

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

Melnik B, John S, Plewing G. Acne: risk indicator for increased body mass index and insulin resistance (Acné: indicador de riesgo para índice de masa corporal aumentado y resistencia a la insulina). Acta Dermatol Venereol 2013;93:644-649.

Introducción: el acné es un indicador visible de una sobreactivación de la señalización por mTORC1; desviación metabólica desfavorable que causa enfermedades clásicas de la civilización occidental, asociadas con aumento en el índice de masa corporal, resistencia a la insulina y aparición de menarquia a temprana edad. Una carga glucémica alta y el consumo de leche y de productos lácteos, típicos en la dieta occidental, aumentan la señalización de mTORC1.

Método: se realizó una revisión de la bibliografía en la que se reporta evidencia de la asociación de acné con aumento en el índice de masa corporal, resistencia a la insulina y dieta occidental.

Resultados: el aumento en el consumo de leche durante la adolescencia puede afectar negativamente la homeostasia de las glándulas sebáceas y de otras glándulas, como la próstata. La señalización exagerada de mTORC1 afecta no sólo la homeostasia del folículo, también la maduración sexual normal en los adolescentes.

Conclusión: por medio de una dieta paleolítica, el dermatólogo podría tener la oportunidad de atenuar la señalización de mTORC1 al reducir la carga glucémica y el consumo de leche. Esto podría curar el acné, así como prevenir enfermedades metabólicas más graves.

María José Villaseñor Díaz

Ladizinski, et al. Frontal fibrosing alopecia: A retrospective review of 19 patients seen at Duke University (Alopecia frontal fibrosante; estudio retrospectivo de 19 pacientes atendidos en la Universidad de Duke). JAAD 2013;68:749-755.

Introducción: la alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia cicatricial que se observa principalmente en mujeres posmenopáusicas y se distingue por regresión de la línea de implantación fronto-temporo-parietal, eritema perifolicular y pérdida de las cejas. La incidencia se desconoce, pero el número de mujeres que tienen esta afección aumentó significativamente en años recientes. No se ha establecido alguna terapia efectiva contra esta entidad.

Objetivo: comunicar los hallazgos clínicos y demográficos relevantes de los pacientes con diagnóstico de alopecia frontal fibrosante atendidos en una clínica de alopecias, así como sus respuestas a diversas intervenciones terapéuticas.

Método: se incluyeron los pacientes atendidos en el Centro de Investigación y Tratamiento de Trastornos del Pelo, de la Universidad de Duke, entre 2004 y 2011, con criterios de inclusión de alopecia frontal fibrosante y firmaron un consentimiento informado para su participación en la base de datos de ese centro.

Resultados: diecinueve pacientes femeninas cumplieron con los criterios de inclusión; la mayoría de ellas eran de raza blanca y estaban en la posmenopausia. Se aplicaron diversos tratamientos, incluidos esteroides tópicos e intralesionales, antibióticos e inmunomoduladores, con resultados decepcionantes en la mayoría

de las pacientes. Sin embargo, la mayoría experimentó estabilización de la enfermedad con la administración de dutasteride.

Limitantes: estudio retrospectivo, por lo que en ocasiones los expedientes clínicos carecían de algunos datos.

Conclusiones: la alopecia frontal fibrosante es causa de pérdida de pelo cada vez más frecuente, de la que aún se desconoce su origen. Sin un claro entendimiento de la patogénesis y la evolución de este padecimiento, no es de sorprender que los tratamientos son poco o nada efectivos. En la institución que realizó el estudio, el dutasteride fue el tratamiento más eficaz para frenar la progresión, pero no se asoció con crecimiento significativo de pelo.

Leopoldo de Velasco Graue

Yoo Duk Choi, et al. Amelanotic acral melanomas: clinicopathological, BRAF mutation, and KIT aberration analyses (Melanoma acral amelanótico: análisis clínico-patológico, mutaciones y aberraciones en el gen BRAF y KIT). JAAD 2013;69:700-707.

Introducción: el melanoma acral amelanótico es muy difícil de diagnosticar por sus características clínicas e histopatológicas. Existen los melanomas acrales amelanóticos completos, que no tienen pigmento, y los melanomas acrales amelanóticos incompletos, con pigmentación focal.

