Conclusiones: El prurito del cuero cabelludo se organiza en al menos cuatro fenotipos clínicos con perfiles diferenciados de etiología y respuesta terapéutica. Los fenotipos sensible/idiopático y psicodermatológico/ambiental muestran una respuesta especialmente favorable al gel fluido emoliente, mientras que otros fenotipos podrían requerir estrategias complementarias centradas en la clínica cutánea y la calidad de vida.

Tabla: Características basales y respuesta clínica según fenotipo de prurito del cuero cabelludo

Fenotipo	1 Cuero cabelludo sensible / idiopático femenino	2 Prurito inflamatorio seborreico (perfil femenino joven)	3 Prurito psicodermatológico / ambiental (perfil masculino)	4 Prurito crónico idiopático/senil
n	56	80	53	26
Edad, años ($\bar{x}$ ± DE)	58,6 ± 18,8	42,5 ± 15,6	56,5 ± 17,0	64,7 ± 17,3
Prurito basal NRS (0–10)	7,07 ± 1,53	6,42 ± 1,85	6,35 ± 1,79	6,90 ± 1,49
Rascado basal NRS (0–10)	6,53 ± 2,69	5,99 ± 2,39	5,91 ± 1,82	7,16 ± 2,40
DLQI basal	5,96 ± 4,26	5,91 ± 4,60	6,09 ± 5,07	4,88 ± 4,76
Δ prurito (0–10)	−3,7 ± 2,5	−2,9 ± 2,5	−3,1 ± 3,0	−3,1 ± 2,6
Δ DLQI	−3,9 ± 4,6	−2,6 ± 2,9	−2,8 ± 2,6	−0,7 ± 3,7
Respondedores prurito*	92,9%	88,8%	92,5%	92,3%
Respondedores DLQI†	85,7%	87,5%	94,3%	69,2%

La tabla muestra las características demográficas y clínicas basales, así como la respuesta al tratamiento no esteroidal según los cuatro fenotipos clínicos de prurito del cuero cabelludo identificados mediante análisis de conglomerados (PAM sobre distancia de Gower). Las variables continuas se expresan como media ± desviación estándar. La respuesta clínica se definió mediante la mejoría en la intensidad del prurito y del DLQI a los 15 días. Los respondedores en prurito se consideraron aquellos con una mejoría ≥4 puntos en la escala numérica de prurito, y los respondedores en calidad de vida aquellos con una mejoría ≥4 puntos en el DLQI†. Estos puntos de corte corresponden a cambios clínicamente relevantes descritos en la literatura dermatológica. *Mejoría ≥4 puntos en NRS de prurito. †Mejoría ≥4 puntos en el DLQI.*

11:40 5 RESULTADOS CLÍNICOS DE UN HIDROGEL BIOACTIVO PARA EL MANEJO DE LESIONES CUTÁNEAS AGUDAS EN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA

Ana Martín Santiago(1), Minia Campos Domínguez(2), Miquel Casals Andreu(3) y Irene López Vílchez(4) de (1)Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (2)Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España, (3) Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) - España y (4)Departamento de Investigación Clínica. Laboratorios Viñas, Barcelona - España.

La reparación cutánea depende de un microambiente húmedo y estable que favorezca la migración celular y reduzca la inflamación local. Hidrogel bioactivo formulado con dexpantenol, Aloe vera y polivinilpirrolidona, ha sido desarrollado para optimizar este entorno y mejorar el confort del paciente. El objetivo de este estudio fue evaluar su eficacia, seguridad y aceptabilidad en lesiones cutáneas agudas de diversa etiología en condiciones reales de práctica clínica.

Se realizó un estudio multicéntrico, abierto y prospectivo con seguimiento de 14 días. Se incluyeron 107 pacientes con 115 lesiones tratadas dos veces al día con el hidrogel. Se evaluaron cinco parámetros clínicos (eritema, edema, exudado, profundidad y tejido de granulación), el tamaño de la lesión, la intensidad del dolor y la aceptabilidad del tratamiento. Las comparaciones basal-final se realizaron mediante pruebas para datos pareados.

Se observó una mejoría significativa en todos los parámetros evaluados. El eritema estuvo presente en el 92% de las lesiones al inicio y se redujo a una media de 0,6 ± 0,6 ($p < 0,001$), con desaparición completa en el 46%. El edema, inicialmente presente en el 75% de las lesiones, desapareció en el 97% ($p < 0,001$). El exudado, detectado en el 45%, se resolvió en el 87% ($p < 0,001$). La profundidad media disminuyó de 1,2 ± 0,7 a 0,2 ± 0,5 ($p < 0,001$). El área lesional se redujo un 61 %, pasando de 10,9 ± 21,1 cm^2 a 4,3 ± 15,3 cm^2 ($p = 0,01$). El dolor disminuyó de 2,9 ± 2,3 a 0,4 ± 1,0 ($p < 0,001$).

