

Sección realizada por residentes del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Duque-Estrada B, Sodré CT, Burnier F, Pereira C, et al. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris (*Patrones dermatoscópicos de alopecia cicatricial resultantes de lupus eritematoso discoide y liquen plano pilar*). An Bras Dermatol 2010;85:179-183.

Antecedentes: la dermatoscopia es un método importante en el diagnóstico de diversas lesiones melanocíticas, tanto benignas como malignas. Este método recientemente ha resultado de utilidad en el diagnóstico de diversas formas de alopecia; por tanto, un diagnóstico temprano en las alopecias cicatriciales es de gran ayuda para la intervención terapéutica, lo que puede mejorar el pronóstico de los pacientes de manera importante.

Objetivo: describir los patrones y hallazgos dermatoscópicos en pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de alopecias cicatriciales, principalmente en alopecia frontal fibrosante, lupus eritematoso sistémico y liquen plano pilar, con el fin de establecer criterios dermatoscópicos que ayuden a identificar estas dermatosis.

Material y método: estudio descriptivo en pacientes seleccionados con alopecia cicatricial, de acuerdo con sus antecedentes clínicos e histopatología; se reclutaron 14 pacientes, de los que se corroboraron cuatro casos con liquen plano pilar, cinco con alopecia frontal fibrosante y cinco con lupus eritematoso discoide. Los pacientes se evaluaron mediante videodermatoscopia y

dermatoscopia convencional (dermatoscopio portátil), por tres examinadores diferentes. El intervalo de aumento fue de 10 a 70x.

Resultados: los hallazgos principales en el caso de lupus eritematoso discoide fueron: parches blancos, capilares dilatados, tapones de queratina y orificios foliculares reducidos; además, los autores describieron como hallazgo un patrón moteado. En el liquen plano pilar, escama perifolicular, puntos blancos y reducción de los orificios foliculares fueron los hallazgos más característicos, así como la primera descripción del patrón en diana; en la alopecia frontal fibrosante, escama perifolicular, disminución de los orificios foliculares, eritema perifolicular y vasos arborizantes fueron los hallazgos descritos. En este estudio, los puntos azul-gris demostraron un hallazgo aún no descrito en la bibliografía.

Conclusiones: el uso de la dermatoscopia en la evaluación clínica de la piel cabelluda de pacientes con alopecias cicatriciales mejora la capacidad de diagnóstico y revela hallazgos tricosc picos nuevos que aún no est n estudiados a profundidad ni est n reportados en la bibliografía.

Gerardo Torres-Barragán

Tr ieb RM. Serum biotin levels in women complaining of hair loss (*Concentraciones de biotina sérica en mujeres con pérdida de pelo*). Int J Trichology 2016;8:73-77.

Antecedentes: la biotina es una coenzima que participa en múltiples reacciones metabólicas importantes para mantener sanos la piel y el pelo. Debido a su disponibilidad, accesibilidad y comercialización se considera un suplemento nutricional popular en el tratamiento de la pérdida del pelo; sin embargo, existen pocos datos acerca de la deficiencia de la biotina en pacientes que se quejan por la pérdida de pelo.

Objetivo: determinar la frecuencia y significado de la deficiencia de biotina en mujeres con pérdida de pelo.

Material y método: estudio retrospectivo en el que se evaluó la concentración de biotina sérica en mujeres con pérdida de pelo. Se estudiaron 503 pacientes, con promedio de edad de 45.9 años, tomando como valores óptimos biotina >400 ng/L, subóptimo 100-400 ng/L y deficiencia <100 ng/L.

Resultados: de las pacientes con pérdida de pelo, 13% tenía concentraciones óptimas de biotina, sólo una tenía antecedente personal de riesgo de deficiencia de biotina; de las pacientes con pérdida de pelo, 24% tenía tricograma con signos de efluvio telógeno y ninguna tuvo dermatitis seborreica; mientras que 38% reportó deficiencia de biotina, de las que 11% tenía factores de riesgo de deficiencia de la misma; de éstas, 24% mostró efluvio telógeno, y de éstas, 35% tuvo dermatitis seborreica.

Conclusión: la costumbre de suplementar de manera indiscriminada con biotina a mujeres con pérdida de pelo no constituye una opción terapéutica, a menos que por los datos de los antecedentes clínicos y los resultados de los exámenes de laboratorio se demuestre esta deficiencia, además de excluir otras causas de pérdida del pelo.