Objetivo: comunicar un análisis de las características clínico-patológicas del melanoma acral amelanótico, así como la búsqueda de mutaciones en el gen BRAF y aberraciones en el gen KIT en 35 pacientes coreanos con melanoma acral amelanótico.

Método: se incluyeron y analizaron 35 pacientes coreanos, de los cuales, 28 tuvieron melanomas acrales amelanóticos completos y siete casos, melanomas acrales amelanóticos incompletos.

Resultados: de todos los melanomas acrales, 26 (45.7%) se localizaron en los dedos, 21 (82.9%) mostraron úlcera y 16 casos se extendieron a la región subungueal. La variante clínico-patológica más común fue la nodular, en 63.6%. Se realizó inmunohistoquímica: HMB-45 se encontró fuertemente positivo en 66.7% de los melanomas acrales amelanóticos; cuatro fueron negativos para HMB-45 y tres de éstos fueron completos. De un total de 33 pacientes analizados, se detectaron mutaciones en el gen BRAF en dos casos y aberraciones en el gen KIT en 11 casos. De éstos, cuatro casos (12.1%) fueron melanomas acrales amelanóticos completos; 20 pacientes se encontraban en un estadio TNM I o II y la media de supervivencia fue de 30.14 ± 4.54 meses.

Limitaciones: el estudio se limitó por la pequeña muestra de pacientes.

Conclusiones: nuestros resultados no son concluyentes; sin embargo, notamos que las mutaciones en el gen KIT en los melanomas acrales amelanóticos completos pueden traducir alteraciones de la tirosina cinasa.

Diana Emma Becerril Parra

Delgado WA, Mosqueda A. A highly sensitive method for diagnosis of secondary amyloidosis by labial salivary gland biopsy (Un método de alta sensibilidad para el diagnóstico de amiloidosis secundaria por biopsia de glándulas salivales labiales). J Oral Pathol Med 1989;18:310-314.

Objetivo: determinar la sensibilidad de la biopsia de glándulas salivales para el diagnóstico de amiloidosis secundaria.

Método: se tomaron biopsias de glándulas salivales y gingivales de 19 pacientes, con hallazgos clínicos sugerentes de amiloidosis secundaria.

Resultados: se encontraron depósitos de amiloide en las 19 biopsias de glándulas salivales y solamente en tres de las biopsias gingivales (16%). No se encontró amiloide en las biopsias de los 11 pacientes control. El daño periductal de amiloide se encontró en la membrana basal de todas las biopsias de glándulas salivales. Del total de pacientes, 84% tuvo infiltración acinar, 68% infiltración perivascular y 37% depósito intersticial. El amiloide en la encía se encontró en la membrana basal, pero no en áreas aisladas, en las papilas dérmicas y en los vasos sanguíneos pequeños. En la amiloidosis secundaria, el depósito de amiloide se acumula en la membrana basal del epitelio, antes de que ocurra el depósito perivascular.

Conclusiones: este estudio usó un método altamente sensible y confiable para el diagnóstico de amiloidosis secundaria, al ser un método técnicamente sencillo, sin complicaciones y bien tolerado por los pacientes.

Elizabeth Salazar Rojas

Foering K, et al. Characterization of clinical photosensitivity in cutaneous lupus erythematosus (Características clínicas de la fotosensibilidad en lupus cutáneo eritematoso). JAAD 2013;69:205-213.

Introducción: la fotosensibilidad en el lupus eritematoso frecuentemente se determina por el reporte por el paciente.

Objetivo: investigar las características del autorreporte de fotosensibilidad en pacientes con lupus eritematoso cutáneo.

Método: se realizó búsqueda de fotosensibilidad para clasificar subjetivamente cinco fenotipos:

lupus eritematoso cutáneo inducido por radiación solar directa (directCLE), exacerbación general de lupus eritematoso cutáneo (genCLE), erupción polimorfa lumínica *like* (genSkin), prurito y parestesias (genRxn) y síntomas sistémicos inducidos por sol (genSys). Se entrevistaron los 91 sujetos con lupus eritematoso cutáneo, solo o asociado con lupus eritematoso sistémico.

