes son en forma de nódulos eritematosos firmes e indolores.

**Material y Métodos:** Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura

**Resultados:** Se presenta el caso de un varón de 75 años destacando como antecedentes personales un carcinoma pulmonar poco diferenciado no microcítico T4N3M0 estadio IIIB y una urticaria crónica en seguimiento y bien controlada con antihistamínicos. Se consultó al servicio de dermatología por presentar durante un ingreso hospitalario lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas de mes y medio de evolución. Las lesiones tenían un aspecto urticariforme y se localizaban en espalda, flanco y abdomen, con extensión progresiva de las mismas y sin clara evanescencia. El paciente tenía un buen estado general, sin fiebre ni afectación sistémica. Se realizó una biopsia que objetivó positividad para CK7 y TTF1 y negatividad para GATA3 y CK20 compatible con una infiltración neoplásica por adenocarcinoma de origen pulmonar.

**Discusión y Conclusiones:** Las metástasis cutáneas son manifestaciones infrecuentes de neoplasias internas, si bien su diagnóstico es de suma importancia para el pronóstico del paciente. Los tumores que más metastatizan a piel son el de mama en mujeres y el de pulmón en varones (siendo el adenocarcinoma el de mayor tropismo cutáneo). La localización del tumor primario también es relevante, viéndose una mayor proporción de metástasis cutáneas en aquellos que asientan en lóbulo superior, como era el caso de nuestro paciente. La biopsia es esencial, tanto para confirmar el diagnóstico como para dirigir la búsqueda del tumor subyacente en el caso de no estar filiado.

Presentamos un caso de metástasis cutánea de cáncer de pulmón con presentación atípica. Aunque inicialmente las lesiones cutáneas podrían haberse atribuido a su patología dermatológica de base, se recalca la importancia de una alta sospecha diagnóstica para poder realizar una biopsia que confirme el diagnóstico, con la importancia pronóstica que ello conlleva para el paciente.

**PO-536** CARCINOMA EPIDERMOIDE TRAS TRATAMIENTO DE CAMPO DE CANCERIZACIÓN CON 5-FLUORACILO TÓPICO

Marta Molins Ruiz(1) y Francisco Javier Azúa Romeo(2) de (1)Departamento de Dermatología. Clínica Quirón, Zaragoza - España y (2)Departamento de Histología, Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, Zaragoza - España.

**Introducción:** La queratosis actínica (QA) se considera una lesión premaligna de gran prevalencia con un riesgo de progresión a carcinoma escamoso variable. Es relativamente frecuente que los pacientes presenten un campo de cancerización, requiriendo tratamientos de área como el 5-fluorouracilo (5-FU), el imiquimod, la terapia fotodinámica (TFD) o tirbanibulina. Se ha documentado un aumento de riesgo de aparición de carcinomas epidermoides en pacientes con QA grado 3 de Olsen que han sido tratadas con varios tratamientos. Uno de los aspectos que preocupa especialmente es el aumento de riesgo de progresión pueda estar inducido por los tratamientos.

**Caso:** Varón de 77 años de edad en seguimiento en la consulta de dermatología por queratosis actínicas en cuero cabelludo y frente desde hacía dos años. Se habían estado tratando con crioterapia con buena evolución. Ante aumento de QA de grado 1-2 en cuero cabelludo, con un AKASI de 4, se decide tratamiento del campo de cancerización con 5-FU en emulsión o/w 1 vez al día durante 4 semanas. En la revisión posterior al mes de finalizar el tratamiento, el paciente presenta una buena respuesta clínica consiguiéndose un aclaramiento de más del 90% de las lesiones con buena tolerancia. Sin embargo, acude un mes después por la aparición de un tumor cutáneo queratósico en vértex de rápido crecimiento de 1,5 cm de diámetro. Se decide extirpación quirúrgica con resultado de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

**Discusión:** El 5FU se considera un tratamiento de elección para el tratamiento de QA por su bajo coste, buena respuesta clínica y alto grado de adherencia por parte del paciente. Se ha documentado un efecto protector durante el primer año del tratamiento. En este caso, la aparición de un carcinoma epidermoide puede entenderse como un fallo de tratamiento por resistencia a 5FU de un carcinoma epidermoide microinvasor no detectado previamente. No obstante, dada la ausencia de QA grado 3 previas al tratamiento y la buena respuesta clínica obtenida en un primer momento hace que no podamos descartar que el 5FU esté involucrado en la progresión tumoral. No hemos encontrado ningún caso reportado previo por lo que consideramos importante su reporte para remarcar la importancia del seguimiento posterior de estos pacientes.

**PO-537** CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 60 CASOS

Itziar Muelas Rives(1), Adrián Diago Irache(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Leticia Ollero Domenche(2), Ana Ros Anadón(3), Cristina Fernández Taules(2), Ana María Morales Callaghan(1), María Carmen Gómez Mateo(2) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) de (1)Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España y (3)Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Zaragoza - España.

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino cutáneo poco frecuente y altamente agresivo, con una incidencia global creciente en los últimos años.

El objetivo de este trabajo es describir las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de CCM en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza entre los años 2000 y 2022, así como analizar los principales factores de riesgo, tanto clínicos como histológicos, que influyen en el pronóstico y mortalidad.

**Material y Métodos:** Estudio analítico observacional, retrospectivo, en el que se ha evaluado el manejo terapéutico y los resultados clínicos e histológicos de los pacientes con CCM confirmado histológicamente.

**Resultados:** En el Hospital Universitario Miguel Servet, entre los años 2000 y 2022, se diagnosticaron 60 pacientes de CCM, detectándose un incremento de la incidencia muy importante en los últimos dos años. El tumor se presentó predominantemente en varones (63.3%) y ancianos (media de edad: 81,3 años). El 20% de los pacientes presentaban inmunosupresión en el momento del diagnóstico. El 63.3% de los tumores se diagnosticaron en cabeza y cuello, seguido de la extremidad inferior (18%). El 46.1% de los pacientes presentaron un estadio localizado al diagnóstico (estadios I y II), mientras que el 25.6% debutaron con metástasis a distancia (estadio IV). 47 pacientes fueron subsidiarios de cirugía local del tumor cutáneo primario (82.5%). Tras la cirugía, 26 pacientes recibieron radioterapia adyuvante, 7 quimioterapia adyuvante y 6 inmunoterapia con Avelumab. El 73,9% evolucionaron a enfermedad avanzada y el 61,5% fallecieron específicamente por CCM.

**Conclusiones:** El diagnóstico de carcinoma de Merkel ha aumentado llamativamente en nuestra población en los últimos años. Los varones de más de 80 años, no inmunosuprimidos, predominan en nuestra muestra. Aunque casi en la mitad el diagnóstico se hizo en un estadio localizado, más de la mitad fallecieron por el tumor pese al tratamiento. Analizamos el manejo terapéutico llevado a cabo y los factores clínicos e histológicos que intervienen en el pronóstico.

**PO-538** SÍNDROME DE BLUEBERRY MUFFIN EN EL ADULTO, FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

David Muñoz Castro(1), Cristina Albanell Fernández(1), Andrea Bernabeu Aicart(1), Enrico Giorgio Morales Tedone(1), Anaid Calle Andrino(1) y Ángeles Revert Fernández(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España.

