

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

Tyler KH, Zirwas MJ. Contraception and the dermatologist (*Anticoncepción y el dermatólogo*). J Am Acad Dermatol 2013;68:1022-1029.

Los métodos anticonceptivos son de particular interés para el dermatólogo debido a una gran variedad de razones. Los anticonceptivos orales son una opción de tratamiento contra el acné y el hirsutismo, mientras que otros métodos anticonceptivos, como el acetato de medroxi-progesterona, el etonogestrel implantable y el dispositivo intrauterino de levonorgestrel pueden causar acné. Además, el dermatólogo debe estar familiarizado con los diferentes métodos anticonceptivos, los efectos secundarios, las contraindicaciones y la eficacia de cada uno, sobre todo cuando se prescriben medicamentos potencialmente teratogénicos a mujeres en edad fértil. La prescripción de anticonceptivos en Dermatología es necesaria en tres situaciones principales: 1) anticonceptivos orales combinados para el tratamiento del acné; 2) garantizar que las mujeres que reciben tratamientos potencialmente teratogénicos tengan un método anticonceptivo adecuado y 3) aconsejar a las pacientes acerca de los anticonceptivos que pueden agravar el acné. Los anticonceptivos orales combinados modernos pueden contribuir a aliviar el acné; sin embargo, existen algunos más efectivos que otros, debido a que contienen progestina como agente principal. Por ello, los anticonceptivos de larga acción reversibles deben ser la primera línea de tratamiento en mujeres que reciben fármacos potencialmente teratogénicos, teniendo siempre en cuenta que estos agentes, al liberar progestina, pueden agravar el acné.

Ana Laura Ramírez Terán

Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M, et al. Atopic dermatitis: A practice parameter update 2012 (*Dermatitis atópica: actualización en parámetros para la práctica 2012*). J Allergy Clin Immunol 2013;131:295-299.

La dermatitis atópica es, con frecuencia, la primera manifestación de enfermedades alérgicas. La mayoría de los pacientes con dermatitis atópica tienen otras afecciones relacionadas con la atopia, como rinitis, asma o alergia a alimentos. Por ello, la evaluación y tratamiento de esta afección forman parte integral de la capacitación y la práctica médica. Es también importante que los médicos de primer nivel entiendan las bases para una efectiva evaluación y tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica, porque afecta a más de 10% de los niños y puede tener repercusión importante en la calidad de vida del paciente y de su familia. Se han realizado avances notables para el mejor entendimiento de la genética y fisiopatología de la enfermedad. Las hipótesis de las causas de la dermatitis atópica deben incluir defectos de la barrera epidérmica y alteración inmunológica del sistema innato y adaptativo. La dermatitis atópica es un proceso inflamatorio complejo que constantemente está en revisión a medida que se dispone de más información del papel que juegan las células de Langerhans, los queratinocitos atópicos, los monocitos-macrófagos, los eosinófilos y los mastocitos y su interacción con IL-4, IL-5 e IL-13 producidos por linfocitos Th2 y Th22. Existe una interacción compleja entre estas células y sus productos y la susceptibilidad genética y el ambiente, que nos lleva a los hallazgos clínicos característicos de la dermatitis atópica. El objetivo principal de estos parámetros es mejorar la atención de los pacientes con dermatitis atópica;

esto debe lograrse al establecer límites para la evaluación y tratamiento de los pacientes con esta afección, mientras se reducen las amplias variaciones indeseadas e innecesarias en el tratamiento.

Fernando López Vázquez

Hennings C, Miller J. Illicit drugs: What dermatologist need to know (*Drogas ilícitas: lo que el dermatólogo necesita saber*). J Am Acad Dermatol 2013;69:135-142.