Ana Laura Ramírez-Terán

Thomas KS, Ormerod AD, Craig FE, Greenlaw N, et al. **Clinical outcomes and response of patients applying topical therapy for pyoderma gangrenosum: a prospective cohort study (Respuesta clínica a tratamiento tópico en pioderma gangrenoso: estudio prospectivo de cohorte).** *J Am Acad Dermatol* 2016;75:940-949.

Antecedentes: el pioderma gangrenoso es una dermatosis poco frecuente, con evidencia limitada de tratamiento.

Objetivo: estimar la eficacia de los tratamientos tópicos en pacientes con pioderma gangrenoso.

Material y método: estudio retrospectivo de cohortes de pacientes del Reino Unido, reclutados entre julio de 2009 y junio de 2012, con atención secundaria por diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso, aptos para recibir tratamiento tópico. Los participantes recibieron tratamiento tópico después de la práctica clínica habitual (principalmente con corticoesteroides tópicos [clases I a III] y tacrolimus 0.03% o 0.1%). El resultado primario fue la velocidad de curación a las seis semanas. Los resultados secundarios incluyeron: proporción, tiempo de curación, evaluación global, inflamación, dolor, calidad de vida, fracaso del tratamiento y recurrencia.

Resultados: se estudiaron 66 pacientes (de 22 a 85 años de edad). El tratamiento más comúnmente prescrito fue propionato de clobetasol a 0.05%; 28 (44%) de 66 úlceras se curaron en seis meses. La mediana de tiempo hasta la curación fue de 145 días (intervalo de confianza de 95%, 96 días a ∞); el tamaño de la úlcera inicial fue un predictor significativo del tiempo de cicatrización (razón de riesgo 0.94 [intervalo de confianza de 95%, 0.88-1]; $p=0.043$). Cuatro pacientes (15%) tuvieron recurrencia.

Limitaciones: nuestro estudio no incluyó un comparador aleatorio.

Conclusión: el tratamiento tópico de primera línea es potencialmente efectivo en el pioderma gangrenoso, por lo que evita los posibles efectos secundarios asociados con el tratamiento sistémico. No está claro si la enfermedad más grave responderá de manera adecuada al tratamiento tópico solo.

Orly Cheirif-Wolovsky

Andersen YM, Egeberg A, Gislason GH, Skov L, Thyssen JP. Autoimmune diseases in adults with atopic dermatitis (*Enfermedades autoinmunitarias en pacientes adultos con dermatitis atópica*). J Am Acad Dermatol 2016;16:30734-30744.

Antecedentes: está demostrado que existe aumento de la susceptibilidad a enfermedades autoinmunitarias en pacientes con dermatitis atópica; no obstante, los datos siguen siendo escasos e inconsistentes.

Objetivo: examinar la existencia de enfermedades autoinmunitarias en pacientes adultos con dermatitis atópica.

Material y método: estudio en el que se utilizaron los registros de salud a nivel nacional en Dinamarca. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico hospitalario de dermatitis atópica entre 1997 y 2012 (n=8,112) y se emparejaron con los controles (n=40,560). La aparición de enfermedades autoinmunitarias se comparó en ambos grupos. Se utilizó regresión logística para estimar la razón de momios.

Resultados: la dermatitis atópica se asoció de manera significativa con 11 de 22 enfermedades autoinmunitarias evaluadas. Los pacientes con antecedente de tabaquismo tenían incidencia significativamente mayor de comorbilidades autoinmunitarias, en comparación con los no fumadores.

Limitaciones: no existe información acerca de la gravedad de la dermatitis atópica y el grado de consumo de tabaco tampoco está disponible. Los resultados de una población hospitalaria de pacientes con dermatitis atópica no pueden generalizarse a la población general.

Conclusiones: los resultados sugieren que existe susceptibilidad de padecer enfermedades autoinmunitarias en pacientes adultos con dermatitis atópica, especialmente en los fumadores.

Rosa López-González

Hessam S, Sand M, Meier NM, Gambichler T, et al. Combination of oral zinc gluconate and topical triclosan: an anti-inflammatory treatment modality for initial hidradenitis suppurativa (*Combinación de gluconato de cinc oral y triclosán tópico: tratamiento antiinflamatorio de hidradenitis supurativa inicial*). J Dermatological Sci 2016;84:197-202.