Resultados: del total de pacientes, 81% tuvo uno o más fenotipos de fotosensibilidad. En 86% se reportaron reacciones específicas de lupus eritematoso cutáneo (inducido por radiación solar directa o exacerbación general). La mayor actividad de lupus eritematoso cutáneo (determinada por el índice de actividad de enfermedad por área y severidad de lupus eritematoso cutáneo) fue sugerente de reacciones fotoinducidas ($p=0.09$). De los sujetos con fotosensibilidad, 60% describió respuestas no específicas: reacción polimorfa lumínica *like*, prurito y parestesias generalizados. Estos fototipos también llegaron a asociarse con reacciones específicas de lupus eritematoso cutáneo y predijeron mayor daño sistémico, medido por la evaluación global del médico en un modelo de análisis de regresión (genSkin, $p=.02$ y genRxn, $p=0.05$). En 36% de los sujetos que reportaron reacciones sistémicas y mayores puntuaciones en la evaluación global médica fue predictor de fenotipo de síntomas sistémicos ($p=0.02$), pero no de diagnóstico de lupus eritematoso ($p=0.14$).

Limitaciones: la fotosensibilidad fue inferida por el paciente y no observada directamente.

Conclusiones: la caracterización del autorreporte de fotosensibilidad en pacientes con lupus eritematoso reveló que éstos experimentan una combinación de reacciones de lupus eritematoso crónico específicas, reacciones de lupus eritematoso crónico no específicas y reacciones sistémicas a la luz solar. Las recidivas de lupus eritematoso crónico fotoinducido se asocian con

mayor actividad de la enfermedad cutánea. La erupción polimorfa lumínica *like* y el prurito y parestesias generalizados, así como las reacciones sistémicas, se asociaron con mayor actividad de enfermedad sistémica. El reconocimiento de los fenotipos de fotosensibilidad permiten mejorar las definiciones de la fotosensibilidad clínica para realizar investigaciones más precisas de su fisiopatología.

Leopoldo de Velasco Graue

Sakamoto Y, Nakajima H, Imanishi N, Kishi K. The interrupted V-Y advancement flap for the reconstruction of the vulvovaginal defect (Colgajo de avance V-Y interrumpido para la reconstrucción de defectos vulvovaginales). Int J Dermatol 2013;52:1125-1128.

Antecedentes: la reconstrucción de alta calidad de los defectos vulvovaginales después de una escisión tumoral es crítica. Se han descrito varias técnicas para su reconstrucción; sin embargo, estos colgajos frecuentemente son muy voluminosos y en ocasiones ocurre necrosis de la punta. Para reducir el grosor y prevenir la necrosis del colgajo, los autores desarrollaron un abordaje ideal: usaron un colgajo fasciocutáneo, avanzado en una modalidad V-Y modificada.

Material y método: el colgajo V-Y se interrumpe en el área del defecto por un colgajo bipediculado y, por tanto, es llamado colgajo de avance V-Y interrumpido.

Resultados: este colgajo se usó para cubrir defectos vulvovaginales en cinco pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por enfermedad de Paget extramamaria o por carcinoma de la vulva. Cada colgajo sobrevivió completamente sin complicaciones.

Conclusiones: este colgajo es simple, no voluminoso y seguro, por su irrigación proveniente

de la arteria pudenda interna, sin esqueletización excesiva del pedículo vascular; además de semejar la calidad de la piel local. Este colgajo podría usarse en otras topografías, como la cara.

Stefanie Arroyo Camarena

Wolberink EAW, Pasch MC, Zeiler M, van Erp PEJ, et al. High discordance between punch biopsy and exposition in establishing basal cell carcinoma subtype: analysis of 500 cases (Alta discordancia entre biopsia con sacabocado y por escisión en la determinación del subtipo de carcinoma basocelular: análisis de 500 casos). J EADV 2013;27:985-989.

Antecedentes: el carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en humanos. La incidencia mundial es mayor de 10% por año, lo que incrementa la carga para dermatólogos, médicos generales y patólogos, así como los costos de los servicios de salud. Las opciones terapéuticas no quirúrgicas cada vez son más usadas en el tratamiento contra dicha entidad, sin confirmación histológica del subtipo de carcinoma basocelular, lo que resulta en un potencial subtratamiento.

