Dermatol Rev Mex 2024; 68 (6): 853-864.

Dermatología
Revista mexicana

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

Sección realizada por residentes de Dermatología, pasantes y diplomados en Micología.

Pirmez R. The dermatoscope in the hair clinic: Trichoscopy of scarring and nonscarring alopecia (*El dermatoscopio en la clínica de pelo: tricoscopia de alopecia cicatricial y no cicatricial*). J Am Acad Dermatol 2023; 89 (2): S9-S15. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.033

La tricoscopia se considera una parte esencial de la consulta por pérdida de pelo. Permite la visualización de estructuras morfológicas que no son evidentes a simple vista, incluidas las anomalías de la superficie cutánea perifolicular e interfolicular y de los cambios en el grosor y la forma del tallo piloso. En este artículo se analizaron los conocimientos actuales sobre la tricoscopia en las formas más comunes de alopecias cicatriciales y no cicatriciales.

Alopecias no cicatriciales: *difusas*: alopecia androgenética (AGA): la miniaturización del folículo piloso conducirá al adelgazamiento del pelo y la característica que mejor refleja este proceso en la tricoscopia es la diversidad del diámetro del tallo piloso, con tallos gruesos y numerosos tallos pilosos delgados y miniaturizados. Efluvio telógeno: la tricoscopia por sí sola tiene un valor diagnóstico limitado. Pueden observarse pelos cortos (círculos rojos) con punta fina y se vuelven más gruesos en su base. El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y el examen físico. *Irregulares:* Alopecia areata: la inflamación conduce a la formación de tallos pilosos distróficos con mayor fragilidad que evolucionan a puntos negros o pelos rotos llamados pelos en signo de exclamación, que es la rápida transición de anágeno a telógeno, lo que causa el estrechamiento del tallo proximal. El signo de recrecimiento del pelo incluye pelos cortos que vuelven a crecer y cabellos en forma de cola de cerdo. Tricotilomanía: a medida que los pacientes se arrancan el pelo cada tallo puede romperse a una altura diferente, la característica tricoscópica es de pelos rotos a diferentes longitudes. Tiene múltiples características adicionales, como cabellos en espiral, gancho, llama, signo de exclamación, signo V, entre otros. Tiña de la cabeza: las características son suficientes para establecer el diagnóstico inicial y sugerir la invasión fúngica, particularmente *Trichophyton tonsurans*; los tallos se deforman y muestran un patrón curvilíneo con predominio de pelos en coma y sacacorchos. Las esporas se acumulan alrededor de los tallos, lo que resulta en bandas blancas delgadas similares a código Morse que llegan a pelos en zigzag, que son los sitios donde se rompe el pelo.

Alopecias cicatriciales: es la destrucción irreversible de los folículos pilosos que dará como resultado pérdida de aberturas foliculares.

Alopecias cicatriciales linfocíticas: liquen plano pilar clásico: la inflamación es principalmente foliculocéntrica; algunos signos, como eritema y descamación, tendrán un patrón de distribución perifolicular. Las escamas abrazan los tallos formando estructuras tubulares conocidas como cilindros. Los pequeños mechones que tienen dos a cuatro tallos de pelo rodeados de descamación son muy sugerentes del diagnóstico. Lupus eritematoso discoide: La inflamación difusa resulta en patrones perifoliculares e interfoliculares. Esto conduce a la interrupción de red pigmentada y la incontinencia pigmentaria, conocida como puntos azul-grisáceos en un patrón moteado, tapones queratósicos, vasos arborizantes gruesos y puntos rojos foliculares. Alopecia cicatricial centrífuga central: la red pigmentada está preservada y hay leve eritema perifolicular y descamación. Los halos blanque-

cino-grisáceos peripilares son una característica típica relacionada con fibrosis perifolicular.

Alopecias cicatriciales neutrofílicas: celulitis disecante: el infiltrado inflamatorio profundo puede mostrar características que semejan la alopecia areata, como puntos negros y aberturas foliculares vacías. En etapas tardías se observan grandes tapones queratósicos. Foliculitis decalvante: las áreas típicas incluyen mechones de pelo que pueden estar rodeados de escamas concéntricas gruesas y costras amarillentas y hemorrágicas, pústulas foliculares y áreas de color rojo lechoso que carecen de aberturas foliculares.

María Fernanda Figueroa Hernández

Berenguer S, Romero M, Aparicio M, Olivares M, et al. Comparación del uso de la terapia tópica combinada con anti-interleucina-17 y anti-interleucina-23 en la psoriasis moderada grave en la práctica clínica. Actas Dermo-Sif 2024; 115 (7): 647-653. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ad.2023.12.004

