

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i4.10634>

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

Wu B, Chen Q, Cao R, Zhu L, Zhu H. Comparative effectiveness of combined biologic agents versus standard therapies in the treatment of plaque psoriasis: a retrospective analysis (Eficacia comparativa de agentes biológicos combinados vs terapias estándar en el tratamiento de la psoriasis en placas: análisis retrospectivo). Front Med (Lausanne) 2024; 11: 1451069. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1451069>

Introducción: la psoriasis es una enfermedad autoinmunitaria crónica que provoca proliferación excesiva de células cutáneas, con formación de placas gruesas, escamosas y eritematosas. Esta enfermedad afecta la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos convencionales incluyen terapias tópicas y sistémicas, como el metotrexato y la ciclosporina, que pueden provocar efectos adversos en los pacientes. Debido a esto, se han desarrollado tratamientos biológicos dirigidos a componentes específicos del sistema inmunológico, con mejores perfiles de seguridad y mayor eficacia. Este estudio compara la eficacia de una terapia combinada de biológicos y tratamientos sistémicos tradicionales frente a tratamientos convencionales en pacientes con psoriasis en placas.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo efectuado de marzo de 2020 a marzo de 2023, en el que se evaluaron 162 pacientes (81 tratados con agentes biológicos combinados con terapias tradicionales y 81 sólo con tratamientos tradicionales). Se incluyeron pacientes con psoriasis en placas moderada a severa que recibieron tratamiento durante, al menos, 12 semanas. La eficacia se evaluó mediante el Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis (PASI) y se analizaron las reacciones adversas, la recurrencia y la remisión completa. El análisis estadístico se hizo utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: los dos grupos eran comparables en edad, sexo, índice de masa corporal, diagnóstico y duración de la enfermedad, sin diferencias significativas en el prurito ni en las características de las lesiones. El grupo con tratamiento combinado mostró mejoría clínica más rápida (3.04 ± 2.25 días) que el grupo control (6.12 ± 2.06 días). El alivio de las lesiones también fue más rápido en el grupo combinado (7.04 ± 2.13 días) en comparación con el grupo control (14.56 ± 4.73 días).

El 86% de los pacientes del grupo combinado logró remisión completa o significativa, mientras que en el grupo control fue del 79%, con un 20.9% de ineficacia. No hubo recurrencia en el grupo combinado, frente a un 11.1% en el grupo control. Ambos grupos tuvieron una incidencia similar de reacciones adversas (14.8%), aunque el grupo combinado mostró un 3.7% de hipertensión, no reportada en el grupo control.

Discusión: el tratamiento combinado con agentes biológicos demostró una superioridad significativa sobre las terapias tradicionales, con inicio más rápido del efecto terapéutico y alivio más rápido de las lesiones sin incrementar significativamente los efectos adversos. Estos hallazgos sugieren que la incorporación de biológicos en los protocolos de tratamiento mejora los resultados clínicos en pacientes con psoriasis en placas.

Conclusión: la terapia combinada de agentes biológicos, especialmente el secukinumab, mostró ser más efectiva que las terapias convencionales, con reducción significativa del PASI y alivio más rápido de las lesiones. Estos resultados sugieren una posible modificación en los enfoques de tratamiento, aunque se requieren

estudios adicionales con una muestra más grande para confirmar estos beneficios y garantizar su seguridad a largo plazo.

Diana Guadalupe Santamaría Domínguez

Cornman HL, Alphonse MP, Dykema A, Kollhoff AL, et al. Targeted dual biologic therapy for erythroderma of unknown etiology guided by high-parameter peripheral blood immunophenotyping (Terapia biológica dual dirigida para la eritrodermia de causa desconocida guiada por inmunofenotipificación de sangre periférica de parámetros altos). Sci Rep 2025; 15 (1): 1298.

Introducción: la eritrodermia es una enfermedad inflamatoria grave y potencialmente mortal que afecta extensamente la superficie cutánea. Sus causas son diversas: dermatitis atópica, psoriasis y linfomas cutáneos, como el síndrome de Sézary. Sin embargo, hasta en el 36% de los casos no se identifica una causa específica. Este estudio se centra en un paciente índice con eritrodermia idiopática resistente, en quien habían fracasado los tratamientos convencionales. El objetivo principal fue desarrollar una plataforma de inmunofenotipado basada en sangre periférica para identificar mecanismos inmunológicos subyacentes y guiar la administración de terapias biológicas dirigidas.

Materiales y métodos: se incluyó un caso índice con eritrodermia idiopática y controles con síndrome de Sézary y pitiriasis rubra pilaris, además de controles sanos. Se tomaron muestras de sangre periférica y biopsias de piel que se enviaron a estudio histopatológico para identificar poblaciones celulares inmunopatogénicas mediante inmunofluorescencia para evaluar marcadores de citocinas y receptores asociados. Se practicó la citometría de flujo de alta resolución para caracterizar células inmunitarias y una secuenciación completa del genoma para detectar mutaciones relacionadas con las vías Th2 y Th17.