Se estima que 8% de la población mayor de 12 años consume drogas ilícitas. Esto conlleva un estigma social, por lo que los pacientes no reportan su consumo al médico. Es importante para los dermatólogos el reconocimiento de los signos cutáneos relacionados con el abuso de drogas para un adecuado tratamiento del paciente. Entre los signos se encuentran las marcas de trayectoria causadas por inyecciones intravenosas, resultado del daño y trombosis; erupciones cutáneas que surgen luego del daño irreversible resultado de la inyección subcutánea o intradérmica de la droga, lo que produce cicatrices atróficas, leuodérmicas y acnuadas; el síndrome de la mano hinchada, como signo de abuso previo o actual de drogas, que se manifiesta como edema no depresible en el dorso de las manos, pero que no afecta los dedos; tatuajes de hollín, que son resultado de la preparación de las drogas o de las agujas con cerillos, con posterior inyección de carbón y hollín a la dermis; hiperpigmentación de torniquete, que ocurre cuando los usuarios utilizan cualquier material disponible (cinturones, agujetas) muy apretado o por largas horas, lo que provoca inflamación e hiperpigmentación posinflamatoria; infecciones de la piel y los tejidos blandos, que son las más comunes en consumidores de drogas intravenosas.

De manera específica, la cocaína provoca halitosis, fisuras en los labios, madarosis, hiper-

queratosis palmar y plantar, vasculitis, verrugas nasales, entre otros. La heroína es responsable, en ocasiones, de dermatosis urticariforme, pénfigo vegetante, eritema necrolítico migratorio y acantosis nigricans. La metanfetamina produce xerosis, prurito, envejecimiento prematuro, hiperhidrosis, caries, erosiones en las encías, acné excoriado y erupciones liquenoides. La marihuana puede provocar necrosis periférica de las extremidades y el fenómeno de Raynaud. En cuanto al éxtasis, se han reportado casos con erupciones acneiformes y un caso de psoriasis en gotas.

Las drogas ilícitas que se venden en la calle de manera ocasional contienen sustancias inesperadas que son añadidas de manera no intencional durante el proceso de producción. La inyección de estas sustancias, como talco y almidón, provoca lesiones como granulomas. También se añaden aditivos adulterados para potenciar los efectos de las drogas, como lidocaína, quinina, cafeína, escopolamina, laxantes, levamisol, etcétera, con manifestaciones como vasculitis leucocitoclástica o trombótica.

Existen abundantes manifestaciones cutáneas del consumo y abuso de drogas ilícitas y debido a la falta de regulación de las mismas frecuentemente se agregan más. Para los dermatólogos es necesario conocer estas manifestaciones y tenerlas en cuenta como diagnóstico diferencial y, en caso necesario, proporcionar el tratamiento adecuado.

Ana María Gama Méndez

Rader RK, Payne KS, Guntupalli U, Rabinovitz HS, et al. The pink rim sign: Location of pink as an indicator of melanoma in dermoscopic images (*El signo rosado del borde: ubicación de áreas rosas como indicador de melanoma en imágenes dermatoscópicas*). J Skin Cancer 2014;2014:719740. doi: 10.1155/2014/719740.

Antecedentes: en imágenes dermatoscópicas de melanoma se han descrito múltiples áreas de color rosa, sin identificar la localización de éstas en la lesión.

Objetivo: identificar la estadística de áreas rosas centrales o periféricas en el melanoma y en lesiones melanocíticas benignas.

Método: tres observadores, no capacitados en dermatoscopia, analizaron retrospectivamente 1,290 imágenes dermatoscópicas: 296 melanomas (170 *in situ* y 126 invasivos) y 994 nevos melanocíticos benignos. Evaluaron las áreas rosas en el centro o en la periferia de la lesión.

Resultados: el área rosa se localizó en la periferia de 14.5% de los melanomas y en 6.3% de las lesiones benignas ($p \leq 0.0001$). El área rosa central se localizó en 12.8% de los melanomas y en 21.8% de las lesiones benignas ($p = 0.204$). El área rosa en los melanomas *in situ* tendía a aparecer en toda la lesión (68% de las lesiones rosas). Las áreas rosas en el melanoma invasivo aparecieron en 17% de los casos, a menudo como anillo periférico.

Conclusiones: la aparición de áreas rosas en la periferia, en imágenes dermatoscópicas de lesiones melanocíticas, puede indicar malignidad. Los autores proponen el signo del anillo rosa periférico como clave para el diagnóstico dermatoscópico del melanoma invasivo.