Introducción: la psoriasis es una enfermedad crónica e inmunomediada que afecta del 1 al 4% de la población adulta en todo el mundo. El 80% de los pacientes tienen una forma leve que puede controlarse con tratamiento tópico. En el resto de los pacientes la forma es moderada o grave y requiere terapias sistémicas, convencionales o biológicas para el control de la enfermedad. El incremento progresivo de la efectividad de las terapias biológicas permite plantear unos objetivos exigentes en términos clínicos y de calidad de vida en los individuos con psoriasis moderada. La combinación de terapias biológicas y tópicas podría acelerar el tiempo para alcanzar la respuesta óptima, alargar el mantenimiento de la respuesta inicial a la terapia biológica, proporcionar un tratamiento correcto de las lesiones resistentes en los respondedores parciales, así como favorecer la reducción de la dosis y los efectos secundarios de las terapias biológicas. El eje IL-23/Th7 se considera la principal vía patogénica en psoriasis; con los agentes dirigidos a esta vía se logran respuestas clínicas excelentes. La velocidad de respuesta de los fármacos anti-IL-17 pronosticaría que los sujetos suspendieran el tratamiento tópico más precozmente que con un anti-IL-23/p19 o un anti-IL-23/p40. Existen estudios que demuestran el beneficio de combinar un tratamiento tópico con terapias sistémicas clásicas y con un anti-TNF. Sin embargo, no hemos encontrado bibliografía en la práctica cínica habitual acerca del esquema combinado de fármacos tópicos con anti-IL-17 o anti-IL-23.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes mayores de 18 años con psoriasis moderada-grave, tratados con anti-IL-17 (secukinumab, ixekizumab). En cada paciente se calculó el PASI 75 y 90 para identificar en cada consulta si había alcanzado o no las respuestas esperadas.

Resultados: se incluyeron 138 pacientes que recibieron secukinumab (n = 39), ixekizumab (n = 26), brodalumab (n = 10), guselkumab (n = 37) y ustekinumab (n = 26). En la cohorte global, tras seis meses de tratamiento, el 51.1% de los pacientes alcanzó un PASI de 100; el 56.6% obtuvo PASI de 90 y el 74.6% igual o menor a 2. A los seis meses, el 50.4% de los pacientes alcanzó un aclaramiento completo junto con afectación de la calidad de vida mínima o ausente (DLQI 0 o 1), la variable llamada happyPASI100. Además, el 60.4% logró happyPASI menor de 2. Respecto del tipo de tratamiento tópico en el cuerpo y las extremidades, el 100% aplicaba combinaciones fijas de calcipotriol-betametasona. De ellos, el 75%, además, administraba corticosteroides, principalmente propionato de clobetasol al 0.05%. El 40% optaba por mometasona en loción en la piel cabelluda. La frecuencia global de administración de tratamiento tópico basal fue: el 55% a diario; el 2.7% cinco a seis días

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

a la semana; el 16.4% tres a cuatro días a la semana; el 8.2% uno a dos días a la semana y el 17.3% no lo usó. El tiempo medio estimado para la administración de tratamiento tópico en esta cohorte fue de 4.3 meses.

Discusión: se trata de una serie de 138 pacientes con psoriasis moderada-grave, tratados con terapias biológicas en combinación con tratamiento tópico en la práctica clínica. En esta cohorte, a los seis meses de terapias biológicas con anti-IL-17 y anti-IL-23 aumentó hasta 86.8% la cantidad de pacientes que no requirieron tratamiento tópico. En todos los grupos de terapia biológica se observó una disminución de administración de tratamiento tópico; brodalumab y guselkumab fueron los fármacos con los que mayor porcentaje de sujetos reportó no requerir tratamiento tópico. Pese a ser el fármaco con menor eficacia en los ensayos clínicos, en esta serie, ustekinumab fue el segundo con el que los sujetos mostraron mayor velocidad de interrupción de tópicos, aunque el tamaño muestral bajo podría influir en este resultado. En el grupo tratado con secukinumab, hallamos pacientes con índice PASI100 y que reportaban aplicación diaria de tratamientos tópicos, que podrían estar contribuyendo al control de las áreas con actividad mínima de la enfermedad.

Conclusiones: se observó disminución significativa en la frecuencia de administración de tratamiento tópico a los seis meses de iniciar una terapia biológica en la práctica clínica. El aclaramiento completo conlleva un menor administración de tratamiento tópico y, por tanto, registrar esto puede ser un dato adicional de eficacia, porque conseguir el PASI100 en monoterapia de biológicos o a expensas de seguir aplicando tópicos a diario supone una gran diferencia para el sujeto. En comparación con otras series, las variables sociodemográficas no parecieron influir en la frecuencia de uso del tratamiento tópico. Estos resultados sugieren que el registro de esta variable puede ser una herramienta útil en la práctica clínica para los médicos y pacientes.

Jimena Pérez Rubio

Llamas-Velasco M, Ovejero-Merino E. Inteligencia artificial en el diagnóstico dermatopatológico. Piel (Barc) 2024. https://doi.org/10.1016/j.piel.2024.01.002

En los últimos 20 años, el avance en las tecnologías de la información y su capacidad de procesamiento han impulsado el desarrollo de la inteligencia artificial, que especialmente se aplica en la medicina de diagnóstico por imagen, como la Dermatología y Dermatopatología. En este ámbito se han creado algoritmos para asistir en el diagnóstico de lesiones, con un enfoque significativo en las lesiones melanocíticas. Además, la inteligencia artificial permite otras aplicaciones, como la predicción de tinciones inmunohistoquímicas y el desarrollo de algoritmos de pronóstico. Los avances también incluyen técnicas para "colorear" imágenes de microscopia confocal, lo que permite su uso en el diagnóstico de carcinoma basocelular. Este artículo discute las aplicaciones principales de la inteligencia artificial y el aprendizaje automático en la Dermatopatología, incluyendo técnicas como el aprendizaje profundo, que son capaces de aprender autónomamente para diferenciar tejidos sanos de los enfermos. La integración de estas técnicas ayuda en la identificación y pronóstico de enfermedades como el melanoma y ha impulsado el interés en el diagnóstico asistido por ordenador en la Dermatopatología. Además, se menciona que ya se ha aprobado el uso de inteligencia artificial en otros campos, como la citopatología ginecológica y el análisis inmunohistoquímico en cáncer de mama.