Antecedentes: la hidradenitis supurativa es un reto terapéutico; es un padecimiento crónico, con recaídas, que puede afectar de manera grave la calidad de vida del paciente.

Objetivo: evaluar la eficacia antiinflamatoria del gluconato de cinc oral, 90 mg/día, en combinación con triclosán tópico 2%, dos veces al día.

Material y método: estudio retrospectivo, realizado en el Centro HS del Departamento de Dermatología, Venereología y Alergología de la Universidad del Ruhr, en Bochum, Alemania, en el que se evaluaron los antecedentes clínicos de los pacientes en cuanto al cambio de gravedad de la enfermedad y la calidad de vida. Se incluyeron 66 pacientes con hidradenitis supurativa en etapa Hurley I y II. Los objetivos secundarios fueron conocer el número de nódulos, fístulas y brotes, así como la intensidad del dolor.

Resultados: después de tres meses de tratamiento combinado, la escala de Hurley y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología mejoraron de manera significativa ($p < 0.0001$ y $p = 0.0386$, respectivamente). El número de nódulos, brotes nuevos y las puntuaciones de eritema también disminuyeron de manera significativa. Las fístulas y la escala analógica visual del dolor no mostraron diferencias significativas. Los efectos secundarios (náuseas y dolor abdominal) se reportaron en 12 pacientes (22%).

Conclusión: el tratamiento combinado de gluconato de cinc y triclosán tópico puede considerarse antiinflamatorio para pacientes con hidradenitis supurativa en etapa Hurley I y II.

Anika Ruiz-Hernández

Mitkov M, Chrest M, Diehl NN, et al. Pediatric melanomas often mimic benign skin lesions: A retrospective study (Melanomas pediátricos mimetizan lesiones benignas de la piel: estudio retrospectivo). J Am Acad Dermatol 2016;75:706-711.

Antecedentes: el melanoma infantil puede diagnosticarse de manera errónea debido a que es poco común y a su manifestación atípica.

Objetivo: correlacionar el aspecto clínico de los melanomas pediátricos con el índice de Breslow y su comportamiento clínico para identificar los errores de diagnóstico, realizado por dermatólogos y médicos no dermatólogos.

Material y método: estudio retrospectivo que incluyó la revisión de los registros de la Clínica Mayo de niños y adultos jóvenes de hasta 21 años de edad, con diagnóstico de melanoma cutáneo primario, de enero de 2000 a enero de 2015.

Resultados: los melanomas pediátricos que imitaban lesiones benignas de la piel eran

más profundos (1 mm; razón de momios 5.48; $p = 0.002$) y tenían un estadio T más avanzado (T2, T3, o T4] razón de momios 6.28; $p = 0.001$) que los melanomas con apariencia maligna en términos clínicos. De los melanomas pediátricos, 66% se diagnosticó originalmente como lesiones pigmentadas benignas que tenían cambios de tamaño, forma y color.

Limitaciones: tamaño de la muestra y el diseño retrospectivo.

Conclusiones: las lesiones pediátricas de apariencia benigna con antecedentes de evolución, sangrado o ulceración deben plantear la sospecha de melanoma. Los melanomas que muestran estas características se asocian con mayor profundidad en el índice Breslow y estadio T más avanzado. Aunque las biopsias de todas las lesiones que muestran el cambio en los niños no son prácticas, seguras o deseadas, se recomienda realizar una estrecha vigilancia de estas lesiones.

Lilian E Andrade-Morelos

Dai H, Li WQ, Qureshi AA, Han J. Personal history of psoriasis and risk of nonmelanoma skin cancer (NMSC) among women in the United States: A population-based cohort study (Antecedente personal de psoriasis y riesgo de cáncer de piel no melanoma en mujeres de Estados Unidos. Estudio de cohorte poblacional). J Am Acad Dermatol 2016;75:731-735.

Antecedentes: no existen estudios prospectivos que hayan examinado la asociación entre antecedente personal de psoriasis y riesgo de cáncer de piel no melanoma.

Objetivo: examinar esta asociación con base en dos cohortes prospectivas: Estudio de Salud de Enfermeras I y II.

Material y método: los diagnósticos de cáncer de piel no melanoma, incluyendo carcinoma de células basales y carcinoma de células escamosas, se obtuvieron mediante cuestionarios de autorreporte. La información acerca de la psoriasis y el diagnóstico clínico se recopiló y se validó con un cuestionario complementario.