Ana García Gil

Reddy KK, Grossman L, Rogers GS. Common complementary and alternative therapies with potential use in dermatologic surgery: Risks and benefits (Alternativas terapéuticas complementarias comunes y alternativas con prescripción potencial en cirugía dermatológica: riesgos y beneficios). J Am Acad Dermatol 2013;68:27-35.

Antecedentes: los pacientes de cirugía ambulatoria frecuentemente reciben tratamientos de medicina complementaria y alternativa. Los tratamientos de este tipo pueden tener condiciones operatorias benéficas y adversas.

Objetivo: mejorar el conocimiento de los efectos de la medicina complementaria y alternativa en la cirugía dermatológica, lo que permitirá a los dermatólogos capitalizar las acciones terapéuticas y mitigar las complicaciones.

Método: búsqueda de tratamientos de medicina complementaria y alternativa en la bibliografía de PubMed. Se seleccionaron los tratamientos comunes con posibles efectos en la cirugía dermatológica. Además, se revisaron los posibles efectos benéficos y los adversos.

Resultados: se encontró una serie de productos que pueden usarse perioperatoriamente por el paciente. Los tratamientos que parecieron tener evidencia de efecto benéfico incluyeron: bromelaina, miel, propóleo, árnica, vitamina C y bioflavonoides, manzanilla, gel de aloe vera, cinc, caléndula, clórela, aceite de lavanda y centella asiática. Las complicaciones potenciales variaron según el producto e incluyeron: inhibición de plaquetas, dermatitis por contacto y, en casos raros, toxicidad sistémica.

Limitaciones: esta revisión se enfocó en la medicina complementaria y alternativa tomando en cuenta estudios importantes para evaluar la eficacia para la curación de heridas, los efectos antiinflamatorios, antipurpúricos o perioperatorios. La mayor parte de los estudios publicados fueron pequeños y con errores de diseño. La gama de productos de medicina complementaria y alternativa es grande y no se discutieron todos los tratamientos.

Conclusiones: se seleccionaron los tratamientos de medicina complementaria y alternativa que

reportaron promover la curación de heridas, la reducción de edema o púrpura y proveer efectos antiinflamatorios. Debido a las altas tasas de uso de la medicina complementaria y alternativa, los cirujanos deben familiarizarse con los usos comunes, beneficios y complicaciones de la misma.

Ely Cristina Cortés Peralta

Hajar T, Hanifin JM, Tofte SJ, Simpson EL. Prehydration is effective for rapid control of recalcitrant atopic dermatitis (La prehidratación es efectiva en el control rápido de la dermatitis atópica resistente). *Dermatitis* 2014;25:56-59.

Antecedentes: el cuidado de la piel es componente clave en el tratamiento de la dermatitis atópica. En la actualidad no hay guías óptimas para la recomendación del baño en estos pacientes.

Objetivo: determinar si los baños de 15 a 20 minutos, seguidos de la aplicación de corticoesteroides tópicos (terapia de prehidratación), son efectivos para aliviar la dermatitis atópica moderada a severa.

Método: estudio retrospectivo efectuado del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2011 en el servicio de consulta externa de Dermatología de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregon, Estados Unidos. Los pacientes fueron evaluados en la primera visita y una a tres semanas después del inicio de la terapia. La evaluación primaria fue la respuesta terapéutica con la escala de evaluación global. La evaluación secundaria fue la medición de la escala de respuesta al tratamiento.

Resultados: se incluyeron 110 pacientes con expediente electrónico; de ellos se excluyeron 35 pacientes. En la visita inicial, 75 sujetos fueron evaluados por los investigadores con la escala de evaluación global; 47 pacientes (64%)

con dermatitis atópica severa y 27 pacientes (36%) con dermatitis atópica moderada. Todos iniciaron la terapia de prehidratación, seguida de corticoesteroides tópicos. En el seguimiento a una a tres semanas, 59 pacientes (79%) tuvieron mejoría notable y 3 pacientes (4%) estaban libres de lesiones.

Conclusiones: la prehidratación, seguida de corticoesteroides tópicos, es un tratamiento sumamente efectivo que asegura el rápido control de la dermatitis atópica moderada a severa.