Este artículo menciona varios estudios que exploran la aplicación de redes neuronales convolucionales para diagnosticar enfermedades, como el melanoma y el carcinoma basocelular

en cortes histopatológicos. El estudio de Brinker y su grupo es destacado por su acercamiento realista al permitir que la inteligencia artificial analice cortes completos sin marcas en las regiones tumorales; compararon su rendimiento con el de dermatopatólogos expertos y encontraron resultados similares. Esto sugiere un potencial para lo que se denomina diagnóstico aumentado, donde la inteligencia artificial podría complementar el trabajo de los patólogos y mejorar la precisión de los diagnósticos. Además, se discute el desarrollo de algoritmos para aplicaciones menos comunes, como la identificación de estructuras fúngicas y cambios citopáticos, así como tecnologías para simular tinciones inmunohistoquímicas que podrían reducir costos y recursos. Sin embargo, también se reconocen desafíos significativos, como la variabilidad en la calidad de las imágenes y la falta de marcadores claros en la heterogeneidad de ciertos cánceres, como lo muestra el estudio de Brinker y colaboradores sobre la predicción de la positividad del ganglio centinela en melanomas.

El texto concluye con una discusión sobre los desafíos técnicos asociados con la aplicación práctica de la inteligencia artificial en Dermatopatología. Por ejemplo, trata el problema de los sesgos en las bases de datos, que pueden afectar la generalización de los modelos de inteligencia artificial, señalando que las técnicas actuales para corregir estos sesgos, como las funciones de pérdida modificadas, no son completamente efectivas. Además, menciona que las técnicas de aumento de datos, como la rotación de imágenes, no son aplicables en Dermatopatología debido a la orientación específica y orden biológico de las capas de la piel.

Otra limitante es que los diagnósticos clínicos requieren correlacionar factores clínicos más que simplemente la imagen histopatológica, lo que complica la aplicación de inteligencia artificial que se basa sólo en imágenes. Además, muchos algoritmos funcionan de manera binaria, lo que es insuficiente debido a la diversidad de diagnósticos diferenciales posibles en la práctica dermatopatológica.

También se señala la variabilidad en las características tintoriales y en la calidad de las imágenes escaneadas entre diferentes centros, lo que puede limitar la utilidad de los algoritmos de inteligencia artificial y sugiere que la estandarización sigue siendo un desafío significativo.

Por último, aunque algunos dermatopatólogos ven a la inteligencia artificial como algo potencialmente útil en su trabajo diario, el texto insiste en que cualquier diagnóstico establecido por inteligencia artificial, como el de melanoma, debe ser validado por un dermatopatólogo humano debido a la complejidad y variabilidad de los casos. Esto subraya la necesidad de establecer un marco legal y ético que defina los márgenes de error aceptables y la responsabilidad en caso de errores en los diagnósticos asistidos por inteligencia artificial.

Mariana Herrera Ocampo

Krajewski PK, Matusiak Ł, Ständer S, Thaçi D, Szepietowski JC, Zirpel H. Risk of cardiovascular disorders in hidradenitis suppurativa patients: a large-scale, propensity-matched global retrospective cohort study (*Riesgo de trastornos cardiovasculares en pacientes con hidradenitis supurativa: estudio de cohorte retrospectivo a gran escala y con coincidencia de propensión a nivel mundial*). Int J Dermatol 2024; 63 (6): 799-805. doi: 10.1111/ijd.17186

Introducción: los trastornos cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en todo el mundo. Entre la variedad de factores predisponentes a la aparición de enfermedad coronaria, la aterosclerosis es el más común. La hidradenitis supurativa es un trastorno cutáneo crónico, recurrente y debilitante caracterizado por inflamación local y sistémica. Se observó

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

que los pacientes con hidradenitis supurativa tienen concentraciones más altas de IL-1b, IL-6, TNF-alfa, IL-17 y metaloproteinasa de matriz. Estas citocinas participan en la disfunción endotelial y en la creación y formación de placas ateroscleróticas. Además, alrededor de la mitad de los pacientes con hidradenitis supurativa son obesos y tienen síndrome metabólico comórbido y abuso de nicotina. Con frecuencia tienen concentraciones lipídicas anormales y patrones de adipocinas proaterogénicas que promueven la resistencia a la insulina. El objetivo del estudio fue evaluar el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes con diagnóstico de hidradenitis supurativa.

Material y métodos: se realizó el estudio de cohorte retrospectivo a gran escala y con coincidencia de propensión mundial para analizar el riesgo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con hidradenitis supurativa. El análisis incluyó a 144,100 pacientes con hidradenitis supurativa y 144,100 controles sanos. Se identificaron 90 trastornos cardiovasculares.

Resultados: los pacientes con hidradenitis supurativa mostraron mayor frecuencia de sobrepeso u obesidad, dependencia de nicotina y diabetes mellitus, pero menor probabilidad de hipertensión primaria en comparación con los controles sanos. Un total de 47 trastornos cardiovasculares se asociaron con mayor riesgo de inicio en pacientes con hidradenitis supurativa. La cohorte de hidradenitis supurativa mostró una predisposición excepcionalmente alta de padecer infarto de miocardio, embolia aguda y trombosis venosa profunda de la extremidad inferior.