Resultados: el análisis inmunológico reveló un perfil único en el paciente índice, caracterizado por un aumento de células T $\gamma\delta$ productoras de IL-13 e IL-17, además de basófilos y plaquetas activadas en sangre periférica. Estos hallazgos reflejaron una disfunción combinada de las vías Th2 y Th17. Las biopsias cutáneas confirmaron estas alteraciones con elevada expresión de IL-13, IL-4R α , IL-17 e IL-17R α . Adicionalmente, el análisis genómico identificó mutaciones no funcionales relacionadas con las vías Th2 y Th17, lo que refuerza la idea de que las células mononucleares de sangre periférica reflejan la enfermedad cutánea subyacente. Se decidió administrar un tratamiento dual con dupilumab (inhibidor de IL-4R α) y secukinumab (inhibidor de IL-17). Después de cuatro meses de tratamiento, el paciente experimentó alivio completo de los síntomas. Se observó una reducción significativa del eritema, prurito y mejoría en la calidad de vida. En términos inmunológicos, se observó una disminución de 3.5 veces en la proporción de células T $\gamma\delta$, particularmente de las células $\gamma\delta$ productoras de IL-13 e IL-17. Asimismo, hubo una reducción en los basófilos y plaquetas activadas, además de normalización de los marcadores Th2 y Th17 en sangre periférica y piel.

Discusión: este estudio resalta el valor de las plataformas de inmunofenotipado basadas en sangre periférica para identificar mecanismos inmunopatogénicos específicos en enfermedades inflamatorias resistentes. La combinación de dupilumab y secukinumab no sólo demostró ser eficaz en este caso único, sino que también subraya el potencial de estas terapias en situaciones en las que las vías Th2 y Th17 están desreguladas. Los autores sugieren que este enfoque podría extenderse a otras enfermedades inflamatorias sistémicas, lo que permitirá un tratamiento más personalizado y eficaz. El estudio tiene limitaciones, como el pequeño tamaño de la muestra, lo que requiere validación en cohortes más amplias.

Conclusiones: este estudio introduce un enfoque innovador basado en inmunofenotipado de sangre periférica para guiar terapias dirigidas en enfermedades inflamatorias sistémicas complejas. La combinación de inhibidores de IL-4R α e IL-17 mostró ser eficaz y segura, lo que marca un avance hacia la medicina personalizada en el tratamiento de afecciones resistentes como la eritrodermia idiopática. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones con estudios y seguimiento en cohortes más amplias.

Diana Guadalupe Santamaría Domínguez

Pena-Robichaux V, Goldberg S. Procedural treatments for hidradenitis suppurativa (Tratamientos procedimentales contra la hidradenitis supurativa). J Am Acad Dermatol 2024; 91 (6S): S46-S51. <https://doi-org.pbidi.unam.mx/2443/10.1016/j.jaad.2024.08.072>

Introducción: la hidradenitis supurativa es un trastorno folicular autoinflamatorio que provoca la formación de abscesos profundos, túneles y cicatrices severas. Los tratamientos médicos pueden reducir la inflamación sistémica, pero los resultados duraderos suelen lograrse al combinarlos con procedimientos. Los procedimientos más respaldados por la evidencia para tratar la hidradenitis supurativa incluyen: el láser, el desbridamiento y la escisión quirúrgica, entre otros. El láser Nd:YAG de pulso largo (1064 nm) actúa sobre las lesiones de hidradenitis supurativa mediante ablación folicular a través de fototermólisis selectiva. Es el tratamiento más respaldado por la bibliografía contra la hidradenitis supurativa y el más seguro para personas con piel de color, debido a su mayor longitud de onda, que reduce el riesgo de complicaciones, como quemaduras e hiperpigmentación asociadas con tratamientos con láseres de menor longitud de onda. Una revisión reciente de tres ensayos controlados aleatorizados mostró una mejoría significativa en el índice de lesiones y gravedad de la hidradenitis supurativa. Este tratamiento

parece ser menos efectivo en áreas con túneles profundos y cicatrices severas, por lo que su mayor beneficio se observa en pacientes con enfermedad leve o en etapas tempranas.

Procedimientos quirúrgicos: los procedimientos quirúrgicos combinados con terapias biológicas y otros tratamientos médicos son eficaces para eliminar túneles epitelizados crónicos profundos, interconectados, con sobrecrecimiento bacteriano y formación de biopelículas. Los pacientes con enfermedad estable, focal y confluyente son aptos para este procedimiento. La investigación indica que los tratamientos biológicos no sólo son seguros durante la cirugía, sino que también mejoran los resultados quirúrgicos, como menor dolor y menos brotes en el periodo postoperatorio.