Objetivo: evaluar la precisión diagnóstica de biopsia con sacabocado del subtipo histológico de carcinoma basocelular en carcinoma basocelular primario y la prevalencia del subdiagnóstico basado en la biopsia de subtipos agresivos. La precisión de la biopsia con sacabocado se definió como concordancia en el diagnóstico de subtipo de carcinoma basocelular entre biopsia con sacabocado y biopsia por escisión.

Método: se realizó una revisión retrospectiva de expedientes de carcinoma basocelular primario, diagnosticados con biopsia con sacabocado y tratados posteriormente con escisión. Se incluyeron los primeros 100 carcinomas basocelulares consecutivos por año, de 2004 a 2009, con un total de 500 carcinomas basocelulares evaluados.

Resultados: la precisión general de la biopsia con sacabocado del subtipo de carcinoma basocelular, comparada con la biopsia por escisión, fue de 69% en carcinoma basocelular, de un solo tipo de 83% (n=343) y en tipo mixto de 37% (n=157). La precisión varió sustancialmente de acuerdo con el subtipo de carcinoma basocelular; fue más alta en el tipo superficial (84%) y subsecuentemente en los subtipos infiltrativo (69%), nodular (63%) y micronodular (38%). En 11% de todos los casos apareció un subtipo más agresivo no sospechado.

Conclusión: la biopsia con sacabocado tiene alta precisión diagnóstica en carcinomas basocelulares de un solo tipo y una precisión considerablemente más baja cuando existe más de un subtipo histológico (mixto) en el establecimiento del subtipo de carcinoma basocelular, comparada con la biopsia por escisión. La existencia de un subtipo agresivo no sospechado podría explicar la deficiencia de los tratamientos no quirúrgicos, como imiquimod, o la terapia fotodinámica.

Luisa Patricia Ruiz López

Francès C, Cosnes A, Duhuat P, Zahr N, et al. **Low blood concentration of hydroxychloroquine in patients with refractory cutaneous lupus erythematosus. A French multicenter prospective study (Concentraciones séricas bajas de hidroxycoloroquina en pacientes con lupus eritematoso cutáneo. Estudio prospectivo multicéntrico francés).** Arch Dermatol 2012;148:479-484.

Objetivo: estudiar la relación entre las concentraciones séricas de sulfato de hidroxycoloroquina y su eficacia clínica en una serie de pacientes con lupus eritematoso cutáneo.

Método: estudio multicéntrico, prospectivo, efectuado en 14 hospitales universitarios de Francia, con 300 pacientes con lupus eritema-

toso cutáneo subagudo o crónico que fueron tratados con sulfato de hidroxycoloroquina durante al menos tres meses. Un dermatólogo cegado a las concentraciones séricas de sulfato de hidroxycoloroquina realizó la revisión estandarizada de los expedientes y la evaluación de la eficacia de esta sustancia, dividiéndola en tres categorías: remisión completa, remisión parcial (>50%) y deficiencia del tratamiento. Se tomaron muestras de sangre para medir el sulfato de hidroxycoloroquina; además, se realizaron análisis uni y multivariado de las variables.

Resultados: de los 300 pacientes 160 tenían lupus eritematoso discoide, 86 lupus eritematoso cutáneo subagudo, 52 lupus eritematoso túbido, 26 lupus pernio y 16 paniculitis de lupus; 38 mostraron dos o más formas clínicas. Las concentraciones séricas fueron más altas en pacientes con remisión completa, comparados con la remisión parcial y la deficiencia del tratamiento (p=0.007). Del total de pacientes, 10% tuvo concentraciones muy bajas de sulfato de hidroxycoloroquina (<200 ng/mL) que puede deberse a falta de apego al tratamiento.

Conclusiones: la medición de las concentraciones séricas de sulfato de hidroxycoloroquina puede mejorar el tratamiento contra el lupus eritematoso cutáneo resistente.

Elizabeth Salazar Rojas

Kassem R, Yarom N, Scope A, Babaev M, et al. **Treatment of erosive oral lichen planus with local ultraviolet B phototherapy (Tratamiento del liquen plano oral erosivo con fototerapia local con luz ultravioleta B).** J Am Acad Dermatol 2012;66:761-766.

Antecedentes: el liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente.

Objetivo: demostrar la eficacia terapéutica de la fototerapia ultravioleta local (UVB) contra el liquen plano oral.