Discusión: la hidradenitis supurativa se asocia con diversas comorbilidades: el síndrome metabólico, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y el tabaquismo. Más del 50% de los pacientes son diagnosticados con síndrome metabólico y son fumadores activos, mientras que hasta una cuarta parte tienen diabetes mellitus tipo 2. La enfermedad cardiovascular más frecuente fue infarto de miocardio significativamente mayor en las mujeres y en pacientes mayores de 30 años.

Conclusiones: el estudio revela que los pacientes con hidradenitis supurativa tienen un riesgo significativamente mayor de enfermedades cardiovasculares; la insuficiencia cardiaca es la más común. Esto sugiere que la hidradenitis supurativa puede ser un factor de riesgo independiente de estas comorbilidades, especialmente al considerar los otros factores de riesgo cardiovascular que suelen estar presentes en estos pacientes.

Carla I Figueroa Basurto

Zhu Y, Du X, Shen S, Song X, Xiang W. Body dysmorphic disorder symptoms in patients with melasma *(Síntomas del trastorno dismórfico corporal en pacientes con melasma)*. Int J Dermatol 2024; 63 (6): 787-794. doi: 10.1111/ijd.17013

Introducción: el melasma es un trastorno cutáneo pigmentado; se ha encontrado que los trastornos pigmentarios tienen un efecto negativo significativo en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Aunque el melasma no amenaza la salud física de los pacientes, su repercusión en la calidad de vida no debe subestimarse porque puede afectar las emociones, el autoestima o la confianza de los pacientes, y tener un efecto en la vida social, incluso en la eficiencia laboral. El trastorno dismórfico corporal es un tipo de trastorno psiquiátrico relativamente común, pero poco reconocido, especialmente en entornos dermatológicos. Existen estudios de la incidencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos; la preocupación más frecuente es la discromía, que incluye el melasma y la hiperpigmentación posinflamatoria. Los objetivos del estudio fueron *i)* estimar la tasa positiva y características del trastorno dismórfico corporal en pacientes con melasma y *ii)* comparar la condición psicológica de pacientes con melasma y controles sanos tomando en cuenta

la edad y el sexo.

Material y métodos: se reclutaron pacientes con melasma. La muestra consistió en pacientes consecutivos tratados por melasma en la Clínica Especializada en Melasma del Departamento de Dermatología del Tercer Hospital Popular de Hangzhou entre septiembre de 2021 y diciembre de 2022. Se excluyeron los pacientes que no podían leer chino o que no estaban dispuestos a cooperar con la investigación. *Medidas:* se creó un cuestionario que incluía variables demográficas de los pacientes, historial de melasma (duración del inicio, tratamiento previo, etc.) y de otras enfermedades. La gravedad del melasma se calificó utilizando el Índice de Área y Severidad del Melasma; la escala de Calidad de Vida del Melasma se utilizó para evaluar el efecto del melasma en la calidad de vida. Se utilizó el cuestionario de trastorno dismórfico corporal. El grado de ansiedad se evaluó usando la escala de autoevaluación de ansiedad y la escala de autoevaluación de depresión.

Resultados: de los 470 pacientes con melasma incluidos en el estudio, 53 dieron positivo en el cuestionario de trastorno dismórfico corporal y tenían antecedentes de tratamiento, así como Índice de Área y Severidad del Melasma, escala de Calidad de Vida en el Melasma, escala de autoevaluación de ansiedad y escala de autoevaluación de depresión más altos. En comparación con los controles sanos, los pacientes con melasma tenían una tasa positiva más alta en el cuestionario de trastorno dismórfico corporal y puntajes más altos en las escalas de autoevaluación de ansiedad y depresión.

Discusión: los hallazgos sugieren que la incidencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes con melasma es más alta que en otras dermatosis, y es más baja en comparación con dermatosis relacionadas con pérdida de cabello y acné. El uso de escalas de autoevaluación para el diagnóstico y tratamiento, como el cuestionario de trastorno dismórfico corporal, permite el reconocimiento oportuno de la posible existencia de trastorno dismórfico corporal.

Conclusión: el tratamiento del melasma es un desafío y es imposible lograr la ausencia completa de pigmentación, lo que causa gran angustia en algunos pacientes, especialmente aquéllos con trastorno dismórfico corporal subyacente. La derivación psiquiátrica de los pacientes tiene un efecto positivo en la enfermedad y en las relaciones médico-paciente. Este estudio no sólo evaluó la tasa positiva del cuestionario de trastorno dismórfico corporal en el melasma, sino que también propuso la viabilidad del tratamiento psiquiátrico para pacientes con melasma.