Desbridamiento: esta técnica conservadora expone la base de un túnel mediante la eliminación de la piel que lo cubre y el exudado gelatinoso subyacente, dejando una herida que sana por segunda intención. Producen heridas superficiales y minimiza la desfiguración estética al evitar la eliminación de tejido subcutáneo. La tasa de recurrencia varía entre el 14.5 y el 27%. El tiempo de cicatrización depende del tamaño de la lesión; típicamente es de tres a seis semanas por túnel.

Escisión: consiste en eliminar la piel afectada con un margen de piel y tejido subcutáneo no afectados. Puede practicarse con bisturí, electrocirugía o láser de CO₂ ablativo. El margen adecuado de tejido circundante para la escisión sigue siendo tema de debate. El cierre de la herida puede hacerse por segunda intención, cierre primario, injertos de piel o colgajos, según las preferencias, el tamaño y la ubicación. Se asocia con mayores tasas de complicaciones, como la dehiscencia y la infección.

Tendencias quirúrgicas: debido al carácter sistémico de la enfermedad, la recurrencia ya no

se considera el patrón de referencia para medir el éxito de los procedimientos; la decisión debe centrarse en mejorar la calidad de vida y reducir el dolor, el drenaje y los brotes.

Enfoques innovadores: *escisiones seriadas y escalonadas:* procedimientos más pequeños y por etapas para áreas grandes con enfermedad confluyente. *Técnicas combinadas:* la escisión y el desbridamiento pueden combinarse en áreas contorneadas con túneles densos y cicatrices para preservar la comodidad, la función y minimizar lesiones en estructuras subyacentes.

Consideraciones económicas: aunque hay alivio de los síntomas y mejoría de la calidad de vida, los altos costos, el cuidado posoperatorio y el tiempo de recuperación, que puede requerir ausencias laborales, puede ser un obstáculo para algunos pacientes.

Jimena Pérez Rubio

Vano S, Reygagne P, Fernandez D, et al. A compressive literature review and an international expert consensus on the management of scalp seborrheic dermatitis in adults (*Revisión exhaustiva de la bibliografía y consenso internacional de expertos en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda en adultos*). *Eur J Dermatol* 2024; 34 (S1): 4-16 <https://doi.org/10.1684/ejd.2024.4703>

La dermatitis seborreica de la piel cabelluda es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que se caracteriza por eritema y escamas asociadas con prurito, ardor y sensación de calor. Puede causar efluvio telógeno y la forma severa, alopecia. Afecta en mayor medida a afroamericanos (81-95%), caucásicos (66-82%) y asiáticos (30-40%). Afecta al 35% de los pacientes en estadios iniciales de la infección por VIH y la prevalencia aumenta al 85% en pacientes con SIDA. La disbiosis de la piel cabelluda se asocia con la patogénesis, *Cutibacterium* y *Staphylo-*

coccus son las dos bacterias más encontradas. *Malassezia* es un hongo lipofílico encontrado en el estrato córneo y en el infundíbulo folicular de las áreas ricas en glándulas sebáceas, transforma el sebo en ácidos grasos que aumentan el pH, lo que crea un ambiente favorable para el crecimiento de *S. aureus* e inician una respuesta inflamatoria con proliferación epidérmica e interrupción de la barrera epitelial. Además, las células del estrato córneo muestran actividad antibacteriana modificada, hay alteraciones en la expresión y maduración de proteínas relacionadas con la diferenciación de células epidérmicas y estructurales y concentraciones elevadas de histamina. Los factores desencadenantes son las bajas temperaturas, humedad en invierno, dieta, estilo de vida, uso de cosméticos o aceites en el cabello y factores del huésped: endocrinológicos, neurogénicos, iatrogénicos, inmunosupresión y estrés psicológico. Se han reportado algunos fármacos favorecedores, como la griseofulvina, buspirona, haloperidol, clorpromazina, IL-2, interferón α , metildopa y psoralenos.

Los pacientes manifiestan escamas amarillas, eritema, prurito, ardor y sensación de calor. Se ha clasificado en leve, moderada y severa: en la forma leve hay escamas grisáceas pequeñas y prurito ocasional; en la forma moderada hay escamas grandes, eritema, prurito que no afecta el descanso y sensación leve-moderada de ardor y calor; en la forma grave hay escamas espesas adheridas, eritema, prurito que afecta el descanso y sensación fuerte de ardor y calor.

El diagnóstico puede establecerse con los datos clínicos; debe evaluarse la distribución característica de las lesiones, el curso variable de la enfermedad y la tricoscopia. Si el diagnóstico es incierto, puede practicarse un estudio histopatológico. El diagnóstico diferencial principal es la psoriasis clásica y la sebopsoriasis, alopecia fibrosante, dermatitis atópica, tiña de la cabeza, pitiriasis rubra pilaris y enfermedad de Darier.