Método: pacientes con liquen plano oral erosivo, confirmado por biopsia y resistente al tratamiento médico previo fueron tratados con el sistema TheraLight UV 120-2 (TheraLight Inc., Carlsbad, CA). Se accedió directamente a las lesiones a través de una guía flexible de fibra. La fototerapia local se realizó tres veces por semana, con aumento gradual de la dosis de UVB en cada sesión. La mucosa oral afectada se definió como un área con erosiones o lesiones reticulares sintomáticas. La respuesta completa se definió como la reducción de al menos 80% del área de la mucosa afectada y la respuesta parcial se definió como reducción de 50 a 80% del área de la mucosa afectada. El criterio de valoración principal fue la eficacia después de ocho semanas de tratamiento.

Resultados: catorce pacientes se incluyeron en el estudio; nueve lograron la respuesta completa y cinco, respuesta parcial después de ocho semanas de tratamiento. Diez pacientes continuaron en terapia de mantenimiento y mantuvieron su respuesta durante otras 29 semanas. Ninguno de los pacientes mostró efectos secundarios graves con la terapia con UVB local.

Limitaciones: el estudio se realizó en una pequeña serie de pacientes, en un solo centro médico. Se necesitan otros estudios, con muestras más grandes de pacientes, para validar los resultados obtenidos.

Conclusión: la fototerapia UVB local puede ser una modalidad de tratamiento prometedor contra el liquen plano oral erosivo.

Elisa Monserrat González Medina

Guy F, Webster MD, et al. Comparative pharmacokinetic profiles of a novel isotretinoin formulation (isotretinoin-lidose) and the innovator isotretinoin formulation: A randomized, 4-treatment, crossover study (Perfiles farmacocinéticos comparativos de una nueva fórmula de isotretinoína [isotretinoína-lidose] y la isotretinoína convencional: estudio aleatorizado de cuatro tratamientos). JAAD 2013;69:762-767.

Introducción: una alimentación rica en grasas es necesaria para la absorción óptima de isotretinoína. Una nueva fórmula de isotretinoína que mejora su absorción, aun en ausencia de grasas en la dieta, recientemente fue aprobada por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos.

Objetivo: describir los perfiles farmacocinéticos de este nuevo agente, en comparación con isotretinoína tradicional.

Método: estudio abierto, a dosis única, aleatorizado, de cuatro dosis, cruzado y comparativo entre estas dos fórmulas de isotretinoína.

Resultados: ambas fórmulas fueron bioequivalentes en condiciones de alimentación. Como era de esperar, en un estado de ayuno la absorción de ambas fórmulas se redujo. Una diferencia considerable entre los dos fármacos se produjo bajo condiciones de ayuno, pues hubo una marcada mejoría de la biodisponibilidad global de la fórmula isotretinoína-lidose. La media de las concentraciones plasmáticas de la fórmula isotretinoína-lidose durante el ayuno alcanzó 66.8% de la observada con una dieta rica en grasas y la de la fórmula isotretinoína alcanzó sólo 39.6% de la observada con una dieta rica en grasas.

Limitaciones: sólo la dieta alta en grasas y en calorías, de 50 g de grasa, estipulada por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos, se estudió en el estado alimentado.

Conclusión: la fórmula isotretinoína-lidose es bioequivalente a la formulación tradicional en condiciones de alimentación con respecto a su perfil farmacocinético, pero ofrece el doble de isotretinoína y 4-oxo-isotretinoína cuando se administra después de un ayuno durante la noche.

Leopoldo de Velasco Graue

Li J, Kelly R. Treatment of pyoderma gangrenosum with mycophenolate mofetil as a steroid-sparing agent (Tratamiento contra el pioderma gangrenoso con mofetil micofenolato como agente esteroide). J Am Acad Dermatol 2013;69:565-569.

Antecedentes: el micofenolato mofetil ha tenido una creciente popularidad como tratamiento inmunosupresor emergente contra varias enfermedades dermatológicas autoinmunitarias, entre ellas, el pioderma gangrenoso.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de micofenolato mofetil como tratamiento contra el pioderma gangrenoso.

Método: se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de pioderma gangrenoso tratados con micofenolato mofetil en nuestra institución (en Victoria, Australia) durante los últimos 11 años (de 2001 a 2012).