Hilda Carrillo Meléndrez

Da Silva JS, de Souza MAC, Ferreira A, Carvalho IM, et al. Manifestações cutâneas paraneoplásicas: conceitos e atualizações (Manifestaciones cutáneas paraneoplásicas: conceptos y actualizaciones). *An Bras Dermatol* 2013;88:9-22.

La piel a menudo refleja cambios sistémicos. Algunas neoplasias que afectan a los órganos internos pueden desencadenar diversas manifestaciones cutáneas. Aunque estas dermatosis son relativamente inusuales, el reconocimiento de las dermatosis paraneoplásicas típicas puede llevar al diagnóstico temprano de la neoplasia y determinar un mejor pronóstico. En este artículo de revisión se discuten las manifestaciones cutáneas paraneoplásicas estrechamente asociadas con neoplasias, que incluyen la acantosis nigricans maligna, palmas en tripa, eritema *gyratum repens*, síndrome de Bázex, hipertrichosis lanuginosa adquirida, eritema necrolítico migratorio, signo de Leser-Trélat y pénfigo paraneoplásico. También se revisaron las manifestaciones clínicas de cada entidad, con actualizaciones de la patogénesis de la enfermedad.

Érika Rodríguez Lobato

Yang C, Mosam A, Mankahla A, Dlova N, Saavedra A. HIV infection predisposes skin

to toxic epidermal necrolysis via depletion of skin-directed CD4+ T cells (La infección por VIH predispone a la piel a necrólisis epidérmica tóxica por agotamiento de células T CD4+ dirigidas a la piel). J Am Acad Dermatol 2014;70:1096-1102.

Antecedentes: la incidencia de erupciones por fármacos, incluida la necrólisis epidérmica tóxica, es mayor en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Objetivo: determinar si existen diferencias inmunofenotípicas en los infiltrados inflamatorios de lesiones de necrólisis epidérmica tóxica de pacientes con infección por VIH *versus* pacientes VIH negativos.

Método: se compararon los infiltrados inflamatorios de 12 casos de necrólisis epidérmica tóxica de pacientes con infección con VIH con los infiltrados inflamatorios en 12 casos de pacientes VIH negativos.

Resultados: los infiltrados de necrólisis epidérmica tóxica consistieron en linfocitos T CD3, CD4 y CD8, en la dermis y la epidermis. La infección por VIH se asoció con incremento de ocho veces de la relación de linfocitos T CD8+/CD4+ que infiltraban la dermis ($p = 0.006$) y la disminución en el número de células CD4+ ($p = 0.044$). Se observó también disminución significativa de la relación de células CD25+/CD4+ en la epidermis de pacientes con infección por VIH ($p = 0.011$).

Limitaciones: este estudio está limitado por el tamaño pequeño de ambas muestras.

Conclusiones: la disminución en el número de células CD4+ dirigidas a la piel y el incremento en la relación CD8+/CD4+ se observan en lesiones de necrólisis epidérmica tóxica de pacientes

con infección por el VIH y podrían contribuir al riesgo incrementado de padecer farmacodermias por la pérdida de células T reguladoras CD4+CD25+.

Luisa Patricia Ruiz López

Mage V, et al. Different patterns of skin manifestations associated with parvovirus B19 primary infection in adults (Diferentes patrones de manifestaciones cutáneas asociadas con la infección primaria por parvovirus B19 en adultos). J Am Acad Dermatol 2014;71:62-69.

Antecedentes: la afectación cutánea se ha documentado durante la primoinfección por parvovirus B19 en adultos.

Objetivo: describir las manifestaciones cutáneas asociadas con primoinfección de parvovirus B19 en adultos.

Método: estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Los pacientes incluidos (todos mayores de 18 años de edad) tuvieron infección primaria bien establecida por parvovirus B19.