El tratamiento tópico que ha demostrado buenos resultados es el gel de ketoconazol al 2% (aplicado dos veces a la semana durante un mes), con baja recurrencia tras la suspensión. Su administración intermitente una vez a la semana durante seis meses previene la recaída. La ciclopiroxolamina puede administrarse dos veces a la semana durante un mes. El champú de sulfuro de selenio se aplica después del tratamiento con ketoconazol, dos a tres veces a la semana durante un mes. Los corticosteroides, como el valerato de betametasona y el propionato de clobetasol, controlan rápido los síntomas. Se aplican dos veces al día durante cuatro semanas. Los inhibidores de la calcineurina son benéficos para tratar las formas severas. Los esteroides intralesionales se han considerado en los brotes severos, pero su aplicación es dolorosa y difícil. Hay interés en champús autorizados recientemente por la FDA, que contienen antiinflamatorios no esteroideos (ácido glicirretínico, bisabolol) y antifúngicos (piroctolamina, lactoferrina).

El tratamiento oral con ketoconazol muestra más recaídas, el fluconazol y el itraconazol son los más efectivos. Los biológicos funcionan en formas graves; sin embargo, no se han aprobado, al igual que los inhibidores de la calcineurina. La isotretinoína se ha propuesto como tratamiento.

Un grupo de especialistas en pelo y piel cabelluda llegó a un consenso de tratamiento de la dermatitis seborreica, en el que mencionan que, antes de indicar tratamiento a un paciente, deben conocerse sus antecedentes, prácticas de aseo, curso de la enfermedad e intensidad de los síntomas para clasificar la severidad del cuadro. Para tratar las formas leves recomiendan dermocosméticos tópicos o con antifúngicos en champú, gel o loción. En las formas moderadas los champús con antifúngicos pueden combinarse con corticosteroides tópicos y, si es insuficiente, se agrega un antifúngico oral. En los casos severos se recomiendan corticosteroides tópicos y antifúngicos orales y, de segunda línea,

isotretinoína a dosis bajas (0.20-0.35 mg/kg/día). El tratamiento de mantenimiento incluye productos con antifúngicos durante tres a seis meses.

En conclusión, para mejorar los resultados de los pacientes con dermatitis seborreica debe individualizarse el tratamiento de acuerdo con las características personales y, al clasificar su gravedad, puede establecerse un tratamiento óptimo.

Aidee Jocelyn Landeros Linares

Tan J, Chavda R, Baldwin H, Dreno B. Management of acne vulgaris with trifarotene (*Tratamiento de acné vulgar con trifarotene*). J Cut Med Surg 2023; 27 (4): 368-374. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177/12034754231163542>

Introducción: el acné vulgar, padecimiento inflamatorio crónico, es la octava enfermedad más prevalente en todo el mundo y afecta a adolescentes y adultos de todo el espectro demográfico. Implica una patogénesis multifactorial compleja, en la que cobran mayor importancia cuatro factores: queratinización folicular anormal, aumento de la producción de sebo, colonización con *Cutibacterium acnes* y alteraciones del sistema inmunológico. En términos clínicos, el acné activo se asocia con un espectro morfológico de lesiones, que incluyen pápulas, pústulas, comedones, nódulos y quistes. Desde hace mucho tiempo existe evidencia de que los retinoides tópicos son efectivos en el tratamiento de lesiones no inflamatorias; la terapia con retinoides regula negativamente la expresión del receptor tipo peaje (TLR2) y de la IL-10, por lo que actúa en vías importantes contra las lesiones inflamatorias. El tratamiento con trifaroteno demostró que este agonista selectivo del receptor RAR- γ modula un conjunto único de 67 genes que no se encontraban en las lesiones que se curaban espontáneamente. Los genes afectados por el trifaroteno estaban impli-

cados, principalmente, en la migración celular, la inflamación y la organización de la matriz extracelular, procesos fisiológicos fundamentales en la patogénesis del acné.

Datos clínicos que respaldan la indicación de trifaroteno en el acné: el trifaroteno se evaluó en un programa de desarrollo clínico que incluyó dos estudios de fase 3 a gran escala y un estudio de seguridad a largo plazo. El trifaroteno se estudió en dos ensayos idénticos de fase 3, de 12 semanas de duración, en pacientes con acné facial y troncal moderado (PERFECT 1 y 2). Los pacientes incluidos tenían acné facial moderado (con al menos 20 lesiones inflamatorias y 25 o más lesiones no inflamatorias). Un total de 2420 pacientes de 9 años o más (1214 tratados con trifaroteno y 1206 tratados con vehículo o excipiente) se distribuyeron al azar para recibir 50 µg/g de trifaroteno una vez al día o crema con vehículo. Las evaluaciones de eficacia de los resultados del acné facial (primario) y del tronco (secundario) en ambos estudios fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) a favor del trifaroteno en comparación con el vehículo. Los eventos adversos fueron leves a moderados y disminuyeron después de las primeras semanas de administración. Los más frecuentes fueron quemaduras solares (2.6 vs 0.5% con vehículo), irritación en el lugar de aplicación (7.5 vs 0.3%) y prurito en el lugar de aplicación (2.4 vs 0.8%). Por lo tanto, el trifaroteno tuvo un perfil de seguridad y tolerabilidad consistente con los retinoides tópicos y gran parte de los eventos adversos consistieron en irritación cutánea en las primeras semanas de tratamiento. El ensayo a largo plazo fue un estudio abierto, multicéntrico, de 52 semanas ($n = 453$) en acné facial y troncal moderado, tratado con crema de trifaroteno. En la semana 52, el 65.1% logró éxito global facial y el 66.9% éxito global troncal. Además, el 57.9% de los pacientes tuvieron eliminación de las lesiones de acné en la cara y en el tronco. Hubo una tasa de finalización del 76.5% en este estudio de 52 semanas, lo que es notable debido