En la subpoblación pediátrica (n=18), el producto mostró un comportamiento clínico similar, con desaparición o mejoría del eritema en el 87%, resolución del edema en el 93%, desaparición completa del exudado y reepitelización total en todas las lesiones, junto con una reducción del 97% en el dolor.

La aceptabilidad global fue alta: los dermatólogos valoraron la eficacia como buena en el 90% de los casos y la tolerabilidad en el 98%, mientras que los pacientes otorgaron valoraciones buenas en el 89% y 95%, respectivamente. Se registraron únicamente tres eventos adversos leves.

Estos resultados apoyan el uso del hidrogel como una opción eficaz, segura y bien tolerada para el manejo de lesiones cutáneas agudas en la práctica dermatológica cotidiana.

Tabla: Características basales y resultados clínicos: población global y subpoblación pediátrica.

Variable	Población global (107 pacientes, 115 lesiones)	Subpoblación pediátrica (18 pacientes)
Edad (años)	51 ± 26 (rango 2–85)	7.8 ± 4.4 (rango 2–17)
Tipo de lesión más frecuente	Lesiones post-electrocoagulación (21,7%)	Erosiones por fricción (56%)
Otros tipos de lesión	Erosiones por fricción, crioterapia, láser, quemaduras	Picaduras, molusco cauterizado, electrocirugía, criotera-pia, sutura post-biopsia, verrugas tratadas con 5-FU
Eritema inicial	92% de las lesiones	89% de las lesiones
Eritema final	Mejoría o desaparición en 87% (p < 0.001)	Mejoría o desaparición en 87% (p = 0.001)
Edema inicial	75% de las lesiones	83% de las lesiones
Edema final	97% resuelto	93% resuelto
Exudado inicial	45% de las lesiones	44% de las lesiones
Exudado final	87% resuelto	100% resuelto
Profundidad inicial	55% epidérmica; 33% dérmica	56% dérmica
Profundidad final	79% piel íntegra	100% cicatrización completa
Tamaño de la lesión		
pre-post (cm^2)	10,9 → 4,3 (–61%; p = 0,01)	10,0 → 1,5 (–85%; p = 0,07)
Dolor (EVA)		
pre-post	2,9 → 0,4 (p < 0,001)	3,6 → 0,1 (p < 0,001)
Eventos adversos	3 leves	2 leves (prurito transitorio)
Aceptabilidad global	Eficacia: 90% buena; tolerabilidad: 98%	100% buena

La tabla resume las características basales y los resultados clínicos tras 14 días de seguimiento en la población global (107 pacientes, 115 lesiones) y en la subpoblación pediátrica (18 pacientes). Los valores expresan porcentajes de lesiones con presencia de cada signo clínico o su resolución final, así como medias ± desviación estándar en las variables continuas. Las comparaciones pre–post se realizaron mediante análisis apareados. La subpoblación pediátrica constituye un subconjunto de la población global.

11:50 6 EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA CON OLEOGEL-S10 EN PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA: IMPACTO EN LA CICATRIZACIÓN Y LA CARGA ASISTENCIAL

Claudia Guilarte Cadavide(1), María Ayguasanosa Ávila(1), Sonia Ehrenberg(2), Ángel García(1), Adriana San Miguel(1), Silvia Ricart(2), Asunción Vicente Villa(2) y Josep Riera Monroig(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona - España y (2)Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España.

Introducción: La epidermólisis bullosa (EB) es un grupo de genodermatosis caracterizadas por fragilidad cutánea, heridas crónicas e inflamación persistente, con un elevado impacto en la calidad de vida. Oleogel-S10, un extracto de corteza de abedul rico en triterpenos, ha demostrado eficacia en la cicatrización de heridas en pacientes con EB distrófica (DEB) y EB juntural intermedia (JEB), como se evidenció en el estudio fase III EASE.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo multicéntrico de pacientes con EB tratados con Oleogel-S10 entre enero y diciembre de 2025 en dos hospitales terciarios de Cataluña. Se recogieron datos clínicos basales (sexo, edad) y variables de eficacia (mejoría subjetiva, tiempo de cicatrización, espaciamiento de curas y EBDASI en casos con mediciones pareadas) y seguridad (tolerabilidad, acontecimientos adversos y discontinuación).

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes (edad mediana 14 años; 59% pediátricos), principalmente con DEB (74%). El 67% presentaba úlceras crónicas. Se documentó seguimiento en el 78% de los casos. La mejoría clínica subjetiva se observó en el 59% de los pacientes, con una reducción mediana del tiempo de cicatrización del 40%. En pacientes con DEB y datos pareados de EBDASI, se observó una mejoría mediana de –7 puntos. El espaciamiento de las curas se registró en el 19% de los pacientes. La tolerabilidad fue buena o excelente en la mayoría de los casos; los acontecimientos adversos fueron poco frecuentes (11%), siendo leves y locales. No se notificaron acontecimientos adversos graves, ni carcinomas epidermoides.

Conclusiones: Oleogel-S10 se asoció a una mejor evolución clínica en pacientes con EB, con reducción del número de curas, menor carga