Carla I Figueroa Basurto

Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, et al. Failure of scabies treatment: A systematic review and meta-analysis *(Fracaso del tratamiento de la escabiasis: revisión sistemática y metanálisis)*. Br J Dermatol 2024; 190 (2): 163-173. doi: 10.1093/bjd/ljad308

Introducción: la escabiasis es una dermatosis contagiosa pruriginosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Se propaga principalmente a través del contacto directo de la piel. El fracaso del tratamiento puede ocurrir en, incluso, el 30% de los casos. Hay una variedad de fármacos escabicidas, que pueden dividirse en agentes tópicos y orales, e incluyen ivermectina oral o tópica, permetrina tópica, lindano, benzoato de bencilo y crotamitón. Se ha sugerido que los predictores del fracaso del tratamiento se asocian con el estado inmunológico del huésped, la elección del tratamiento, la exposición a futuros eventos de trasmisión y la resistencia a los medicamentos. El objetivo de la revisión fue determinar la prevalencia del fracaso del tratamiento e investigar los factores asociados en niños y adultos diagnosticados con escabiasis tratada con permetrina,

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

ivermectina, crotamitón, benzoato de bencilo, malatión, azufre o lindano.

Material y métodos: búsqueda en Medline, Embase, CINAHL, Web of Science, Scopus, Global Health y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados de ensayos con distribución al azar y cuasi-aleatorios, así como de estudios observacionales que reclutaron niños o adultos diagnosticados con escabiasis confirmada o clínica y tratados con permetrina, ivermectina, crotamitón, benzoato de bencilo, malatión, azufre o lindano, y que midieron el fracaso del tratamiento o factores asociados con éste.

Resultados: un total de 147 estudios fueron elegibles para su inclusión. La prevalencia general de fracaso del tratamiento fue del 15.2%. La ivermectina oral, ivermectina tópica y permetrina tuvieron una prevalencia de fracaso relativamente más baja en comparación con la prevalencia general. La prevalencia de fracaso fue menor en pacientes tratados con dos dosis de ivermectina oral en comparación con los tratados con una dosis. La prevalencia de fracaso del tratamiento general y de permetrina en los estudios incluidos (1983-2021) aumentó en un 0.27 y 0.58% por año, respectivamente. Sólo tres estudios hicieron un análisis multivariable de factores de riesgo; ningún estudio evaluó la resistencia.

Discusión: el fracaso del tratamiento varió considerablemente entre los medicamentos administrados para tratar la escabiasis; la permetrina e ivermectina mostraron la prevalencia más baja de fracaso del tratamiento. La ivermectina oral, administrada en dos dosis, se asoció con una reducción significativa del fracaso del tratamiento en comparación con una sola dosis. El fracaso del tratamiento ha aumentado progresivamente con el tiempo a una tasa del 0.2% por año. En los estudios incluidos, se supuso que el fracaso del tratamiento estaba relacionado con las características de la administración del medicamento, la gravedad de la enfermedad, problemas de implementación del tratamiento y características del paciente. La resistencia a los medicamentos nunca se ha evaluado. Gran parte de los hallazgos de los niveles de fracaso del tratamiento de la ivermectina y la permetrina son similares a los reportados en la biobliografía.

Conclusiones: este estudio es la revisión más completa de la prevalencia del fracaso del tratamiento de la escabiasis y del fracaso posiblemente relacionado con resistencia al tratamiento. Los hallazgos muestran evidencia de menor fracaso del tratamiento con dos dosis de ivermectina en comparación con una dosis. Las pautas deberían armonizarse con respecto a dos cursos de tratamiento y podría considerarse el tratamiento combinado.

Carla I Figueroa Basurto

Alexis A, Del Rosso JQ, Forman S, Martorell A, et al. Importance of treating acne sequelae in skin of color: 6-month phase IV study of trifarotene with an appropriate skincare routine including UV protection in acne-induced post-inflammatory hyperpigmentation (*Importancia del tratamiento de las secuelas del acné en la piel de color: estudio de fase IV de seis meses de trifaroteno con una rutina adecuada de cuidado de la piel que incluye protección UV en la hiperpigmentación posinflamatoria inducida por el acné*). Int J Dermatol 2024; 63 (6): 806-815. doi: 10.1111/ijd.17189

Introducción: el acné vulgar se caracteriza por lesiones activas y riesgo de secuelas a largo plazo, como cicatrices e hiperpigmentación. Afecta aproximadamente al 85% de los adolescentes y una proporción significativa de adultos. Una de las complicaciones más comunes del acné vulgar es la hiperpigmentación posinflamatoria, que ocurre en hasta el 87% de las personas con acné vulgar con clasificación del color de piel de Fitzpatrick mayor a 4. El trifaroteno ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del acné

vulgar facial y troncal en ensayos clínicos y está aprobado para el tratamiento en pacientes de 9 años o más. Además de la eficacia establecida como tratamiento del acné vulgar, los retinoides tópicos adapaleno, trifaroteno y tretinoína han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la hiperpigmentación posinflamatoria. Mientras que los efectos del trifaroteno en la hiperpigmentación posinflamatoria no se han evaluado en un ensayo clínico con distribución al azar antes de este estudio. La investigación preclínica en ratones demostró que el trifaroteno tenía efectos despigmentantes superiores frente al adapaleno y la tretinoína. El objetivo de este estudio fue mostrar los resultados de un estudio de fase IV de seis meses de pacientes con hiperpigmentación posinflamatoria de diferente color de piel según la clasificación de Fitzpatrick tratados con crema de trifaroteno.

Material y métodos: estudio de fase IV, doble ciego, de grupos paralelos, en pacientes de 13 a 35 años con acné vulgar moderado e hiperpigmentación posinflamatoria tratados con trifaroteno (n = 60). Las evaluaciones incluyeron la puntuación global de gravedad de la enfermedad (ODS) de la hiperpigmentación posinflamatoria, el índice de hiperpigmentación posacné vulgar, entrevistas de salida, fotografías y evaluaciones del acné.