Resultados: después de 2,487,941 y 2,478,148 personas-años de seguimiento, se documentaron 1,725 casos de carcinoma de células escamosas y 16,075 casos de carcinoma de células basales. Para las cohortes combinadas, el antecedente personal de psoriasis se asoció con riesgo elevado de padecer carcinoma de células escamosas, con riesgo multivariable ajustado relativo de 1.51 (intervalo de confianza 95%, 0.11 a 0.25). Las asociaciones parecieron más fuertes al aumentar la gravedad de la psoriasis, con riesgo multivariable ajustado relativo de 1.42 (intervalo de confianza 95%, 0.94 a 2.15) en el grupo de psoriasis leve y riesgo multivariable ajustado relativo de 1.99 (intervalo de confianza 95%, 0.74 a 5.32) en el grupo de psoriasis moderada a severa ($p=0.03$). No hubo asociación entre la psoriasis y el riesgo de carcinoma de células basales (riesgo multivariable ajustado relativo, 0.95; intervalo de confianza 95%, 0.75 a 1.18).

Limitaciones: la falta de datos de tratamiento puede sesgar el resultado.

Orly Cherif-Wolovsky

Daneshpazhooh M, Zafarmand SV, Balighi K, Hosseini SH, et al. Immunologic prediction of relapse in patients with pemphigus vulgaris in clinical remission (Predicción inmunológica de recaída en pacientes con pénfigo vulgar en remisión clínica). J Am Acad Dermatol 2016;74:1160-1165.

Antecedentes: el pénfigo vulgar se caracteriza por múltiples recaídas, que se producen sobre todo en pacientes con tratamiento mínimo o suspensión de éste.

Objetivo: identificar los predictores inmunológicos (anticuerpos antidesmogleína [Dsg] 1 y 3; inmunofluorescencia directa) en la recaída en pacientes con pénfigo vulgar.

Material y método: estudio en el que se evaluaron 89 pacientes en remisión clínica completa durante al menos seis meses, con tratamiento de cantidad igual o menor a 10 mg de prednisona al día y sin tratamiento inmunosupresor; se utilizó inmunofluorescencia directa ($n=89$) y ELISA Dsg 1 y 3 ($n=46$). Los pacientes tuvieron seguimiento hasta la recaída o durante al menos 18 meses.

Resultados: la inmunofluorescencia directa fue positiva en 44 de 89 pacientes (49.5%); los anticuerpos anti-Dsg 3 se detectaron en 18 de 46 pacientes (39%) y los anticuerpos anti-Dsg 1 se detectaron en 4 de 46 pacientes (9%). La recaída se reportó en 38 pacientes (43%). El tiempo medio libre de recaída fue significativamente menor en los pacientes con anti-Dsg 3 positivos, en comparación con los sujetos anti-Dsg 3 negativos ($p=0.015$) y en pacientes con inmunofluorescencia directa positiva, en comparación con los pacientes con inmunofluorescencia directa negativa ($p=0.047$), pero no en pacientes con anticuerpos anti-Dsg 1 positivos, en comparación con los sujetos con anticuerpos anti-Dsg 1-negativos ($p=0.501$). La sensibilidad y los valores predictivos de ninguna de estas pruebas fueron altos.

Limitaciones: el número reducido de pacientes con anticuerpos anti-Dsg y el uso de ELISA convencional.

Conclusión: ELISA positiva anti-Dsg 3 y en menor grado inmunofluorescencia directa positiva son predictores de recaídas en pacientes con pénfigo vulgar con remisión clínica. La decisión de suspender el tratamiento debe basarse en los resultados de estas pruebas, así como en los hallazgos clínicos.

Lilian Elizabeth Andrade-Morelos

Gan EY, Gahat T, Cario-André M, Seneschal J, et al. Clinical repigmentation patterns in paediatric vitiligo (*Patrones clínicos de repigmentación en vitiligo pediátrico*). *Br J Dermatol* 2016;175:555-560.

Antecedentes: la repigmentación es un desenlace esencial en el vitiligo; sin embargo, se carece de estudios clínicos que describan los patrones de repigmentación en esta afección.

Objetivo: evaluar y definir de manera clara los patrones de repigmentación en una serie de pacientes con vitiligo y correlacionarlos con las características clínicas y epidemiológicas.