Resultados: 29 pacientes se identificaron entre 1992 y 2013 (17 mujeres y 12 hombres). La mayor parte de las lesiones dermatológicas primarias eran eritematosas (86%) y, a menudo, purpúricas (69%). El prurito apareció en 48% de los casos. La erupción predominó en las piernas (93%), el tronco (55%) y los brazos (45%), con menor frecuencia de afectación facial (20%). Se identificaron cuatro diferentes patrones, a veces sobrepuestos: exantema, que fue reticulado y anular en algunos casos (80%), el patrón de guante y calcetín (24%), el patrón perifleural (28%) y púrpura palpable (24%).

Limitaciones: su diseño retrospectivo y el posible sesgo de la selección en los centros de atención terciaria.

Conclusiones: nuestros hallazgos sugieren que la infección por parvovirus B19 primaria se asocia con manifestaciones cutáneas polimorfas, con cuatro predominantes, a veces superpuestas, en los patrones clínicos. La distribución acral o periflexural y las lesiones purpúricas o anular-reticuladas son sumamente sugerentes de infección por parvovirus B19.

Elisa González

Daudén E, Bewley A, Lambert J, Girolomoni G, et al. Expert recommendations: the use of the fixed combination calcipotriol and betamethasone dipropionate gel for the topical treatment of psoriasis (Recomendaciones del experto: la prescripción fija de la combinación de gel de calcipotriol y dipropionato de betametasona para el tratamiento tópico de la psoriasis). JEADV 2014;28:22-32.

La falta de apego al tratamiento es un problema general y complejo. Es factor clave en la efectividad de los tratamientos tópicos en enfermedades crónicas, como la psoriasis. Comunicamos la opinión de los expertos de la eficacia del tratamiento tópico de la psoriasis con la combinación fija del gel (gen Daivobet®, calcipotriol más dipropionato de betametasona) como caso de estudio. La combinación fija del gel es un tratamiento tópico de primera línea contra la psoriasis leve a moderada, desarrollada para ser el tratamiento patrón de referencia. Este gel tópico es eficaz y bien tolerado, la mayoría de nuestros pacientes lo prefieren comparado con la fórmula en pomada. Evaluamos nuestra experiencia de la vida real considerando las posibles diferencias entre la práctica diaria y los resultados de los ensayos clínicos. Recomendamos un enfoque multifacético para mejorar la eficacia de la vida real y cruzar la brecha entre los ensayos de investigación y la realidad del tratamiento. Proponemos las siguientes recomendaciones: 1) educar a proveedores de atención médica

primaria y a los pacientes con psoriasis acerca de cómo manejar eficazmente el tratamiento, 2) aclararle al paciente por qué el tratamiento debe ser continuado, incluso cuando los síntomas se alivian y 3) proporcionar un ambiente de apoyo que no permita que el paciente se sienta abandonado. Un enfoque centrado en el paciente puede mejorar el apego, lo que conducirá a un tratamiento más eficaz para los pacientes con psoriasis.

Anika Ruiz Hernández

Koeppel MC, Bonnet N, Berbis P. Reacciones adversas cutáneas a medicamentos. EMC-Dermatología 2014;48:1-10.

Los medicamentos administrados por vía general pueden causar modificaciones cutáneas, habitualmente de duración limitada, aunque en ocasiones también prolongadas o definitivas y con gran repercusión estética. Entre los trastornos de la pigmentación prevalecen las hiperpigmentaciones de mecanismos variados, a veces múltiples, respecto a una misma molécula. De coloración muy variada, pueden ser localizadas y adoptar un aspecto de melasma predominante en zonas fotoexpuestas o difusas. Las hipocromías son menos comunes y, en ocasiones, de aspecto vitiligoide. Las discromías cutáneas suelen asociarse con trastornos de la pigmentación de las uñas y el cabello. Además de las alteraciones de la pigmentación, los medicamentos provocan cambios en el cabello y en el vello: calvicie, alopecia areata, cambios estructurales, hipertrichosis o hirsutismo. La estructura de las uñas puede ser alterada: líneas de Beau, onicomadesis y onicolisis. Las erupciones acneiformes representan 1% de las reacciones cutáneas a medicamentos. Son papulopustulosas y a menudo no comedonianas. Los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico causan erupción papulopustulosa a modo de foliculitis predominante en las zonas seborreicas.