**Introducción:** El síndrome de blueberry muffin es también conocido en inglés como Blueberry Muffin baby dado que afecta predominantemente a recién nacidos. Esta presentación en forma de pápulas y nódulos cutáneos azulado-purpúricos en los adultos nos debería orientar hacia el despistaje de discrasias sanguíneas.

**Caso clínico:** Varón de 70 años de edad, diagnosticado de leucemia mieloide aguda (LMA). Previo al inicio del tratamiento quimioterápico, consultó por la aparición de unas lesiones cutáneas asintomáticas de una semana de evolución. A la exploración se objetivaron máculas y pápulas, algunas de aspecto pseudovesiculosas, de coloración azul-violácea, distribuidas por toda la superficie cutánea, incluyendo palmas, plantas y mucosa oral, que conferían al paciente apariencia en blueberry muffin. La biopsia mostró hallazgos compatibles con infiltración cutánea por LMA. Tras el inicio del tratamiento quimioterápico, las lesiones se atenuaron. El paciente falleció días después por complicaciones sistémicas asociadas a su proceso hematológico.

**Discusión:** Las leucemias pueden producir lesiones cutáneas reactivas inespecíficas o infiltrados cutáneos específicos. La leucemia cutis difiere en incidencia y apariencia según el tipo de leucemia sistémica. En la LMA, la infiltración cutánea es infrecuente y suele presentarse como lesiones papulonodulares inespecíficas. El síndrome de blueberry muffin se ha descrito en neonatos en relación con patologías muy diversas: infecciones congénitas, procesos neoplásicos tanto benignos como malignos y en patologías anemizantes que induzcan hematopoyesis extramedular. En el adulto, se trata de una presentación rara, con un único caso descrito en la literatura, en relación a metástasis cutáneas de una leucemia mieloide crónica.

**Conclusión:** Al igual que en la población pediátrica, la presencia de lesiones compatibles con el síndrome blueberry muffin en el adulto podría ser indicativa de la existencia de un proceso sistémico grave. Es necesario un correcto estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico para realizar el diagnóstico diferencial de estas lesiones.

PO-539

CARCINOMA BASOCELULAR, SIRINGOMA E HIPERPLASIA SEBÁCEA SOBRE NEVO SEBÁCEO DE JADASSOHN SIMULANDO CLÍNICAMENTE UN MELANOMA NODULAR

Álvaro Núñez Domínguez(1), Sebastián Reyes García(1), Jimena Carrero Martín(1), Marta López Pando(1), Blanca Vivanco Allende(2), Celia Gómez de Castro(1), Cristina Galache Osuna(1) y Jorge Santos-Juanes Jiménez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España.

**Introducción:** El nevo sebáceo es un hamartoma congénito benigno que suele aparecer en el cuero cabelludo y en el rostro. Se asocia frecuentemente con otras lesiones, tanto benignas como malignas.

**Caso Clínico:** Mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una verruga en sien izquierda que refiere tener desde el nacimiento, sobre la cual, desde hace 1 año ha crecido progresivamente un nódulo azul.

A la exploración observamos una placa de 3,5x1,5cm, de superficie verrucosa y color amarillento, queratósica, sobre la cual asienta un nódulo azulado de 1x1cm con telangiectasias y nidos ovoides a la dermatoscopia.

Se realiza exéresis de la pieza completa y se manda a Anatomía Patológica. El resultado es de nevo sebáceo de Jadassohn asociado a: carcinoma basocelular, siringoma e hiperplasia sebácea.

**Discusión:** La importancia del nevo sebáceo de Jadassohn, a pesar de su baja incidencia, estriba en su asociación con tumores y otras lesiones.

Serrano et al(1), en una serie de 366 pacientes encontraron que las cuatro entidades histológicas más frecuentemente relacionadas fueron la verruga vírica (4,09%), siringocistadenoma papilífero (3,27%), tricoblastoma (2,18%) y carcinoma basocelular (1,91%). En el 3,27% de los casos se observaron lesiones múltiples sobre un mismo nevo (hasta 3). Munir et al (2), estudiaron 707 casos y encontraron 159 proliferaciones secundarias (22,5%). Solo 18 (2,5%) constituían neoplasias malignas. La neoplasia más común fue el tricoblastoma (7,4%), seguido del siringocistadenoma papilífero (5,2%), La neoplasia maligna más frecuente fue el carcinoma basocelular, con 8 casos (5,3% de las neoplasias), seguido del carcinoma escamoso, con 4 casos (2,7% de las neoplasias).

Los estudios sugieren que el desarrollo de neoplasias malignas en niños con nevos sebáceos es extremadamente raro, razón por la cual no se recomienda la cirugía profiláctica durante la infancia. El tratamiento, seguimiento y pronóstico de los tumores asociados no varía respecto al proceder habitual del tumor que asienta sobre piel sana. En nuestro caso la coexistencia de varios tumores otorgaba a la lesión un aspecto clínico similar a la de un melanoma nodular.

PO-540

TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Inés Oteiza Rius(1), Ana Morelló Vicente(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilondo(1) y Rafael Salido Vallejo(1) de (1) Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra) - España.

**Antecedentes:** Los pacientes trasplantados de órgano sólido (PTOS) presentan una mayor predisposición a desarrollar carcinomas epidermoides (CEs). Por este motivo, el tratamiento de queratosis actínicas (QAs) en este subgrupo poblacional resulta esencial para disminuir el riesgo de desarrollo de este tipo de tumores y mejorar así el pronóstico de estos pacientes. La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento ampliamente utilizado para QAs, sin embargo, existe escasa evidencia en cuanto a su efectividad en comparación con otras modalidades terapéuticas en PTOS.

**Objetivos:** El objetivo es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia de las distintas modalidades de TFD en el tratamiento de QAs en PTOS.

**Material y Métodos:** Las bases de datos empleadas para realizar la búsqueda bibliográfica fueron PubMed, Cochrane Library y Science Direct. Se seleccionaron ensayos aleatorizados que estudiaran la efectividad de TDF para QAs en PTOS. De los 72 artículos identificados, 6 artículos cumplieron con los criterios de inclusión, en los cuales se incluyen un total de 111 pacientes. El resultado principal fue la tasa de respuesta completa (RC).

**Resultados:** La TDF mostró superioridad en las tasas de RC frente a 5-Fluoracilo (89% vs 11%, p<0.02), imiquimod (78% vs. 61%, p<0.001) y láser fraccional ablativo (LFA) (50% vs 5%, p<0.05). Sin embargo, existen estudios en los que se observa una mayor tasa de RC en terapias combinadas de LFA y TFD, en comparación con TFD en monoterapia (77% vs 63%, p=0,025).

**Conclusiones:** Los estudios incluidos muestran resultados alentadores sobre la eficacia de la TFD en comparación con otras opciones terapéuticas. Sin embargo, son necesarias futuras investigaciones para establecer la frecuencia del tratamiento y validar la eficacia en otros grupos poblacionales de PTOS.

PO-541

## ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA CON AFECTACIÓN VULVAR. PATOGENIA Y TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel Polimón Olabarrieta(1), Berta Pérez Tato(1), Silvia Marinero Escobedo(1), Belén Lozano Masdemont(1), Evelina de la Cruz Gómez(1), Raquel Paz Pérez(1), Monserrat Franco Muñoz(1), Ana María Rodríguez Martín(1) y Telma Meizoso Latova(2) de (1)Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid) - España.