Resultados: la crema de trifaroteno a 50 µg/g mejoró significativamente desde el inicio en la puntuación del ODS en comparación con los controles. El trifaroteno mostró mejor reducción en la puntuación del índice de hiperpigmentación posacné vulgar en la semana 24. Las reducciones en el recuento de lesiones fueron mayores con trifaroteno en la semana 12 frente a los controles. Los pacientes estuvieron de acuerdo en que el régimen de cuidado de la piel contribuyó a menor irritación, lo que facilitó el apego al tratamiento. Las fotografías mostraron reducción en la pigmentación y el eritema en todos los tipos de piel.

Discusión: el estudio encontró que la hiperpigmentación posinflamatoria se redujo en los pacientes tratados con trifaroteno. Se observó un beneficio significativo en las primeras 12 semanas del estudio mediante la evaluación de la escala ODS. Los resultados muestran alivio de la hiperpigmentación posinflamatoria y del eritema, lo que es prometedor para el tratamiento a largo plazo del acné vulgar y sus secuelas. Las investigaciones futuras deben incluir evaluaciones específicas diseñadas para capturar el alivio del eritema macular focal que es lesional-perilesional y está relacionado directamente con las lesiones de acné vulgar.

Conclusiones: el tratamiento oportuno y efectivo del acné vulgar es decisivo para minimizar el potencial de secuelas, como la hiperpigmentación posinflamatoria y las cicatrices en individuos con todos los tipos de piel de Fitzpatrick. Este estudio muestra que la crema de trifaroteno tiene un perfil favorable de eficacia y seguridad para tratar el acné vulgar y la hiperpigmentación posinflamatoria en sujetos con todos los tipos de piel, lo que probablemente se traduzca en resultados para los pacientes con acné vulgar.

Carla I Figueroa Basurto

Kaul S, Kaur I, Mehta S, Singal A. Cutaneous tuberculosis. Part I: Pathogenesis, classification, and clinical features (*Tuberculosis cutánea. Parte I: patogénesis, clasificación y cuadro clínico*). J Am Acad Dermatol 2023; 89 (6): 1091-1103. doi:10.1016/j.jaad.2021.12.063

La tuberculosis es una infección granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* o por cepas de *Mycobacterium bovis* o bacilo de Calmette-Guérin. Los pulmones son el sitio más común de infección, pero la tuberculosis extrapulmonar constituye entre el 8 y el 24%.

La tuberculosis cutánea representa aproximadamente del 1.5 al 3% de los casos. La

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

manifestación clínica y la evolución de la enfermedad son el resultado de una interacción entre la virulencia bacteriana –porque tiene propiedades que le permiten sobrevivir intracelularmente por genes que codifican antígenos para la evasión de la inmunidad–, la coexistencia de enfermedades como el VIH, diabetes y desnutrición, así como la vía de infección (endógena, hematógena y contigua).

La tuberculosis cutánea se divide en multibacilar, que tiene micobacterias demostrables en lesiones mediante métodos diagnósticos convencionales (microscopia y cultivo) y tuberculides, que son reacciones de hipersensibilidad a los antígenos micobacterianos.

Tuberculosis cutánea verdadera: el chancro tuberculoso es una forma rara (0-1%) y ocurre después de la entrada de micobacterias a través de una lesión, dos a cuatro semanas más tarde aparece una pápula marrón-rojiza que forma una úlcera dolorosa que puede evolucionar a escrofuloderma, lupus vulgaris o tuberculosis diseminada.

Tuberculosis verrucosa cutis: representa aproximadamente del 3 al 19%. Se manifiesta como una placa verrugosa de crecimiento insidioso, asintomática, de crecimiento lento en el sitio de inoculación, más comúnmente en las extremidades inferiores o las nalgas.

Lupus vulgar: es uno de los tipos más comunes de la tuberculosis cutánea (4-63%), localizada en la cabeza, el cuello y las piernas. Se observa una placa infiltrada asintomática de color rojo-marrón de crecimiento lento con escamas sobrepuestas y borde fibrosado con múltiples lesiones de forma esporotricoide. A la dermatoscopia se observan glóbulos dispersos de color amarillo-blancuzco con escamas blancas.

Tuberculosis cutánea miliar aguda: se observan pápulas y pústulas eritematosas polimorfas, subcentrimétricas con o sin necrosis central que predominan en los miembros y el tronco. Una gran proporción de pacientes están coinfectados con VIH-SIDA.

Tuberculosis orificial: forma poco común (2.7% de los casos); se observan úlceras dolorosas o indoloras no cicatrizantes y con aspecto de perforación en la cavidad oral (paladar duro, lengua y labios).

Tuberculides: se hipotetizaba que varias dermatosis se asociaban con la tuberculosis y se denominaban de esta manera. Incluyen:

Liquen escrofuloso, caracterizado por pápulas perifoliculares, agrupadas, eritematosas con costras de escamas en el tronco y las extremidades.

Papulonecrótico: lesiones polimorfas, eritematosas a violáceas, papulares y nodulares en las extremidades.

Eritema indurado de Bazin: nódulos eritematosos dolorosos en las pantorrillas que se ulceran, representan del 35 al 40%.