Las lipodistrodías se observan en relación con los tratamientos antirretrovirales. Se distinguen por lipoatrofia o lipohipertrofia asociadas con alteraciones metabólicas y exponen a un riesgo elevado de aterosclerosis. En algunos casos, las reacciones adversas a los medicamentos pueden tratarse de manera favorable con láser (hiperpigmentación, hipertrichosis) o técnicas de relleno (lipodistrofia).

Rosa López González

Jain N, Doshi B, Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: Diagnosis simplified (*Trichoscopy en alopecias: diagnóstico simplificado*). Int J Am Trichology 2013;5:170-178.

La alopecia es la enfermedad del pelo observada con más frecuencia y el diagnóstico diferencial temprano en ocasiones puede ser muy difícil. Los métodos comúnmente utilizados para estudiar las enfermedades del pelo y la piel cabelluda pueden ser invasivos (biopsia), semiinvasivos (tricograma) o no invasivos (cuenta de pelos y prueba del tirón). La dermatoscopia, también llamada microscopia epiluminiscente o microscopia superficial de la piel, se utiliza comúnmente para observar lesiones pigmentadas y aumenta la precisión en el diagnóstico del melanoma. En 2006, Lidia Rudnicka y Malgorzata Olszewcka acuñaron el término tricoscopia, refiriéndose a la imagen dermatoscópica del pelo y la piel cabelluda. Es una técnica simple y no invasiva; es un instrumento que tenemos a la mano y puede utilizarse para diagnosticar enfermedades comunes del pelo y la piel cabelluda. Pueden utilizarse dermatoscopios manuales (10x) o videodermatoscopios con lentes desde 20x hasta 1,000x. En este artículo se describen los hallazgos tricoscópicos en el pelo y la piel cabelluda sanos, así como los observados en las enfermedades que afectan con más frecuencia estas estructuras: alopecia androgenética, alopecia areata, efluvio telógeno, tiña de la cabeza,

tricotilomanía, liquen plano pilar, lupus eritematoso discoide y enfermedades del tallo del pelo. Además de diagnosticar alopecia, tiene el potencial de obviar biopsias innecesarias, y cuando se requiere realizar biopsia ayuda a escoger el sitio ideal para tomarla. Además, la tricoscopia es una herramienta útil para evaluar la respuesta al tratamiento con fotografías en cada cita de seguimiento.

Paulina Fernández Rueda

Danial C, et al. An open-label study to evaluate sildenafil for the treatment of lymphatic malformations (*Estudio abierto para evaluar el sildenafil para el tratamiento de las malformaciones linfáticas*). J Am Acad Dermatol 2014;70:1050-1057.

Antecedentes: las malformaciones linfáticas pueden ser difíciles de tratar. Intervenciones terapéuticas como la cirugía y la escleroterapia son invasivas y pueden dar lugar a la recurrencia y complicaciones locales.

Objetivo: evaluar el efecto del sildenafil oral en la reducción del volumen de malformación linfática y sus síntomas en niños.

Método: siete niños (4 hombres, 3 mujeres, con edades de 13 a 85 meses) con malformaciones linfáticas recibieron sildenafil oral durante 20 semanas. El volumen de la malformación linfática se calculó con imágenes de resonancia magnética antes y después de 20 semanas del tratamiento con sildenafil. Las malformaciones linfáticas se evaluaron clínicamente en las semanas 4, 12, 20 y 32. El médico y los padres evaluaron la malformación linfática en comparación con el valor inicial.

Resultados: cuatro sujetos tuvieron disminución del volumen de la malformación linfática (1.0-31.7%). En dos niños, a pesar de aumento del

volumen de la malformación linfática (1.1-3.7%), se observó mejoría clínica mientras tomaba el sildenafil. Uno de los pacientes tuvo aumento de 29.6% en el volumen de la malformación linfática y no tuvo respuesta terapéutica. Las malformaciones linfáticas de los seis pacientes que tuvieron respuesta terapéutica al sildenafil se suavizaron y fueron fácilmente compresibles. Los eventos adversos fueron mínimos.