**Antecedentes:** La Enfermedad de Paget extramamaria es una entidad compleja para la que no existen guías de diagnóstico y tratamiento. Recientemente se ha avanzado en el conocimiento de su patogénesis, lo que podría ayudar a encontrar nuevas dianas de tratamiento. Presentamos un caso de difícil manejo con especial atención a los marcadores inmunohistoquímicos y las posibles alternativas de tratamiento.

**Métodos:** Mujer de 80 años con antecedentes de Incontinencia Urinaria en tratamiento, diagnosticada en 2015 de Enfermedad de Paget extramamaria de localización vulvar. Fue intervenida en septiembre y noviembre de ese año sin conseguir bordes libres. En mayo de 2022 presenta recidiva confirmada con biopsia e inicia tratamiento tópico con Imiquimod en varias pautas, con respuesta parcial y posterior empeoramiento, por lo que en enero de 2024 se inicia tratamiento tópico con 5-fluoracilo al 5% y calcipotriol, al 50%, 2 veces al día en ciclos de 4 días.

Se realiza estudio inmunohistoquímico para receptores de andrógenos, HER2, RAS, B-RAF y pi3K, así como determinación de los niveles de Antígeno Carcinoembrionario en sangre.

**Resultados:** Existe heterogeneidad en la presentación, localización y profundidad de la Enfermedad de Paget extramamaria. Su carácter multifocal y afectación histológica más allá de los límites clínicamente visibles, hace difícil su tratamiento. Se plantean la extirpación quirúrgica con márgenes amplios, mapeo mediante biopsias y cirugía de Mohs como primer escalón de tratamiento. En aquellos irsecables o con afectación de márgenes y sin invasión fuera de la epidermis, se realiza tratamiento con imiquimod tópico, terapia fotodinámica, ablación con láser o radioterapia. En aquellos con afectación ganglionar o metastásica se proponen varios regímenes de quimioterapia.

En nuestra paciente no fue posible la extirpación completa, y, tras la escasa respuesta a imiquimod, revisando la literatura, se decidió tratar con una mezcla de 5-fluoracilo y calcipotriol tópicos. Asimismo, se realizó estudio inmunohistoquímico de biomarcadores para intentar buscar nuevas dianas de tratamiento.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de Enfermedad de Paget extramamaria con afectación vulvar, con pobre respuesta a los tratamientos realizados, en la que realizamos estudio de biomarcadores e iniciamos tratamiento tópico con 5-fluoracilo y calcipotriol tópico.

PO-542

## CARCINOMAS SEBÁCEOS. PERFIL DEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y DESENLACES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Sebastián Reyes García(1), Jimena Carrero Martín(1), Álvaro Núñez Domínguez(1), Marta López Pando(1), Blanca Vivanco Allende(2), Adela Alonso Fernández Velasco(2), Cristina Galache Osuna(1) y Jorge Santos-Juanes Jiménez(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España.

**Antecedentes y objetivos:** El carcinoma sebáceo (CS) es un tumor raro y agresivo. Es más frecuente entre los 60 y los 79 años. Más del 70% se localizan en el área de cabeza y cuello, especialmente en los párpados, donde representan del 26 al 38% de todos los CS. La localización ocular es más frecuente en mujeres y conlleva una mayor agresividad. Nuestro objetivo es describir las características demográficas y clínicas, así como la supervivencia de 23 pacientes con diagnóstico de CS.

**Métodos:** Seleccionamos todos los pacientes atendidos en un hospital terciario del 2011 al 2024 con diagnóstico histológico de CS. En total, 23 casos. Recogimos sus características demográficas, clínicas, evolución y tratamientos, y después estudiamos la supervivencia de estos pacientes, de forma global y según la ubicación del tumor (ocular vs extraocular).

**Resultados:** La edad media fue 76,2 años. Para los extraoculares, fue de 78,7 años y 64,3 años para los oculares, con una diferencia de 14,8 años que fue significativa ( $p=0,035$  y un IC 95% de 1,130 a 27,844). El 87% de los casos fueron hombres. El 73,9% de los CS se ubicaron en cabeza y cuello, y 4 casos fueron oculares (17,4%), todos ellos hombres.

Todos recibieron tratamiento quirúrgico con exéresis, con solo una recidiva local que se trató con cirugía. En dos casos se realizó vaciamiento ganglionar profiláctico, que resultó negativo en ambos casos. Un paciente recibió RT complementaria y ninguno quimioterapia. Solo un paciente murió como consecuencia de un CS extraocular con enfermedad metastásica masiva.

Cuatro pacientes (17,4%) tenían algún estado de inmunosupresión previo.

43% tenían antecedentes de al menos otro tumor cutáneo. De estos, el más frecuente fue el carcinoma de células escamosas, seguido del carcinoma basocelular. 43% tenían historia de una neoplasia maligna no cutánea. La supervivencia global a 5 años de los CS extraoculares fue del 18%. Mientras que la de los CS oculares fue del 100%.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de 23 casos de CS en la que observamos una clara predilección masculina y una relativa poca frecuencia de afectación ocular. Los casos de CS oculares no tuvieron un comportamiento agresivo respecto a los extraoculares. Además, observamos una mayor proporción de pacientes inmunodeprimidos y una frecuente asociación con otras neoplasias cutáneas y extracutáneas.

**PO-543 DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: UN SIMULADOR DE OTRAS NEOPLASIAS**

Gabriel Rodríguez Vega(1), Carlos Fabián Figueroa Martín(1), Luis Felipe Godoy Villalón(1), Andrea San José Rodríguez(1), Yeray Peñate Santana(1), Priti Melwani Melwani(1), Pablo Miguel Bueno Ortiz(1), Zaida Hernández Hernández(1) y Javier Hernández Santana(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España.

**Introducción:** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor localmente agresivo y bajo potencial metastásico. La forma más frecuente de presentación es una placa indurada sobre la que aparecen nódulos, sin embargo, existen otras variantes atípicas.

**Caso clínico 1:** Varón de 74 años con antecedente de diabetes mellitus, consultó por una lesión en la espalda, asintomática, de 2 años de evolución y crecimiento progresivo. En la exploración física presentaba un nódulo de 2 cm, bien delimitado y sin signos inflamatorios. Se estableció el juicio clínico de quiste epidérmico.

El estudio histológico reveló una proliferación de células fusiformes con patrón estoriforme, que infiltraba la grasa a modo de panal de abejas. La inmunotinción fue positiva para CD34 y negativa para FXIIIa y S100. Se diagnosticó de DFSP y se realizó una cirugía de ampliación de márgenes, sin datos de recurrencia hasta la actualidad.

**Caso clínico 2:** Varón de 60 años con antecedentes de celiaquía consultó por una lesión en región clavicular derecha de un año de evolución, con parestesias al roce. En la exploración física presentaba una placa blanda de 15x10 mm, marronácea y brillante, con un borde sobreelevado. Se estableció el diagnóstico diferencial entre una queratosis liquenoide, un lentigo solar o un DFSP atrófico.

El estudio histológico puso de manifiesto unas características similares al caso previo. Se realizó una ampliación extensa de márgenes y no ha presentado datos de recidiva.