Material y método: estudio en el que se incluyeron los pacientes con vitiligo que se valoraron al menos en dos ocasiones (consulta inicial y visita de seguimiento) en el Departamento de Dermatología Pediátrica del Hospital Universitario de Bordeaux, Hôpital Pellegrin des Enfants, de 2006 a 2014. Las fotografías clínicas y los registros de los casos también se revisaron.

Resultados: participaron 109 pacientes (64 mujeres y 45 hombres), la mayoría de ellos con fototipo Fitzpatrick tipo III (n=68%). La mayoría tuvo vitiligo no segmentario (n=72%) o segmentario (n=29%); en total, se analizaron 172 lesiones de vitiligo. De todos los patrones, el patrón combinado de pigmentación fue el más común (n=106, 62%). El patrón combinado se reportó de manera más frecuente en pacientes

con vitiligo segmentario vs no segmentario (p=0.009), mientras que el patrón difuso fue más frecuente en este último (p=0.007). La repigmentación difusa fue el patrón predominante en los párpados (p<0.001). Observamos un nuevo patrón en sitios con pocos folículos pilosos o ausentes, al que proponemos llamar repigmentación moteado medio. Este patrón inicia como máculas circulares de repigmentación, mayores a 5 mm de diámetro, mismas que desde el principio son más grandes que las máculas iniciales de repigmentación perifolicular. Este estudio es limitado por su naturaleza retrospectiva y una muestra pequeña para el análisis de subgrupo.

Conclusión: el patrón combinado de repigmentación fue el observado con más frecuencia. El patrón de repigmentación moteado medio es un nuevo patrón que requiere estudios más grandes para su mejor entendimiento.

Yevher Lorena Barrón-Hernández

Arkin LM, Ansell L, Rademaker A, Curran ML, et al. The natural history of pediatric-onset discoid lupus erythematosus (*Historia natural del lupus eritematoso discoide de inicio en la edad pediátrica*). *J Am Acad Dermatol* 2015;72:628-633.

Antecedentes: el lupus eritematoso cutáneo discoide es poco frecuente en la edad pediátrica. El riesgo de progresión hacia lupus eritematoso sistémico es incierto.

Objetivo: determinar el riesgo de progresión de lupus eritematoso cutáneo discoide en edad pediátrica a lupus eritematoso sistémico, así como caracterizar su fenotipo.

Material y método: estudio retrospectivo de 40 pacientes con lupus eritematoso cutáneo discoide.

Resultados: de 40 pacientes, 6 (15%) tuvieron lupus eritematoso cutáneo discoide como manifestación coexistente con lupus eritematoso sistémico. De los 34 pacientes restantes, al final 9 (26%) tuvieron criterios de lupus eritematoso sistémico y 15 (44%) resultaron con anomalías de laboratorio, sin tener criterios de este tipo de lupus. Sólo 10 (29%) pacientes mantuvieron la enfermedad limitada a la piel. El tiempo promedio de progresión a lupus eritematoso sistémico fue de 11 años, con mayor riesgo en el primer año después del diagnóstico de lupus eritematoso cutáneo discoide. La mayoría de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (89%) tuvo criterios diagnósticos de enfermedad mucocutánea

(lesiones discoides, eritema malar, úlceras orales y nasales y fotosensibilidad), anticuerpos positivos, citopenias o ambos, sin resultar con daño a órgano blanco, con mediana de cinco años de seguimiento.

Conclusiones: en pacientes pediátricos, el lupus eritematoso cutáneo discoide implica un riesgo significativo de progresión a lupus eritematoso sistémico, pero puede predecir un fenotipo más leve de enfermedad sistémica. Todos los pacientes requieren seguimiento adecuado de lupus eritematoso sistémico, en particular en el primer año después del diagnóstico.

Fátima Tinoco-Fragoso

Actividades en provincia de la Sociedad Mexicana de Dermatología, 2017

13 de enero

Guadalajara, Jalisco

Sesión conjunta con el Colegio de Dermatólogos de Jalisco

25 de enero

San Miguel de Allende, Guanajuato

Sesión conjunta con el Colegio de Dermatólogos del Estado de Guanajuato

18 de marzo

Yucatán

Sesión conjunta con el Colegio de Dermatólogos de Yucatán

6 de junio

Monterrey, Nuevo León

Sesión conjunta con la Sociedad de Dermatología de Nuevo León