Resultados: se identificaron 26 pacientes, 14 hombres y 12 mujeres. Nueve pacientes (34.6%) tenían alguna afección sistémica asociada. Todos los pacientes recibieron prednisolona. El micofenolato mofetil fue administrado de primera línea como agente ahorrador de esteroides en 11 pacientes (42.3%), de segunda línea en 14 (53.8%) y de tercera línea en uno (3.85%). La duración media del tratamiento fue de 12.1 meses. Catorce pacientes experimentaron efectos secundarios (53.8%), aunque la mayor parte fueron leves

(26.9%). Un paciente falleció después de una perforación de colon sigmoide (3.85%). En total, 22 pacientes mostraron mejoría clínica durante el tratamiento de micofenolato mofetil (84.6%). Trece pacientes lograron la cicatrización completa de la úlcera (50%), 10 lo hicieron mientras tomaban micofenolato mofetil y tres después de terminar el tratamiento.

Limitaciones: se trató de un estudio retrospectivo, basado en una cohorte de un solo centro.

Conclusión: nuestra experiencia sugiere que micofenolato mofetil es altamente eficaz contra el pioderma gangrenoso, asociado con prednisolona o como parte del tratamiento combinado con otros inmunosupresores.

Elisa M González Medina

Poterucha T, Murphy S, Sandroni P, Rho R, et al. Topical amitriptyline combined with topical ketamine for the management of recalcitrant localized pruritus: A retrospective pilot study (Amitriptilina tópica combinada con quetamina tópica para el tratamiento contra el prurito localizado resistente: estudio piloto retrospectivo). J Am Acad Dermatol 2013;69:320-321.

Antecedentes: el prurito localizado es una de las indicaciones más comunes de referencia al dermatólogo y en muchas circunstancias puede ser resistente a múltiples tratamientos; es necesario tener opciones de tratamiento efectivas y seguras.

Objetivo: revisar la respuesta de los pacientes con prurito localizado, resistente a la combinación tópica de amitriptilina-quetamina, la cual aún no está aprobada por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos.

Método: estudio piloto, retrospectivo, en el que se revisaron 16 pacientes de la Clínica Mayo que recibieron este tratamiento contra el prurito, de

enero 2004 a noviembre de 2011. La respuesta al tratamiento se categorizó, según la descripción del paciente, en: completa (100%), sustancial (>50%), algo (<50%), sin alivio y con empeoramiento de los síntomas. La concentración de los medicamentos administrados fue: quetamina 0.5% y amitriptilina 1 o 2%, formulada en crema o gel, aplicada una a cinco veces al día durante un promedio de 10 meses.

Resultados: de todos los pacientes, 12% tuvo mejoría completa, otro 12% tuvo mejoría sustancial, 38% algo de mejoría, 31% sin mejoría y 6% empeoramiento.

Limitaciones: se trató de una muestra pequeña de pacientes, con heterogeneidad de las enfermedades cutáneas y fue un estudio retrospectivo.

Conclusión: los resultados son intrigantes, debido a que la mayoría de los pacientes mostró algún alivio del prurito causado por varias condiciones, por lo que es necesaria la realización de estudios prospectivos más grandes para determinar la eficacia y la seguridad y si la respuesta depende de la causa del prurito.

Stefanie Arroyo Camarena

Nakamura R, Abrego Broce AA, Cantillo Palencia DP, Anaya Ortiz NI, et al. Dermatoscopy of nail lichen planus (*Dermatoscopia de liquen plano de la uña*). Int J Dermatol 2013;52:684-687.

Antecedentes: el liquen plano de la uña afecta a 10% de los pacientes con liquen plano. Es una enfermedad severa que puede llevar a la destrucción completa de la lámina ungueal. Afecta más a las uñas de las manos que a las de los pies. El diagnóstico temprano es importante, debido a su comportamiento agresivo. Se debe valorar la histopatología; sin embargo, ésta no siempre es concluyente del diagnóstico. La dermatoscopia ha probado ser útil en el diagnóstico, tratamiento

y pronóstico de esta afección. Hoy en día se cuenta con muy poca información respecto a la dermatoscopia de liquen plano de la uña.