**Discusión:** La presentación clásica del DFSP consiste en una placa indurada de color rosado-violáceo, no adherida, sobre la que se desarrollan múltiples nódulos. Sin embargo, existen formas de presentación atípica. La variante subcutánea, similar a nuestro primer paciente, consta de 49 casos publicados, se presenta como un nódulo subcutáneo sin cambios epidérmicos. Clínicamente puede sugerir un lipoma o un quiste epidérmico. Por otro lado, la variante atrófica, con 91 casos descritos, se presenta como una placa atrófica o esclerótica, como en nuestro segundo caso, puede simular una morfea, un carcinoma basocelular, una cicatriz atrófica, una anetodermia o un dermatofibroma atrófico.

**Conclusiones:** Presentamos dos casos de DFSP atípicos. Debemos considerar las variantes subcutánea y atrófica de este tumor en el diagnóstico diferencial de nódulos subcutáneos y lesiones atróficas, respectivamente.

**PO-544 FIBROXANTOMA ATÍPICO EN ANTEHÉLIX EN VARÓN DE 58 AÑOS**

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez(1), María Navedo de las Heras(2), Pedro Sánchez Sambucety(2), Víctor Onecha Vallejo(2), María Criado Otero(2), Patricia Bodas Gallego(2) y María Asunción González Morán(3) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital HM Regla, León (Castilla y León, España) (León) - España, (2)Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León (Castilla y León, España) (León) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León, León (Castilla y León, España) (León) - España.

**Antecedentes:** El fibroxantoma atípico es un tumor cutáneo poco frecuente que aparece en áreas fotoexpuestas en personas de edad avanzada. Siguiendo criterios diagnósticos estrictos en un tumor con baja incidencia de recidiva y metástasis. El tratamiento es la extirpación completa de la lesión.

**Caso clínico:** Varón de 58 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión y depresión que consultó por lesión en antehélix izquierdo de 3 meses de evolución. Refería que inicialmente manipuló una lesión purulenta y posteriormente apareció una lesión friable. A la exploración presentaba una pápula erosionada de 7 mms de diámetro, con rodete epidérmico alrededor. Con el diagnóstico clínico de granuloma piogénico vs carcinoma escamoso se realizó rebanado más electrocoagulación de la base. El diagnóstico anatómo-patológico fue de fibroxantoma atípico y se completó el tratamiento con cirugía de Mohs sin apreciar persistencia histológica.

**Discusión: y Conclusiones:** El fibroxantoma atípico generalmente se presenta como un nódulo exofítico de rápido crecimiento, que puede presentar cambios secundarios como costra y ulceración. En el estudio histológico es un nódulo compuesto por células fusiformes atípicas y células atípicas grandes con citoplasma vacuolado. El diagnóstico se realiza por exclusión, siendo negativo para citoqueratinas, marcadores melanocíticos y endoteliales.

Presentamos este caso por la baja incidencia de fibroxantoma atípico en menores de 70 años. Además pone de manifiesto la baja sospecha clínica que suele presentar esta entidad a la hora del diagnóstico.

**PO-545 VARIANTE INFRECUENTE DE CARCINOMA EPIDERMOIDE IN SITU: ENFERMEDAD DE BOWEN LOBULADA**

Carmen Sáez Fuster(1), Ana María Carballido Vázquez(1), Ana María Antón Márquez(1), Teresa Lucía Vega López(1), Irene González Jiménez(1), María José García Gamero(1), Alicia Marcos Monera(1), Sara Anabel Díaz Villarreal(2), Pilar Manchado López(1) y Antonio González López(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España.

**Introducción:** La enfermedad de Bowen suele presentarse como una placa eritematosa irregular, hiperqueratósica y asintomática, que puede aparecer en cualquier localización de la superficie cutánea. En este caso, se describe una variante clínico-patológica infrecuente: la enfermedad de Bowen lobulada.

**Caso Clínico:** Mujer de 65 años que acude a consulta de Dermatología por pápula de aproximadamente 7mm de diámetro eritematosa, de aspecto erosivo en la región posterior del brazo derecho, que la paciente atribuye a una lesión por roce. Se decide extirpar la lesión. En el resultado del estudio anatomopatológico, se informa que la muestra es compatible con la variante lobulada de la enfermedad de Bowen.

**Discusión:** El aspecto clínico de la enfermedad de Bowen lobulada se describe como una pápula bien circunscrita endofítica o exofítica (como en este caso), normalmente no hiperqueratósica.

En cuanto a la anatomía patológica, la enfermedad de Bowen es un tipo de neoplasia queratinocítica de tipo espinocelular, que afecta a todo el espesor de la epidermis invadiendo las unidades pilosebáceas, es un tipo de carcinoma in situ, aunque del 3-8% puede evolucionar a carcinoma invasivo. Además, la variante lobulada, presenta queratinocitos con halos perinucleares sugerentes de cambios coilocíticos, comúnmente asociados a infección por virus de papiloma humano (VPH).

La detección del VPH se puede realizar mediante hibridación in situ (ISH) o mediante técnicas basadas en la reacción en cadena de polimerasa (PCR) con mayor sensibilidad y especificidad, entre otras técnicas. La enfermedad de Bowen clásica se ha asociado en algunos estudios a VPH 16, 18 y 31, sin embargo, en la variante lobulada, a pesar de la apariencia histológica de estas lesiones, no se ha demostrado la presencia de ADN de VPH en las células estudiadas por técnica ISH y solo en un 15% se ha detectado por técnica PCR.

**Conclusiones:** A pesar de los cambios histológicos sugerentes de la presencia de VPH en la enfermedad de Bowen lobulada, no se ha demostrado su papel en la patogénesis de la misma. Algunos autores sugieren que no se puede excluir la presencia del virus hasta que se empleen técnicas de detección más sensibles.

**PO-546 CARCINOMA ESPINOCELULAR PAPILAR: NO TODO ES LO QUE PARECE**

Guillermo Julián Sánchez Rodríguez(1), María Villar Buil(1), Carolina Fernández Quiroga(1) y Loida Galvany Rossell(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona) - España.

Varón de 91 años con antecedentes de cardiopatía isquémica y dislipemia, antiagregado con ácido acetil salicílico en dicho contexto, que consulta por una lesión en región malar izquierda de escasos meses de evolución. En la exploración física se objetiva una placa eritematosa inducida con costra central ligeramente amarillenta de unos 10x15mm aproximadamente, sin palpase adenopatías patológicas locorreregionales.

Con orientación diagnóstica de carcinoma escamoso probablemente invasor se decide exéresis de la lesión con márgenes de seguridad de 5mm. Se elige una reconstrucción mediante colgajo en A-T –dada la laxitud cutánea de la zona peritumoral, la avanzada edad y la toma de antiagregantes– que se realiza sin incidencias. En el estudio anatomopatológico se diagnosticó un carcinoma escamoso papilar in situ.

El paciente presentó una evolución favorable, retirándose puntos a los 7 días de la intervención sin necrosis del colgajo, hematomas ni sobreinfección. El paciente permanece libre de enfermedad tras 3 meses de seguimiento.

El carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia maligna cutánea más frecuente y se categoriza en diferentes subtipos histológicos, siendo excepcional la variante papilar, que ha sido escasamente reportada en la literatura. Los hallazgos anatomopatológicos suelen incluir un crecimiento exofítico y un epitelio displásico con acantosis papilomatosa, con ejes fibrovasculares en las papilas.

El colgajo A-T es una plastia ampliamente empleada en la reconstrucción de defectos cutáneos en la región facial. La evolución y los resultados estéticos dependen especialmente del diseño del colgajo, de la irregularidad de la zona receptora y de la retracción de la cicatriz, entre otros.