a que la mayoría de los pacientes eran menores de 18 años.

Terapia combinada, trifaroteno más doxiciclina en el acné grave: el tratamiento eficaz del acné moderado a grave es fundamental para reducir las consecuencias a largo plazo: eritema, hiperpigmentación y cicatrices. La combinación de crema de trifaroteno más doxiciclina oral de 120 mg se ha estudiado en el acné grave y se han informado reducciones superiores en las lesiones inflamatorias y no inflamatorias.

Conclusiones: los pacientes informan que la formulación de trifaroteno puede untarse fácilmente, tiene una textura elegante, adecuada para la aplicación en la cara y el tronco, y se asocia con una exposición sistémica baja. En general, el trifaroteno es una opción de tratamiento importante contra el acné vulgar en pacientes de 9 años o más, y es adecuado como monoterapia en el acné moderado en la cara y en el tronco y, en combinación con doxiciclina oral, puede considerarse para tratar pacientes con acné severo.

Paulina Puente Mancera

Mercado U. Lupus eritematoso sistémico posterior a la infección de COVID-19 o a la administración de vacunas: revisión basada en casos. Med Int Méx 2025; 41 (1): 48-56. <https://doi.org/10.24245/mim.v41iEnero.9466>

Introducción: la relación entre infecciones virales y enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico, se ha documentado durante años. Los virus como el de Epstein-Barr, citomegalovirus y parvovirus B-19 se han vinculado con el lupus eritematoso sistémico y, recientemente, se sugirió que el SARS-CoV-2 también podría actuar como un desencadenante. La pandemia de COVID-19 llevó a una rápida implementación de vacunas de ARNm, que, aunque efectivas, se asocian con fenómenos inmunológicos y casos de enferme-

dades autoinmunitarias. Esta revisión basada en casos analiza la aparición de lupus eritematoso sistémico posterior a la infección de COVID-19 o tras la administración de vacunas; se evalúan las manifestaciones clínicas, autoanticuerpos y evolución de la enfermedad.

Materiales y métodos: se hizo una búsqueda de casos de lupus eritematoso sistémico posteriores a la infección por COVID-19 o a la vacunación entre diciembre de 2020 y diciembre de 2023 en bases de datos como PubMed-Medline y Google Scholar. Se incluyeron pacientes sin diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico, con síntomas que aparecieron en los primeros 30 días tras la infección o vacunación. Se documentaron antecedentes personales y familiares de enfermedades autoinmunitarias, así como manifestaciones clínicas, complicaciones y tratamientos recibidos. La actividad del lupus eritematoso sistémico se midió con la escala Mex-SLEDAI; un puntaje mayor a 7 en la historia clínica se consideró activo.

Resultados: se analizaron 18 casos de lupus eritematoso sistémico posterior a la infección por COVID-19 y 27 casos posteriores a la vacunación. En el grupo posinfección, el 72% eran mujeres y la edad media fue de 34 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre, artralgias, neumonía, serositis y nefritis. El 94% mostró autoanticuerpos anti-ADN y hubo tres fallecimientos. En el grupo posvacunación, el 63% eran mujeres con edad media de 24 años; 20 de los 27 pacientes recibieron vacunas de ARNm. Los síntomas iniciaron, en promedio, 8 días tras la inmunización. Se detectaron autoanticuerpos en el 88% de los casos, con nefritis en cinco pacientes y un fallecimiento. La puntuación Mex-SLEDAI fue significativamente mayor en los casos posinfección en comparación con los posvacunales (8.5 vs. 4, $p = 0.03$).

Discusión: los hallazgos sugieren que la infección por SARS-CoV-2 y la vacunación

contra COVID-19 pueden inducir respuestas autoinmunitarias en individuos susceptibles. Se han propuesto diversos mecanismos: similitud molecular entre proteínas virales y tejidos del huésped, activación indirecta de células T, producción excesiva de citocinas y la posible influencia de coadyuvantes en las vacunas. En los casos posinfección, la actividad inflamatoria y la mortalidad fueron mayores que en los casos posvacunales. Además, se observaron manifestaciones autoinmunitarias no incluidas en los criterios diagnósticos tradicionales de lupus eritematoso sistémico, como vasculitis y mielitis transversa.