Pseudotuberculides: lupus miliaris y rosaceiforme; son dermatosis crónicas y granulomatosas que se manifiestan con múltiples pápulas eritematosas monomorfas e infiltradas en la cara.

El daño sistémico simultáneo varía ampliamente entre el 2 y el 53%, la linfadenopatía es un marcador de enfermedad diseminada. Al reconocer tempranamente la tuberculosis cutánea, los dermatólogos pueden desempeñar un papel importante en el control de la enfermedad.

María Fernanda Figueroa Hernández

Whiting C, Schwartzman G, Khachemoune A. Syphilis in Dermatology: Recognition and management *(Sífilis en Dermatología: reconocimiento y tratamiento)*. Am J Clin Dermatol

2023; 24 (2): 287-297. doi: 10.1007/s40257-022-00755-3

La sífilis es causada por la bacteria *Treponema pallidum*; su distribución es mundial y su incidencia aumenta sustancialmente, con predominio en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La sífilis congénita conlleva el mayor riesgo de trasmisión al feto. El mecanismo de trasmisión a otras personas ocurre a través de contacto directo con las lesiones de la sífilis (chancros) o lesiones mucocutáneas.

La sífilis primaria se define por la existencia de una o más lesiones ulcerativas (chancros), indoloras, ulcerativas, induradas con bordes elevados con base limpia que pueden ser de color rosa o grisáceo. Corresponde al sitio de inoculación y sobreviene de 3 a 90 días después de la exposición. La sífilis secundaria se caracteriza por una diseminación hematógena y linfática de las espiroquetas con lesiones mucocutáneas localizadas o difusas (con predominio en el tronco y las extremidades, incluidas las palmas y las plantas), con máculas o pápulas de color rojo-marrón que suelen aparecer 3 a 12 semanas después del alivio del chancro acompañadas de linfoadenopatía generalizada. Las manifestaciones poco frecuentes (menos del 10%) son: placas mucoso-verrugosas, condiloma lata, lúes maligna y alopecia no cicatricial, que es no inflamatoria.

La sífilis temprana no primaria no secundaria se define por la confirmación serológica de la infección sin signos o síntomas durante menos de 12 meses. Las manifestaciones de la sífilis tardía pueden estar presentes meses o años después de la infección inicial caracterizada por lesiones gomosas de piel con nódulos indoloros.

Para el diagnóstico, la detección directa de espiroquetas de *T. pallidum* en el exudado de la lesión es confirmatoria. Existen pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas que se utilizan para cribado, diagnóstico y seguimiento de la respuesta al tratamiento. Las pruebas no treponémicas detectan antígenos de *T. pallidum*. El RPR (reagente de plasma rápido) detecta anticuerpos IgG e IgM, los falsos positivos incluyen enfermedades o situaciones como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y edad avanzada. Las pruebas treponémicas son cualitativas que detectan anticuerpos específicos contra antígenos de *T. pallidum*; los prototipos incluyen el anticuerpo antitreponemal absorbido con fluorescencia (FTA-ABS) y las pruebas de aglutinación de partículas de *T. pallidum*. Estas pruebas, a menudo, permanecen positivas de por vida, independientemente del tratamiento.

El proceso diagnóstico de los pacientes incluye historia clínica detallada, examen físico y pruebas necesarias independientemente de la etapa. El tratamiento de elección es la penicilina G benzatínica. Varios factores, como la etapa de la infección, embarazo, alergia a la penicilina y neurosífilis, determinarán la duración del tratamiento y la vía de administración.

Los dermatólogos juegan un papel importante en el reconocimiento y tratamiento de la sífilis. El diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, así como las intervenciones de salud pública, son decisivos para controlar la infección por sífilis y su propagación.

María Fernanda Figueroa Hernández

Gupta V, Ahuja R, Sindhuja T, Imran S, et al. Clinical and immunological predictors of post-rituximab paradoxical pemphigus flare: A prospective cohort study (*Predictores clínicos e inmunológicos de la exacerbación del pénfigo paradójico post-rituximab: un estudio de cohorte prospectivo*). Indian Dermatol Online J 2024; 7: 1-6. doi: 10.25259/IJDVL_894_2023

El pénfigo es una dermatosis ampollosa autoinmunitaria y potencialmente mortal que afecta la

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201

piel, las mucosas o ambas, con autoanticuerpos dirigidos a proteínas transmembrana desmosómicas. El rituximab se ha convertido en una terapia eficaz de primera línea en pacientes con pénfigo vulgar y foliáceo.

El objetivo de este estudio es evaluar los factores clínicos e inmunológicos basales asociados con el brote de pénfigo paradójico posterior a la infusión de rituximab e identificar un subgrupo de pacientes que podrían requerir seguimiento más estrecho posterior a la aplicación de rituximab.

Se realizó un estudio de cohorte observacional prospectivo en India de 2021 a 2022, en el que se recabaron 50 pacientes con pénfigo vulgar o foliáceo confirmados histológicamente, con lesiones activas que estaban confirmadas para una infusión de rituximab.