Describimos el caso de un paciente con un carcinoma escamoso papilar in situ, libre de enfermedad hasta la fecha actual, tratado mediante exéresis quirúrgica y reconstrucción mediante colgajo A-T.

**PO-547 SARCOMA DE KAPOSI IATROGÉNICO TRATADO CON ACITRETINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Abraham Santa Cruz Martín(1), Gema Vázquez Contreras(1), Marta Folcrá González(1), Carolina Garrido Gutiérrez(1), Tatiana Cobo Ibáñez(2) y Iolanda Prats Caelles(1) de (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) - España.



Resultados tras tratamiento

**Introducción:** La acitretina es un retinoide sistémico ampliamente utilizado en Dermatología que puede ser una opción terapéutica en el sarcoma de Kaposi, especialmente en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide con tratamiento inmunosupresor.

**Caso Clínico:** Mujer de 66 años con artritis reumatoide seronegativa bajo tratamiento con tofacitinib, metotrexato y ácido fólico, que presenta lesiones violáceas en piernas que se confirman a través de biopsia como sarcoma de Kaposi con VHH-8 positivo.

El tratamiento con acitretina oral a 25 mg diarios y suspensión del metotrexato supuso una mejoría significativa en las lesiones cutáneas, sin suponer un empeoramiento de la clínica articular.

**Discusión:** Los hallazgos sugieren la eficacia potencial de la acitretina en el sarcoma de Kaposi, destacando la seguridad de los retinoides en esta neoplasia vascular y su capacidad para modular la respuesta inmunológica si se presenta en un paciente con artritis reumatoide. Su eficacia se basa en el impacto farmacológico de los retinoides en la inhibición de la proliferación celular y su posible interferencia con la replicación del VHH-8.

Esta experiencia clínica subraya la importancia de considerar la acitretina como parte del arsenal terapéutico en el manejo del sarcoma de Kaposi, aunque se necesitan más estudios para confirmar su eficacia y seguridad en esta indicación.

**PO-548** TRATAMIENTO PALIATIVO SECUENCIAL CON LÁSER CO2 Y 5-FLUOROURACILO INTRALESIONAL EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

Ana Taibo Martínez(1), Jesús del Pozo Losada(1), Ignacio Martín Loureiro(1), Sabela Paradela de la Morena(1) y Eduardo Fonseca Capdevila(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña) - España.

**Antecedentes:** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor más frecuente, después del carcinoma basocelular. Más del 90 % de los CEC se curan con una exéresis completa, sin embargo, el CEC localmente avanzado puede suponer un reto terapéutico. En pacientes con tumores no resecables, ya sea por las comorbilidades del paciente o por un tumor localmente avanzado, se han descrito varias modalidades terapéuticas: criocirugía, radioterapia, quimioterapia tópica con imiquimod o 5-fluorouracilo (5-FU), terapia fotodinámica y laserterapia

**Métodos:** La técnica consiste en la ablación de la lesión tumoral mediante vaporización con láser CO2 en modo quirúrgico (pulsado, desfocalizado, 5 W/cm2) y posterior infiltración dérmica de la base tumoral con 5-FU. Todo ello bajo anestesia local. Posteriormente, se realizan curas diarias hasta conseguir la reepitelización.

**Resultados:** Presentamos cuatro pacientes pluripatológicos y con CEC no resecables tratados con láser CO2 y 5-FU intralesional. Todos los pacientes presentaron buena respuesta, tres de ellos con resolución completa de la lesión y el cuarto con importante reducción del tamaño y molestias asociadas. La tabla 1 recoge los datos epidemiológicos de los pacientes, sesiones y respuesta al tratamiento.

**Conclusiones:** El 5-fu es un inhibidor competitivo de la timidilato sintasa. Su uso intralesional en el CEC ha sido reportado en varios estudios retrospectivos con una buena eficacia (82% - 92%). Por otro lado, el láser CO2 ha sido empleado para vehiculización de fármacos como el 5-FU en pacientes con daño actínico severo o trasplantados con CEC múltiples. El tratamiento secuencial de láser CO2 y posterior infiltración con 5-FU no ha sido reportado en la literatura. Las ventajas de este tratamiento incluyen la facilidad para ser realizado en una única sesión, a diferencia de la radioterapia. Esto es especialmente ventajoso en pacientes pluripatológicos o inmunodeprimidos que pueden desarrollar múltiples CEC. En comparación con la infiltración aislada de 5-FU, con la técnica secuencial se precisa una menor dosis del quimioterápico y un menor número de sesiones al eliminar gran parte de la carga tumoral con el láser CO2. Son necesarios futuros estudios para determinar la eficacia y seguridad de estas terapias y poder valorar su inclusión como opciones terapéuticas en las guías de práctica clínica.

**Tabla 1:** datos epidemiológicos, sesiones y respuesta al tratamiento.

Paciente	Comorbilidades	Tumor	Sesiones	Evolución
Varón, 82 años	Institucionalizado Polimedicado Trasplante hepático	CEC dorsal, pectoral, poplíteo, retroauricular, antebrazos	4 sesiones (1 o 2 por cada tumor)	Sin recidiva en 6 meses. No efectos adversos
Mujer, 88 años	Deterioro cognitivo moderado Fragilidad No respuesta a radioterapia	Recidiva CEC brazo derecho con numerosas satelitosis	1 sesión	Resolución lesiones tratadas (las 2 más molestas) No efectos adversos
Mujer, 77 años	Deterioro cognitivo Rechaza cirugía Numerosas lesiones	CEC hombro derecho	2 sesiones	Importante reducción de la lesión. Pendiente de nueva sesión. No efectos adversos
Mujer, 87 años	Retinopatía diabética avanzada Dependiente Fragilidad	CEC verrucoso genital (clítoris y ambos labios menores)	2 sesiones	Resolución completa lesiones labios menores. Reducción tamaño lesión clítoris Molestias genitales post-tratamiento inmediato

**PO-549** METÁSTASIS CUTÁNEAS DE NEOPLASIAS EXTRACUTÁNEAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

José María Villa-González(1), Verónica Velasco Benito(2), Silvia Gamba Torrez(3), Izaskun Ocerin Guerra(1), Rebeca Pérez Blasco(1), Patricia Andres-Ibarrola(1), Joseba Ugedo Alzaga(1) y Elvira Acebo Mariñas(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces, Cruces Barakaldo (Vizcaya) - España y (3)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja) - España.

**Antecedentes y Objetivo:** Las metástasis cutáneas (MC) de neoplasias extracutáneas son poco habituales. El objetivo del estudio es recoger los casos de MC de neoplasias extracutáneas en un centro terciario durante los últimos cinco años.

**Métodos:** Se incluyeron de forma retrospectiva los casos de metástasis cutáneas de neoplasias extracutáneas entre enero 2018 y diciembre 2023, excluyendo aquellas de origen hematolinfoides o la infiltración neoplásica por contigüidad.