Conclusión: el lupus eritematoso sistémico puede ser una manifestación poco frecuente pero relevante tras la infección por COVID-19 o la vacunación contra este virus. Aunque el mecanismo exacto no está completamente elucidado, la activación del sistema inmunológico por similitud molecular y otros procesos inmunológicos podría explicar estos eventos. Es necesario evaluar antecedentes de autoinmunidad en pacientes antes de recibir la vacuna y continuar con estudios longitudinales para comprender mejor estos fenómenos y su repercusión clínica.

Alexandra Victoria Medina Garduño

Navarro-Bielsa A, Gracia-Cazaña T, Almagro M, et al. Multicenter, prospective, case-control study of exposome in melanoma (*Estudio prospectivo multicéntrico de casos y controles del exposoma en melanoma*). *Actas Dermosifiliográficas* 2025; S0001-7310 (24): 01056-1. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ad.2024.09.022>

Introducción: la incidencia de cáncer de piel ha aumentado en los últimos 20 años, y en los próximos 20 años se prevé un incremento exponencial cercano al 100%. El exposoma comprende todas las exposiciones ambientales que afectan la salud humana. La radiación ultra-

violeta (RUV) es el principal factor de riesgo del melanoma, pero otros factores, como la contaminación, la dieta y el estilo de vida, también pueden influir. Este estudio analiza la relación entre el melanoma y diversas exposiciones ambientales en la población española.

Métodos: se llevó a cabo un estudio prospectivo de casos y controles en varios centros hospitalarios de España, entre 2020 y 2022. Se incluyeron 73 pacientes con melanoma y 126 controles sin antecedentes de cáncer de piel. Se evaluaron factores como exposición solar, dieta, contaminación, estrés y estilo de vida. Se estableció significación estadística con un valor $p < 0.05$.

Resultados: *factores sociodemográficos:* más pacientes con melanoma tenían ojos y cabello claros en comparación con los controles. No hubo diferencias significativas en el fototipo. *Exposición solar:* el grupo con melanoma tenía mayor exposición al sol, más quemaduras solares y trabajaba con más frecuencia al aire libre (25 vs 5.2% en controles). *Contaminantes ambientales:* a diferencia de otros estudios, no se encontró una asociación significativa entre el melanoma y la exposición a químicos o radiación ionizante. *Fotoprotección:* los controles usaban más ropa para protegerse del sol ($p < 0.001$) y factores de protección solar (FPS) más altos desde 15 años previos ($p = 0.04$). *Medicación:* se encontró mayor prevalencia de administración de ácido acetilsalicílico ($p = 0.01$), antidepresivos ($p = 0.02$) e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ($p = 0.005$) en el grupo con melanoma. *Dieta:* el único alimento significativamente asociado con el melanoma fue el huevo, con mayor consumo en el grupo de casos ($p = 0.04$). *Estilo de vida:* los pacientes con melanoma practicaban más actividad física semanal, fumaban más y tenían más quemaduras solares recientes en comparación con los controles. *Factores protectores:* el tiempo frente a pantallas (relacionado con menor exposición solar) se asoció con menor riesgo de melanoma ($p = 0.03$).

Conclusiones: el melanoma está estrechamente asociado con la exposición crónica a la RUV, especialmente en trabajadores al aire libre y personas con piel clara. La falta de fotoprotección en el pasado aumenta el riesgo. Además, la administración de ciertos fármacos y el consumo de huevo podrían ser factores de riesgo adicionales. Se recomienda implementar estrategias de prevención enfocadas en poblaciones de riesgo, que incluyan educación en fotoprotección desde la infancia.

Carlos Josué Arellanes Guillén

Srivastava P, Pulumati A, Dash A, Khunger N. Kissing lesions in dermatology (*Lesiones en beso en dermatología*). Indian J Dermatol Venereol Leprol 2024; 1-4. doi: 10.25259/IJDVL_26_2024

Introducción: las lesiones en beso tienen un patrón específico, son lesiones pequeñas y bien definidas en ubicaciones en espejo en superficies cutáneas opuestas. Los principales diagnósticos diferenciales son las dermatosis flexurales, como la psoriasis inversa, la dermatitis atópica, el intertrigo y la enfermedad de Hailey-Hailey; éstas afectan pliegues cutáneos, son de distribución generalizada y pueden abarcar gran superficie corporal. Conforme a su origen se han clasificado en:

Congénitas: el nevo en beso, o dividido, sólo puede verse en las partes del cuerpo en las que se produce la separación durante la embriogénesis. Debido a que esta separación ocurre después de la migración de melanoblastos a la piel, la lesión pigmentada resultante parece estar dividida en dos. Las localizaciones suelen ser: párpados superior e inferior separados por la fisura palpebral, así como el prepucio interno y el glande dorsal del pene separados por el surco coronal. Algunos de estos nevos son: nevo melanocítico congénito en beso, nevo pigmentado agrupado con manchas divididas, nevo spilus dividido,

nevo epidérmico dividido, mastocitoma dividido, máculas café con leche en forma de beso.