Método: estudio descriptivo, prospectivo, en el que se seleccionó y analizó la información fotográfica de 11 pacientes, con 79 uñas afectadas con liquen plano de la uña, que fueron valorados en una unidad especializada en uñas. La información se confirmó con análisis histopatológico que mostró afección de la matriz ungueal, el lecho ungueal y el periungueal.

Resultados: la dermatoscopia reportó anomalías de la matriz ungueal, con traquioniquia en 40.5% y hoyuelos (*pitting*) en 34.1%. En cuanto a anomalías del lecho ungueal, hubo cromoniquia en 55.7%, fragmentación del cuerpo de la uña en 50.6%, hemorragia en astilla en 35.4%, onicólisis en 27.8% y queratosis subungueal en 7.5%. Estas anomalías involucraron conjuntamente la matriz ungueal, el lecho ungueal y la región periungueal; además de estrías longitudinales en 82.2% y anoniqia en 1.27%. La paroniqia apareció en 31.6% de los pacientes.

Conclusión: si se considera que el liquen plano de la uña es una enfermedad subdiagnosticada con consecuencias severas, el diagnóstico temprano es fundamental. Este estudio descriptivo de las características dermatoscópicas del liquen plano de la uña puede destacar algunos cambios clave en el curso de la enfermedad que podrían contribuir a la sospecha diagnóstica, al tratamiento temprano y a mejorar el pronóstico.

Sergio E Leal Osuna

Carney C, Cantrell W, Warner J, Elewski B. Treatment of onychomycosis using a submillisecond 1064-nm neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser (*Tratamiento de onicomycosis con láser neodimio-itrinio-aluminio*).

garnet [Nd-YAG] de 1064 nm en submilisegundos). J Am Acad Dermatol 2013;69:578-582.

El tratamiento con láser es una terapia novedosa contra la onicomycosis. Se realizó este estudio para determinar la respuesta térmica y los efectos ópticos del láser Nd-YAG 1064 nm en submilisegundos contra patógenos fúngicos comunes de la uña, así como la eficacia clínica y la seguridad del mismo en el tratamiento contra la onicomycosis de las uñas de los pies. Se realizó un estudio de cuatro partes *in vivo* con láser Nd-YAG 1064 nm. La primera parte evaluó tres diferentes patógenos en suspensión a siete distintas temperaturas y tiempo de exposición. En la segunda y tercera partes del estudio se irradiaron únicamente colonias fúngicas y en la última parte se realizó tratamiento *in vivo* de las uñas de los pies en cinco sesiones. Los resultados arrojaron que el efecto fungicida contra *Trichophyton rubrum* fue a los 50° después de 15 minutos y contra *Epidermophyton floccosum* fue de 50° después de 10 minutos. El crecimiento de *Scytalidium* se observó a 55° después de cinco minutos. No se observó inhibición después de la exposición al láser de las colonias o suspensiones. *In vivo*, el tratamiento de las uñas no mostró mejoría en el Índice de Severidad de la Onicomycosis. La limitación de este estudio fue que el único láser probado fue Nd-YAG 1064 nm.

Conclusión: el tratamiento de la onicomycosis no se relacionó con el daño térmico o con los efectos directos del láser. El tratamiento *in vivo* demostró no dar resultado para curar la onicomycosis.

Andrés Eliseo Puga Rojas

Courtney J, Ensslin, et al. Pruritus in patients treated with targeted cancer therapies: systematic review and meta-analysis (Revisión sistemática y metanálisis: prurito en pacientes tratados con terapias blanco en cáncer). JAAD 2013;69:708-720.

Introducción: el prurito se ha descrito anecdóticamente en asociación con terapias blanco en cáncer. El riesgo de prurito no se ha analizado sistemáticamente.

Objetivo: realizar una revisión sistemática de metanálisis publicados en la bibliografía de: axitinib, cetuximab, desatinib, erlotinib, everolimus, gefitinib, imatinib, ipilimumab, lapatinib, nilotinib, panitumumab, pazopanib, rituximab, sorafenib, temsiroimus, tositumumab, vandenatib y vemurafenib.

Método: se realizó la búsqueda en PubMed (de enero de 1998 a julio de 2012) y en los archivos de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (de 2004 a 2012). La incidencia y el riesgo relativo de prurito se calcularon con modelos de efectos al azar y fijos.