**Resultados:** Se obtuvieron 22 casos (11 mujeres, 11 varones), con una mediana de edad en el momento del diagnóstico de las MC de 68 años (rango: 33-93). La localización de las metástasis fue: 11 en cabeza y cuello, 2 en el tórax, 2 en el abdomen, 3 en la espalda, 3 en extremidad superiores y 1 en la región genital. Clínicamente, en su mayoría se mostraron como nódulos o placas induradas, de consistencia pétreas, siendo únicas (10 casos) o múltiples (7 casos) (número desconocido en 4). El origen del tumor primario fue: en 5 casos respiratorio, en 5 gastrointesti-

nal, en 7 genitourinario, en 4 mamario y en 1 caso se trataba de un tumor de partes blandas. En 2 pacientes las MC representaron el debut de la neoplasia. La mediana de tiempo desde el diagnóstico del tumor primario hasta la aparición de las MC fue de 24.5 meses (rango: 3 meses-21 años). La mediana del tiempo de supervivencia desde el diagnóstico de las metástasis cutáneas fue de 3 meses (rango: 0-73 meses).

**Discusión y Conclusiones:** Las MC son una complicación infrecuente de las neoplasias internas, y pueden preceder al tumor primario. No obstante, es habitual que se presenten acompañadas de metástasis a otros niveles. Entre los tumores primarios que con más frecuencia causan MC se encuentran los de origen mamario, pulmonar y digestivo, resultando de gran ayuda para su reconocimiento la inmunohistoquímica, aunque con relativa frecuencia pueden ser indiferenciados. Suelen presentarse como nódulos únicos o múltiples, normocoloreados, aunque por ejemplo, en tumores tiroideos o renales pueden ser violáceas. Igualmente, MC de ciertos orígenes tiene predilección por localizaciones determinadas, como el cuero cabelludo en las neoplasias renales. Su detección puede cambiar el manejo y el pronóstico del paciente. Es por ello que se debe tener un alto grado de sospecha y realizar un estudio histológico de aquellas lesiones que generen dudas clínicamente.

**PO-550 MANEJO DE SÍNDROME DE GORLIN CON VISMODEGIB: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

María Villar Buil(1), María López Núñez(2), Gisela Hebe Petiti Martín(1), Carolina Fernández Quiroga(1), Guillermo Julián Sánchez Rodríguez(1) y Loida Galvany Rossell(3) de (1)Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi, Sant Joan Despi (Barcelona) - España, (2)Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona) - España y (3) Hospital Dos de Maig, Barcelona - España.

El síndrome de Gorlin es una enfermedad genética de herencia autosómica dominante que predispone al desarrollo de múltiples carcinomas basocelulares a lo largo de la vida, debido a mutaciones en la vía de señalización del hedgehog. Vismodegib, un inhibidor del receptor SMO de esta vía, está aprobado para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado o metastásico en pacientes no candidatos a cirugía o radioterapia. En pacientes con síndrome de Gorlin tratados con vismodegib, se ha observado reducción del tamaño de los carcinomas basocelulares preexistentes y en la tasa de nuevos carcinomas basocelulares que precisaron cirugía, comparado con placebo. Sin embargo, algunos pacientes presentan pobre tolerancia a los efectos adversos de vismodegib, requiriendo descansos o disminución de la dosis durante la terapia.

Presentamos el caso de un varón de 45 años, con diagnóstico de síndrome de Gorlin, sin seguimiento clínico desde la infancia, que presentaba numerosos carcinomas basocelulares, de predominio en la región facial y cervical, al menos 5 mayores de 5cm, que ha recibido tratamiento con vismodegib durante 11 meses, consiguiendo la estabilización en la aparición de nuevos tumores y la respuesta completa en la mayor parte de los ya existentes, con una aceptable tolerancia inicial al fármaco.

**PO-551 PERFILADO TRANSCRIPTÓMICO DE LOS DIFERENTES SUBTIPOS HISTOLÓGICOS DE ALTO Y BAJO RIESGO DEL CARCINOMA BASOCELULAR**

Mireia Yébenes Marsal(1), Pedro Vizán(2), Arantxa Gutiérrez(2), Enrique Blanco(2), Luciano di Croce(3), Núria Riera Martí(4), Amadeu Gavalrà(5) y Cristina Gutiérrez-Caballero(5) de (1)Dermatología. Hospital de Sabadell, Sabadell (Barcelona) - España, (2)Barcelona Institute of Science and Technology. Centro de Regulación Genómica (CRG), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona - España, (3)CREA. Centro de Regulación Genómica (CRG), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona - España, (4)Dermatología. Hospital de Sabadell, Barcelona - España y (5)Almirall R&D, Barcelona - España.

El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia más frecuente en el ser humano, y su incidencia está en aumento. Las opciones no invasivas para el tratamiento de los CBC de alto riesgo son actualmente limitadas. El perfilado transcriptómico mediante secuenciación de ARN se ha convertido en una herramienta potente para descubrir nuevas dianas en diversas enfermedades humanas.

En este estudio, extraemos ARN de alta calidad de muestras clínicas frescas de CBC y generamos bibliotecas de ARN de extremos pareados, lo que resultó en la secuenciación de más de 2,400 millones de fragmentos mapeables. Concretamente, analizamos doce muestras clínicas de bajo riesgo y doce muestras clínicas de alto riesgo, correspondientes a los tipos subtipos histológicos nodulares/superficiales e infiltrantes, respectivamente. Como control, utilizamos muestras obtenidas de blefaroplastias. El Análisis de Componentes Principales (PCA) distinguió claramente entre las muestras de control y las de CBC. Como era de esperar, se encontró un aumento en los componentes de la vía del Hedgehog en el CBC en comparación con los controles. El análisis ontológico reveló aumentos significativos en vías como la de "carcinoma de células basales" y la vía de señalización del Hedgehog, mientras que las categorías de queratinización y ensamblaje de desmosomas disminuyeron significativamente. En total, se encontraron más de 5,000 genes expresaron diferencialmente en CBC, proporcionando una gran cantidad de datos para futuros estudios. Además, realizamos un análisis comparativo de los perfiles transcriptómicos entre los subtipos de bajo y alto riesgo. Notablemente, todas las muestras de CBC mostraron una distribución transcriptómica relativamente uniforme. Sin embargo, al profundizar en el análisis, identificamos desregulación significativa de genes entre los subgrupos histológicos, lo que podría acelerar el desarrollo de estrategias terapéuticas basadas en el pronóstico. En este trabajo, también se abordarán las diferencias entre los grupos en cuanto a vías inmunes e inflamatorias. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que aborda una comparación exhaustiva de las diferencias transcriptómicas entre el CBC según su pronóstico.

**PO-552 FIBROXANTOMA ATÍPICO Y SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Marcel Zurita García(1), Patricia Bassas Freixas(1), Carla Ferrándiz Pulido(1), Berta Ferrer Fabrega(2), Josep Castellví Vives(2), Gloria Aparicio Español(1), Marc Falguera Mayoral(1), Ernesto Lavernia-Salelles Granell(1), Vicente García-Patos Briones(1), Domingo Bodet Castillo(1) y Helena Hilarí Carbonell(1) de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España.

**Introducción:** El fibroxantoma atípico (FXA) y el sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) son neoplasias cutáneas poco frecuentes de origen mesenquimal. Se consideran dos polos de un mismo espectro con hallazgos anatomopatológicos superponibles, pero con características clínicas e histológicas de mayor agresividad en el SPD.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en el diagnóstico, manejo y pronóstico de pacientes con FXA o SPD.

**Material y método:** Estudio de cohorte retrospectivo basado en registros en el que incluimos todos los pacientes con diagnóstico de FXA o SPD entre 2015 y 2023. Recogimos las variables clínicas e histológicas mediante la revisión de las historias clínicas e informes anatomopatológicos y realizamos un análisis descriptivo.