Limitaciones: será necesario realizar un ensayo controlado con distribución al azar para verificar los efectos del sildenafil en las malformaciones linfáticas.

Conclusiones: el sildenafil puede reducir el volumen de las malformaciones linfáticas y los síntomas en algunos niños.

Elisa González

Fedele, S, Fung, PPL, Bamashmous N, et al. Long-term effectiveness of intralesional triamcinolone acetate therapy in orofacial granulomatosis: an observational cohort study (Efectividad a largo plazo del acetónido de triamcinolona en granulomatosis orofacial: estudio observacional de cohorte). Br J Dermatol 2014;170:794-801.

Antecedentes: se ha sugerido que la inyección intralesional de triamcinolona es un tratamiento seguro y efectivo para el control de la inflamación de la granulomatosis orofacial.

Objetivos: investigar si un régimen estandarizado de triamcinolona intralesional tiene beneficios a largo plazo en el edema orofacial de estos pacientes y estudiar las asociaciones potenciales con factores pronóstico.

Método: estudio retrospectivo, observacional, de una cohorte homogénea de 22 pacientes con granulomatosis orofacial. El objetivo primario era definir un decremento estadísticamente signifi-

cativo en la severidad de la enfermedad después del tratamiento. Se utilizó el análisis estadístico de Wilcoxon y la regresión logística.

Resultados: comparado en el pretratamiento, hubo un decremento en la severidad de la enfermedad todo el tiempo, incluso a 48 meses postratamiento ($p < 0.01\%$). El análisis de regresión logística no mostró ninguna variable independiente con significación estadística ($p > 0.05\%$). La mayoría de los pacientes, 63.6% (14/22), recibieron en una ocasión la aplicación de triamcinolona intralesional y no tuvieron recurrencia de la enfermedad. El promedio del periodo libre de enfermedad fue de 28.9 ± 18 meses. No se reportaron efectos adversos.

Conclusiones: éste es el primer estudio con una cohorte grande de pacientes para demostrar la efectividad a largo plazo de la triamcinolona intralesional en el control de la inflamación de la granulomatosis orofacial. Se necesitan más estudios de casos y controles que valoren los resultados.

Elizabeth Salazar Rojas

Famenini S, Young LC. Aspirin use and melanoma risk: a review of the literature (Prescripción de aspirina en riesgo de melanoma: revisión de la bibliografía). J Am Acad Dermatol 2014;70:187-191.

El uso de medidas efectivas para la prevención del melanoma ha adquirido suma importancia, debido a su creciente incidencia. Además del bloqueador solar, la prescripción de antiinflamatorios no esteroides, en especial la aspirina, se asocia con reducción de riesgo de múltiples cánceres, como el colorrectal, el gástrico y el de mama.

Los estudios de casos y controles han revelado disminución significativa del riesgo de melanoma con la administración de aspirina, en

comparación con estudios de cohorte en los que no se ha podido demostrar el mismo beneficio, quizá por prescribirse con menor posología y durante tiempo insuficiente de tratamiento.

El ácido acetilsalicílico administrado durante tiempo prolongado se asocia con menor riesgo de melanoma, especialmente en el sexo femenino. Este beneficio no se ha podido demostrar con otros antiinflamatorios no esteroides. La exposición prolongada se asocia con riesgo de reducción de neoplasias, en especial las colorectales. Es necesario contrarrestar los riesgos de sangrado de la exposición prolongada con sus potenciales características antitumorales.

Junto con los beneficios cardiovasculares y respecto al cáncer de colon, la administración

diaria de aspirina puede ser benéfica en los pacientes con este riesgo. Es probable que la posología y la duración de su administración en los estudios de cohorte sean la causa de que se le considere insuficiente para mostrar un efecto protector, en comparación con los estudios de casos y controles en los que sí muestra protección, incluidos los casos de síndrome de nevo displásico y antecedente familiar. Por ello se recomienda la administración diaria en estos pacientes que no tengan alguna contraindicación, como el riesgo potencial de sangrado en los pacientes hemofílicos. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar el papel protector de la aspirina en la prevención de melanoma.

Ana María Gama Méndez