La gravedad del pénfigo antes de rituximab se evaluó con el índice de área de enfermedad del pénfigo (PDAI), que es un sistema de puntuación que tiene en cuenta la cantidad y el tamaño de las lesiones y su ubicación anatómica. El índice PDAI 0 a 14 indica pénfigo leve-moderado, de 15 a 44 significativo y mayor de 45, extenso. El día de la inyección de rituximab antes de la infusión se estimó la superficie corporal afectada. La gravedad de la enfermedad de la mucosa oral también se evaluó utilizando la puntuación de intensidad de las lesiones orales del pénfigo (POLIS), que es una herramienta de 9 ítems validada para cuantificar la gravedad de la enfermedad de la mucosa oral en el pénfigo vulgar.

Se tomó una muestra de sangre venosa para evaluar los anticuerpos anti-Dsg y anti-AchRm3 y la población de células B CD19+. Se compararon los parámetros clínicos e inmunológicos basales entre los pacientes que manifestaron un brote después de la aplicación de rituximab y los que no lo hicieron.

Los resultados de los pacientes fueron: 20% con enfermedad moderada, 66% con enfermedad grave y 14% con enfermedad extensa. Además de la aplicación de rituximab, el 36% recibió prednisolona oral con agentes inmunosupresores convencionales, el 50% sólo recibió prednisolona oral y un 8% recibió agentes inmunosupresores convencionales.

El 6% de los pacientes recibieron monoterapia con rituximab. Diez pacientes con diagnóstico de pénfigo vulgar, es decir, el 20%, manifestaron un brote de la enfermedad posterior a la administración de rituximab, 8 de estos 10 pacientes tuvieron exacerbación tras la primera infusión de rituximab, mientras que los 2 restantes manifestaron el brote tras la segunda infusión. El tiempo medio fue de 14 días tras la primera infusión (intervalo: 6 y 22 días). El brote se trató con aumento de la dosis diaria de prednisolona en todos los pacientes. El estudio prospectivo estimó que la incidencia de brotes posteriores a rituximab fue del 20%, que interfieren potencialmente en el esquema de rituximab con aumento de la morbilidad y el costo del tratamiento.

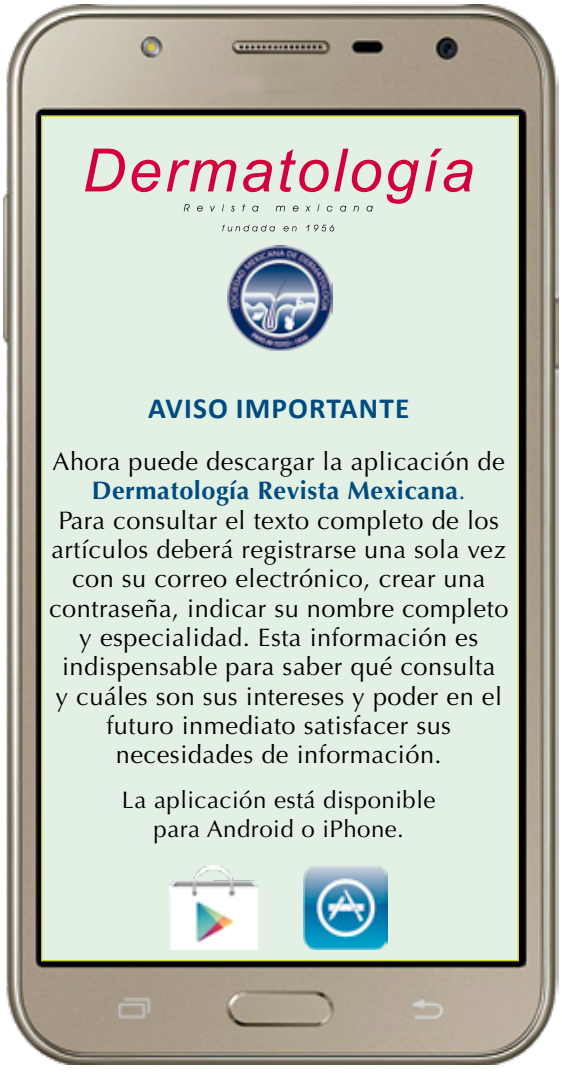
En la actualidad no existe consenso de la definición de brote de pénfigo posrituximab. Se definió como exacerbación de la enfermedad (más de 10 puntos en la puntuación PDAI) que persiste durante más de 2 semanas en los primeros tres meses después de la administración de rituximab y que requiere el aumento en la dosis de prednisolona o la administración de un pulso de dexametasona.

El brote de actividad del pénfigo poco después de la infusión de rituximab es sorprendente y podría atribuirse a otros factores, principalmente a la exacerbación espontánea de la enfermedad; sin embargo, ciertos puntos sugieren un vínculo causal plausible entre los brotes y la infusión de rituximab porque ocurren después de la primera dosis. También se ha informado exacerbación paradójica en este tipo de enfermedades, como

penfigoide ampolloso, neuromielitis óptica, granulomatosis con poliangeítis, macroglobulinemia y vasculitis mediadas con agentes biológicos como los anti-TNF-alfa, anti-IL-7, anti-IL-23.

Los brotes paradójicos de pénfigo después de la administración de rituximab se producen en aproximadamente una quinta parte de los pacientes. Los pacientes con pénfigo más grave o con concentraciones elevadas de anti-Dsg1 sérico corren el riesgo de sufrir un brote de este tipo después de la administración de rituximab y pueden beneficiarse de la administración de rituximab bajo estrecha vigilancia.

María Fernanda Figueroa Hernández



https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10201