**Resultados:** Incluimos un total de 25 pacientes (10 FXA, 13 SPD y 2 tumores fusocelulares en los que no pudo establecerse la diferenciación entre FXA y SPD por el tamaño pequeño de la muestra), de los que 19 eran varones (76%), con una edad media de 77.92 años. La localización anatómica más habitual fue el cuero cabelludo, donde encontramos el 64% de los tumores. La presentación clínica más frecuente fue la de una pápula o tumoración rosada o violácea con superficie erosiva o ulceración central y costra hemorrágica en superficie. El tamaño tumoral fue de 1'46 cm de diámetro máximo de media. El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, realizándose en 9 pacientes (36%) una posterior ampliación. Únicamente se observó recidiva local en un paciente con SPD que requirió de una nueva intervención quirúrgica. En ningún paciente se detectó diseminación ganglionar o a distancia. Asimismo, en ningún paciente se reportó el FXA o SPD como causa específica del fallecimiento.

**Conclusión:** A diferencia de lo descrito en la literatura, y a pesar de una correcta diferenciación de ambos tumores por sus características histológicas, no observamos diferencias pronósticas entre ambas entidades.

ZONA  
PÓSTER

## URTICARIA

### PO-553 URTICARIA AMARILLA: UNA VENTANA HACIA LA HIPERBILIRRUBINEMIA

Thomas Akel Oberpaur(1), Tania M. Capusan(1), Ana del Rocío Gamero Rodríguez(1), Iván Rodrigo Díaz(1), Javier Alcántara González(1), Marta Ruano del Salado(1), Arantxa Muñiz de Lucas(1), Raquel Cabana Navia(1), Mirko Roedig(1) y M<sup>a</sup> Elena Sánchez-Largo Uceda(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid) - España.

**Introducción:** La urticaria amarilla es un fenómeno muy infrecuente que resulta de la coincidencia de habones e hiperbilirrubinemia. Presentamos un caso donde este signo motivó a una detección oportuna de una falla hepática y revisamos la literatura al respecto.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 36 años, previamente sana, que acudió a urgencias por habones pruriginosos generalizados de color amarillo intenso sobre piel normocoloreada, tras tres días de síntomas catarrales leves y fiebre. La paciente también refería coluria intermitente y había presentado elevaciones leves de transaminasas un mes antes, no estudiadas. Ante los síntomas reportados y una dudosa ictericia conjuntival, se realizaron análisis que confirmaron hiperbilirrubinemia directa y transaminasemia, lo que llevó a su hospitalización. A pesar de la resolución de la urticaria en 24 horas, la paciente desarrolló falla hepática aguda progresiva, encefalopatía y falla renal, requiriendo manejo de soporte en UCI. Los estudios exhaustivos descartaron causas comunes de hiperbilirrubinemia, dejando la etiología del cuadro de base como incierta. La paciente tuvo una evolución favorable, con recuperación completa sin recurrencia de urticaria o falla hepática.

**Discusión:** La urticaria amarilla, descrita inicialmente en 1969, se manifiesta en pacientes con hiperbilirrubinemia por diversas causas. La patogenia específica de este fenómeno no está claramente establecida, aunque se sugiere que los ácidos biliares pueden contribuir a la activación de la degranulación mastocítica. Los habones presentan mayor permeabilidad capilar, lo que facilitaría el depósito localizado de bilirrubina en la dermis, que tiene afinidad por la elastina como suele ocurrir en las escleras. No hay evidencia suficiente para sugerir una asociación de la urticaria y el cuadro de base, y en nuestro caso consideramos que podría ser una casualidad.

**Conclusión:** Si bien es una ocurrencia infrecuente, resulta interesante reconocer este signo que en todos los casos publicados se ha dado en contexto de patologías potencialmente graves de base.

### PO-554 REMIBRUTINIB MEJORA LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA CON INDEPENDENCIA DEL TRATAMIENTO ANTI-IGE PREVIO: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO DE FASE 2B

Diego de Argila Fernández-Durán(1), Marcus Maurer(2), Alexander Greiner(3), Sridhar Guduri(4), Jeffrey Leflein(5), Sibylle Haemmerle(6), Karine Lheritier(7), Pauline Walsh(8), Ivan Nikolaev Ivanov(7) y Ana Giménez-Arnau(9) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid - España, (2)ITMP-Alergología e Inmunología. UCARE-Universidad Libre de Berlín y Universidad Humboldt de Berlín, Berlin - Alemania, (3)Grupo Médico y Centro de Investigación de Alergia y Asma, UCSD, San Diego (California) - Estados Unidos, (4)Centricity Research Inc., Columbus (Ohio) - Estados Unidos, (5)Instituto de Investigación de Medicina Respiratoria de Michigan, Ann Arbor (Michigan) - Estados Unidos, (6)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (7)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (8)Novartis Ireland Limited, Dublin - Irlanda y (9)Departamento de Dermatología. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona - España

La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la aparición de una erupción con picor, angioedema, o ambos, durante más de 6 semanas. Los antihistamínicos H1 de segunda generación (H1-AH) se recomiendan como tratamiento de primera línea, pudiéndose aumentar la dosis aprobada hasta 4 veces si los síntomas persisten. En pacientes no respondedores a dosis altas de H1-AH se recomienda el uso del anticuerpo monoclonal anti-inmunoglobulina E (IgE), omalizumab, como terapia biológica adicional. Remibrutinib (LOU064) es un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton que ofrece un control rápido de la UCE en pacientes sintomáticos pese al tratamiento con H1-AH. El presente estudio explora el efecto de remibrutinib en subgrupos de pacientes con UCE con o sin tratamiento previo con anti-IgE del ensayo de fase 2b.

Ensayo de fase 2b (NCT03926611) multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, en el que 311 adultos con UCE, no controlados con H1-AH, se estratificaron (según historia de anti-IgE previo) y aleatorizaron para recibir remibrutinib 10/35/100 mg una vez al día (ud), 10/25/100 mg dos veces al día (dd) o placebo. Se evaluó el cambio semanal de la actividad de la urticaria (UAS7) y la proporción de pacientes que alcanzaron UAS7=0 y UAS7≤6 en la semana 12, con o sin anti-IgE previo, en comparación con los valores basales.

En el momento basal, el 27% (84/311) de los pacientes había sido tratado con anti-IgE. A la semana 12, no se encontraron diferencias significativas respecto al valor basal en la UAS7 entre los subgrupos con o sin historia de anti-IgE: remibrutinib 10 mg ud: -21,1 y -20,6; 35 mg ud: -25,2 y -19,0; 100 mg ud: -7,7 y -18,8; 10 mg dd: -14,8 y -20,5; 25 mg dd: -25,8 y -18,7; 100 mg dd: -26,2 y -18,1; y placebo: -2,8 y -9,7. Tampoco se observaron diferencias significativas en la UAS7=0 entre los subgrupos con y sin historia de anti-IgE: a distintas dosis de remibrutinib: (9,1-50,0% y 21,2-39,4%, respectivamente) y placebo (8,3% y 16,7%, respectivamente). Se obtuvieron **resultados** similares en la proporción de pacientes que alcanzaron UAS7≤6 con remibrutinib a diferentes dosis y con placebo.

En nuestro estudio se concluye que remibrutinib (a todas las dosis) mejora la UAS7 y alcanza UAS7=0 y UAS7≤6 con independencia de tratamientos previos de anti-IgE.