Infecciones: no de transmisión sexual, como la candidiasis oral y el impétigo. *De transmisión sexual: chancro en beso*, que suele ser el primer signo de sífilis primaria, simétricos alrededor del surco coronal. Otro ejemplo es el chancroide en beso que aparece en el glande y en el prepucio interno adyacente. El condiloma plano del beso es un signo de la sífilis secundaria, suelen ser lesiones elevadas color gris blanquecino, de aspecto similar a una verruga en la región genital y anal.

Irritantes: *dermatitis por Paederus* (dermatitis por escarabajo vesiculoso o dermatitis linearis), aparece como una erupción serpigiosa o lineal con un patrón en beso o especular debido al aplastamiento del escarabajo contra dos superficies flexoras, liberando la toxina pederin. *Balanitis de Zoon*: las lesiones en beso se cree que ocurren por el efecto irritante del esmegma y orina en un hombre no circuncidado con prepucio disfuncional.

Inflamatorias y metabólicas: *úlceras de Lipschütz*: úlceras genitales que afectan, en su mayor parte, a mujeres jóvenes; suelen ser dolorosas y superficiales en los labios menores, el vestíbulo o el perineo. *Hidradenitis supurativa del beso*: en el cuerpo del pene y el escroto opuesto.

Neoplásicas: *hamartoma folicular basaloide en beso*: neoplasia benigna poco frecuente, se distingue por múltiples pápulas o nódulos pequeños en la piel de los párpados. *Carcinoma sebáceo en beso*: afecta los párpados superiores e inferiores. *Melanoma del beso*: poco frecuente; se reporta que ha surgido de un nevo melanocítico del beso preexistente en pene.

Conclusión: diversas enfermedades dermatológicas, desde congénitas, infecciosas, inflamatorias, irritantes e, incluso neoplásicas, pueden causar

una morfología de lesiones en beso que, si bien son inusuales, es importante considerar que pueden mostrar ese patrón para establecer el diagnóstico certero.

Alexa María Flores Leonel

Clemmensen SB, Mengel-From J, Kaprio J, et al. Tattoo ink exposure is associated with lymphoma and skin cancers - a Danish study of twins (La exposición a la tinta de tatuajes se asocia con linfoma y cánceres de piel: estudio danés en gemelos.) BMC Public Health 2025; 25 (1): 170. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21413-3>

El uso de tatuajes ha aumentado significativamente en las últimas décadas, con prevalencia estimada del 20 al 25% en algunos países, y el doble en generaciones más jóvenes. Las partículas de tinta pueden migrar desde la piel hasta los ganglios linfáticos y otros órganos, donde pueden permanecer acumuladas. Se sospecha que este proceso podría desencadenar una respuesta inflamatoria crónica, lo que aumentaría el riesgo de proliferación celular anormal y, en consecuencia, de padecer cáncer, especialmente linfoma y cáncer de piel. Las tintas de tatuaje contienen diversos compuestos químicos, algunos se han clasificado como potencialmente cancerígenos. La tinta negra contiene carbono negro, que se ha asociado con un posible riesgo de cáncer debido a su contenido de hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAHs). Uno de los más peligrosos es el benzo[a]pireno (BaP), clasificado como carcinógeno humano por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC). Además, ciertos pigmentos de color, particularmente los que contienen compuestos azoicos, pueden liberar aminas aromáticas cancerígenas cuando se exponen a la luz solar o a tratamientos con láser para la eliminación de tatuajes.

Métodos: para analizar la posible asociación entre tatuajes y cáncer, se utilizó el Danish Twin

Tattoo Cohort, una base de datos que permite estudiar gemelos con distintos niveles de exposición a la tinta de tatuaje. Se usaron dos enfoques metodológicos: *estudio de cohorte*. Se incluyeron 2367 gemelos seleccionados aleatoriamente del Registro Danés de Gemelos, con seguimiento a lo largo del tiempo para evaluar la incidencia de cáncer en relación con la existencia o ausencia de tatuajes. *Estudio de casos y controles*: se analizaron 316 gemelos nacidos entre 1960 y 1996, en los que un miembro de la pareja había sido diagnosticado con cáncer y el otro no. Se comparó la exposición a la tinta de tatuajes en cada par para evaluar si el gemelo afectado tenía mayor probabilidad de haber estado tatuado antes del diagnóstico. Los diagnósticos de cáncer se obtuvieron del Registro Danés de Cáncer con la clasificación ICD-10. La información de tatuajes se recopiló a través de una encuesta aplicada en 2021, que incluía detalles de la edad de la primera exposición al tatuaje, el tamaño del tatuaje (medido en unidades equivalentes al tamaño de la palma de la mano), los colores utilizados y otros factores de riesgo conocidos, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la actividad física. Para analizar los datos, se usaron modelos de regresión de Cox, ajustando por factores como el sexo y la edad. La exposición al tatuaje se trató como una variable dependiente del tiempo, lo que significa que una persona tatuada sólo se consideraba expuesta desde el momento en que recibió su primer tatuaje.