Resultados: la incidencia de todos los grados de prurito y de prurito de alto grado fue de 17.4% (intervalo de confianza 16-19%) y 1.4% (intervalo de confianza 1.2-1.6%), respectivamente. Se demostró mayor riesgo para todos los grados de prurito (riesgo relativo 2.9%), con variación entre los diferentes medicamentos ($p < .001$).

Limitantes: los reportes de prurito pueden variar, como resultado de medicamentos concomitantes, de comorbilidades y de padecimientos neoplásicos. Se encontró mayor incidencia de prurito en pacientes con tumores sólidos, lo que coincide con la relación entre terapias dirigidas y mayor incidencia de prurito.

Conclusiones: existe un riesgo significativamente mayor en pacientes que reciben terapias blanco. Para prevenir dosis subóptimas y disminución de la calidad de vida, los pacientes deben ser valorados y tratados para el alivio de este síntoma.

Leopoldo de Velasco Graue

Coda A, Hata T, Miller J, et al. Cathelicidin, kallikrein 5, and serine protease activity is inhibited during treatment of rosacea with azelaic acid 15% gel (La actividad de catelicidina, kaliceína 5 y serina-proteasa se inhibe durante el tratamiento de la rosácea con ácido azelaico al 15% en gel). J Am Acad Dermatol 2013;69:570-577.

Antecedentes: el exceso de catelicidina y kaliceína 5 está implicado en la fisiopatología de la rosácea.

Objetivo: evaluar los efectos del ácido azelaico en estos elementos del sistema inmunológico innato.

Método: estudio abierto, prospectivo, multicéntrico, con gel de ácido azelaico al 15%, se midió la expresión génica y la actividad de proteasa en modelos de laboratorio y en pacientes con rosácea durante 16 semanas.

Resultados: el ácido azelaico inhibe directamente la kaliceína 5 en cultivos de queratinocitos, así como la expresión génica de la kaliceína 5, receptor de tipo Toll 2 y la catelicidina en la piel de ratón. Los pacientes con rosácea mostraron reducción en la catelicidina y en el ARN mensajero de kaliceína 5 después del tratamiento con ácido azelaico al 15%. Se identificaron subgrupos de pacientes con rosácea con y sin aumento de la actividad de serina-proteasa; los que tuvieron actividad de serina-proteasa aumentada reportaron una reducción significativa de la actividad al ser tratados con ácido azelaico al 15%.

Limitaciones: el tamaño de la muestra fue muy pequeño para predecir la eficacia clínica según el cambio en la inmunidad innata con ácido azelaico.

Conclusiones: la catelicidina y la kaliceína 5 disminuyen con la exposición al ácido azelaico. Estas observaciones sugieren un nuevo mecanismo de acción del ácido azelaico y la actividad

de serina-proteasa puede ser un marcador útil de la actividad de la enfermedad.

María José Villaseñor Díaz

Rochert N, Chavan R, Cappel M, Wada D, et al. Sweet syndrome: clinical presentation, associations and response to treatment in 77 patients (Síndrome de Sweet: manifestación clínica, asociaciones y respuesta al tratamiento de 77 pacientes). J Am Acad Dermatol 2013;69:557-564.

Introducción: el síndrome de Sweet es una dermatosis neutrofílica con lesiones cutáneas dolorosas que pueden estar asociadas con malignidad, infecciones, enfermedades inflamatorias y medicamentos.

Objetivo: se describieron las características clínicas y tratamiento de los pacientes, según la causa subyacente.

Método: estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de síndrome de Sweet, atendidos en la Clínica Mayo de 1992 a 2010.

Resultados: de los 77 pacientes analizados con síndrome de Sweet, la edad promedio fue 53 años; 45 eran hombres (56%); 18 pacientes (23%) tuvieron una infección previa. Del total, 41 (53%) manifestaron síndrome de Sweet clásico, 27 (35%) asociado con malignidad y 12% asociado con fármacos. Del 35% asociado con malignidad, 21 casos se relacionaron con discrasias sanguíneas (mieloproliferativo-mielodisplásico) y el resto (6) con tumores sólidos. La media de hemoglobina en pacientes con síndrome de Sweet fue estadísticamente más baja en los pacientes con malignidad que en la manifestación clásica. El tratamiento con esteroides sistémicos fue el tratamiento más común.

Dante Villamil