PO-555

COMPETENCIAS ESPECIFICAS DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA

Belén Ramírez López(1), María Colmenero Sendra(1), Miguel Aguilar Bernier(1) y Magdalena de Troya Martín(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España.

**Antecedentes y Objetivos:** La urticaria crónica consiste en una respuesta inflamatoria de la piel y mucosas caracterizada por la aparición súbita de habones evanescentes. Los mecanismos etiopatogénicos incluyen la activación del mastocito, ya sea mediado por anticuerpos IgE (tipo I) o bien anticuerpos IgG (tipo IIb)

El objetivo de nuestro caso es resaltar la importancia de la labor de la enfermería tanto en el diagnóstico (realización de test de suero autólogo- TSA) como en el seguimiento de esta patología, educando al paciente en la correcta utilización del tratamiento y en la realización de calendarios de urticaria (UAS7).

**Métodos:** Mujer de 18 años en seguimiento por urticaria crónica y angioedema (UAS7: 41) tratada con omalizumab de 300 mg/mes de manera domiciliaria y antihistamínicos cada 8 horas desde hace 6 meses con escasa respuesta. Pruebas de laboratorio: ANA – anticuerpos antiTPO , IgE 32 IU/ml, basófilos absolutos 20/µl, eosinófilos absolutos 140/µl, Dimero D <170, VSG<22 mm/h, PCR<4, C1- inhibidor: 287.23 mg/l.

Se realiza TSA obteniéndose suero de sangre centrifugada a 5.000 g (15 min). Se inyectan 0,05 ml intradérmicamente en la zona volar del antebrazo, evitando zonas de lesiones en las últimas 24 horas. El control negativo es solución salina isotónica. La prueba es positiva si se produce un habón de 1,5 mm de diámetro superior al punto control después de 30 minutos. Debemos asegurarnos que no haya recibido antihistamínicos al menos 72 horas antes.

**Resultados:** Se obtiene habón positivo de 7 mm en comparación con el brazo contrario. Dada la positividad de la prueba y no disponer en nuestro centro de test de estimulación de basófilos, aumentamos la dosis a 450 mg/mes citando a la paciente de manera presencial para la inyección del tratamiento, ya que la familia refería escaso cumplimiento del inyectable por miedo. A los tres meses presentó una mejoría llamativa del UAS7 <10

**Conclusiones:** El Test de Suero Autólogo es útil para el rastreo in vivo de la existencia de auto-anticuerpos funcionales tipo IgG contra el receptor de IgE. Esta prueba la puede realiza la enfermería para orientar el diagnóstico de la urticaria crónica y así poder individualizar el tratamiento. Además, la enfermería tiene un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes con medicación inyectable para asegurar su cumplimiento terapéutico.

PO-556

REMIBRUTINIB, UN INHIBIDOR ORAL DE LA TIROSINA QUINASA DE BRUTON, ALTAMENTE SELECTIVO, EN DESARROLLO PARA LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA: ANÁLISIS DE LOS DATOS DE SEGURIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE FASE 2 FINALIZADOS EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Juan Francisco Silvestre-Salvador(1), Ana Giménez-Arnau(2), Tanuja Chitnis(3), Mitzi Williams(4), Laura Airas(5), Sarbjit Saini(6), Michihiro Hide(7), Gordon Sussman(8), Jin Nakahara(9), Robert Bermel(10), Thomas Dörner(11), Brett Loop(12), Virginia de las Heras(13), Roman Willi(13), Bernd Kieseier(14), Sibylle Haemmerle(13), Richard Siegel(15), Bruno Cenni(15), Heinz Wiendl(16), Xavier Montalbán Gairín(17), Artem Zharkov(13) y Marcus Maurer(18) de (1)Servicio de Dermatología. Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante - España, (2)Departamento de Dermatología. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona - España, (3)Department of Neurology. Brigham and Women's Hospital, Boston (Massachusetts) - Estados Unidos, (4)Joi Life Wellness Group, Atlanta (Georgia) - Estados Unidos, (5)Turku University Hospital, Turku (Southern Finland) - Finlandia, (6)Johns Hopkins Asthma and Allergy Center, Baltimore (Maryland) - Estados Unidos, (7)Hiroshima City Hiroshima Citizens Hospital, Hiroshima - Japón, (8)University of Toronto, Toronto (Ontario) - Canadá, (9)Department of Neurology. Keio University School of Medicine, Tokyo - Japón, (10)Mellen Center for MS, Cleveland Clinic, Cleveland (Ohio) - Estados Unidos, (11)Department of Rheumatology and Clinical Immunology. Charite Universitätsmedizin Berlin, Berlin - Alemania, (12)Novartis Pharmaceutical Corporation, Cambridge (Massachusetts) - Estados Unidos, (13)Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (14)Heinrich-Heine University, Department of Neurology, Duesseldorf, Germany. Novartis Pharma AG, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (15)Novartis Institutes for Biomedical Research, Basel (Basel-Stadt) - Suiza, (16) Department of Neurology. Institute of Translational Neurology, University of Münster, Münster (Nordrhein-Westfalen) - Alemania, (17)Department of Neurology-Neuroimmunology, Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España y (18)ITMP-Allergology and Immunology. UCARE-Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin - Alemania.

Remibrutinib (LOU064) es un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton (BTK) que ofrece un rápido control de la enfermedad en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) que permanecen sintomáticos a pesar de ser tratados con antihistamínicos H1. Remibrutinib mostró una elevada selectividad y potencia in vitro, con potencial para minimizar la toxicidad inespecífica y los eventos adversos

(EA) asociados. En el presente estudio, se describe el perfil de seguridad observado en los ensayos de fase 2 finalizados de remibrutinib en UCE, síndrome de Sjögren (SjS) y asma, incluidos los participantes con tratamiento a largo plazo.

Este análisis agrupado de los datos de seguridad de los ensayos de fase 2 finalizados complementará la evidencia actual sobre la seguridad y tolerabilidad de remibrutinib en afecciones inmunomediadas (UCE, SjS y asma), incluyendo la extensión abierta de la fase 2 recientemente finalizada en la UCE. El perfil de seguridad se evaluó teniendo en cuenta los EA, incluyendo los EA graves y de especial interés (AESI, por sus siglas en inglés), las constantes vitales, electrocardiogramas y parámetros de laboratorio.

El análisis previo de los datos de seguridad de los ensayos de fase 2 en UCE, SjS y asma mostró que los EA notificados con remibrutinib fueron comparables a los de placebo en los estudios de referencia; los EA más frecuentes fueron las infecciones (principalmente infecciones de las vías respiratorias superiores). Los AESI observados con remibrutinib, como hemorragias, infecciones y citopenia, no aumentaron con la exposición a largo plazo. Hasta la fecha, no se han observado nuevos riesgos de seguridad en las variables clínicas ni en los parámetros de laboratorio (recuento de células sanguíneas y bioquímica sanguínea, incluidas enzimas hepáticas).

Este análisis proporciona más información sobre el perfil de seguridad y tolerabilidad de remibrutinib en los ensayos de fase 2 finalizados en otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas, además de la UCE, y complementa las pruebas actuales sobre la seguridad y tolerabilidad de remibrutinib en la UCE.

51 CONGRESO  
NACIONAL DE  
DERMATOLOGÍA Y  
VENEREOLOGÍA

**AEDV**

**MADRID**  
22/25 MAYO

**2024**