Resultados: los resultados indicaron una relación significativa entre los tatuajes y el riesgo de padecer cáncer de piel y linfoma. En el estudio de casos y controles, los individuos tatuados tuvieron un riesgo 1.62 veces mayor de padecer cáncer de piel, excluido el carcinoma basocelular. En el estudio de cohorte, este riesgo aumentó a 3.91 veces en personas tatuadas. El análisis del tamaño del tatuaje reveló que los tatuajes grandes, definidos como los que superan el tamaño de la palma de la mano, se asociaban con un riesgo 2.37 veces mayor de cáncer de

piel y un riesgo 2.73 veces mayor de linfoma. En el caso del carcinoma basocelular, que se había excluido del análisis principal del cáncer de piel, se encontró un riesgo 2.83 veces mayor en individuos tatuados en el estudio de cohorte. El análisis de los colores de la tinta no mostró diferencias significativas entre los distintos pigmentos, aunque los tatuajes que contenían tinta negra fueron más frecuentes entre los individuos diagnosticados con cáncer. No se encontró evidencia de que el tabaquismo fuera un factor de confusión relevante en la asociación observada.

Conclusiones: los resultados sugieren que la exposición a la tinta de tatuajes podría aumentar el riesgo de linfoma y cáncer de piel, especialmente en tatuajes grandes. Se plantea que las partículas de tinta pueden inducir inflamación crónica y contener sustancias carcinogénicas que afectan la piel y el sistema linfático. Aunque los mecanismos exactos no están claros, el estudio insiste en la necesidad de más investigaciones para evaluar los efectos a largo plazo de los tatuajes en la salud pública.

Carlos Josué Arellanes Guillén

Kerre S, Goossens A. Allergic contact cheilitis/stomatitis due to beverages and food, an underreported diagnosis (Queilitis-estomatitis alérgica de contacto debido a bebidas y alimentos, un diagnóstico poco reportado). Contact Dermatitis 2025; 92 (3): 248-250. <https://doi.org/10.1111/cod.14725>

Los sulfitos se han reconocido como causas de dermatitis alérgica y se nombraron el alérgeno del año 2024 en Estados Unidos. Se usan para preservar alimentos y bebidas, han causado reacciones periorales, orales e, incluso, sistémicas. Se han clasificado incorrectamente como irritantes, por lo que su relevancia es difícil de identificar. La canela y sus componentes son causa de estomatitis-queilitis alérgica por contacto, frecuentes por mascar chicle o por beber

té. En pacientes con queilitis, estomatitis y aftosis severa o resistente al tratamiento, para establecer el diagnóstico debe hacerse un interrogatorio exhaustivo, prueba de parche, eliminar los agentes sospechosos y, finalmente, eliminar las lesiones. En los siguientes informes de caso los autores demuestran que las dermatitis alérgicas de contacto deben incluirse en los diagnósticos diferenciales de las queilitis-estomatitis de contacto persistentes.

Caso 1: mujer de 81 años con protuberancia recurrente en el labio inferior, eritema y sensación de ardor en la mucosa oral durante 6 meses y eritema pruriginoso y descamación alrededor de los labios y barbilla; no tuvo síntomas sistémicos, antecedentes de alergia y atopia, ni correlación con fármacos. Se descartó queilitis granulomatosa por estudio histopatológico y enfermedad sistémica por anticuerpos negativos. En la exploración física se encontró el labio inferior ligeramente edematizado, mucosa oral eritematosa y una línea bien definida eritematosa que descendía desde el labio a la barbilla. Las pruebas del parche con su pasta dental y lápiz labial fueron positivas a metabisulfito de sodio al día 4,

se consideró relevante porque la paciente bebía diariamente una copa de vino espumoso alemán, que contiene 170 ppm de sulfito. Detener ese hábito resultó en alivio y no tuvo recaída. Este caso ejemplifica que hay bebidas, en especial las alcohólicas, que contienen sulfitos como componente natural o aditivo en vinos.

Caso 2: mujer de 50 años con múltiples aftas en el labio inferior y párpados inflamados, se tomaron anticuerpos y panel de dermatomiositis que descartaron enfermedad autoinmunitaria. Se hizo prueba de parche con sus cosméticos, que fue positiva el día 4 al níquel (+), peróxido de limoneno (++) , fragancia mix-I (++) y alcohol de cinamilo (++) . Entre los antecedentes destacó que usaba productos sin fragancia porque tuvo resultado positivo a las fragancias mixtas en otra prueba de parche y que diario desayunaba manzana con canela; se indicó que suspendiera este hábito y, después de unas semanas, los síntomas desaparecieron sin recurrencias. Por lo tanto, se estableció el diagnóstico de estomatitis alérgica de contacto a la canela

Aidee Jocelyn Landeros Linares