

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i5.10735>

## Eficacia de los tratamientos para el eritema discrómico perstans

### *Efficacy of treatments of erythema dyschromicum perstans.*

Daniela Alejandra Flores Oropeza,<sup>1</sup> Martha Alejandra Morales Sánchez<sup>2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** El eritema discrómico perstans, también conocido como dermatosis cenicienta, es una afección crónica y progresiva, caracterizada por hiperpigmentación. El efecto psicosocial es significativo. Actualmente, el tratamiento sigue siendo un desafío. No existen terapias concluyentes y la eficacia de las opciones disponibles varía ampliamente entre los pacientes, lo que, con frecuencia, da lugar a resultados insatisfactorios.

**OBJETIVO:** Evaluar la eficacia de las intervenciones para el tratamiento del eritema discrómico perstans.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática en la que se incluyeron estudios que describieran el tratamiento implementado en pacientes con diagnóstico corroborado por histopatología de eritema discrómico perstans hasta junio de 2025, en los repositorios de PubMed, Embase, Cochrane, LILACS y SciELO.

**RESULTADOS:** El tacrolimus tópico se perfila como el tratamiento más eficaz en pacientes con eritema discrómico perstans, mientras que otras opciones, como la clofazimina, isotretinoína y dapsona, han mostrado resultados variables. Gran parte de la evidencia proviene de estudios observacionales con limitaciones metodológicas, lo que resalta la necesidad de ensayos clínicos controlados que evalúen de forma objetiva la eficacia de las intervenciones y estandaricen la medición de la respuesta clínica.

**CONCLUSIONES:** El eritema discrómico perstans continúa siendo un reto terapéutico debido a la ausencia de tratamientos concluyentes y la variabilidad en la respuesta clínica. El tacrolimus tópico destaca como la opción más efectiva según la evidencia disponible.

**PALABRAS CLAVE:** Eritema discrómico perstans; hiperpigmentación; tacrolimus tópico.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Erythema dyschromicum perstans, also known as ashy dermatosis, is a chronic and progressive condition characterized by hyperpigmentation. The psychosocial impact is significant. Currently, treatment remains challenging. There are no definitive therapies, and the efficacy of available options varies widely among patients, often resulting in unsatisfactory outcomes.

**OBJECTIVE:** To evaluate the efficacy of interventions for the treatment of erythema dyschromicum perstans.

**METHODOLOGY:** Systematic review including studies describing treatments implemented in patients with histopathologically confirmed diagnosis of erythema dyschromicum perstans up to June 2025, sourced from PubMed, Embase, Cochrane, LILACS, and SciELO databases.

**RESULTS:** Topical tacrolimus emerges as the most effective treatment for erythema dyschromicum perstans, whereas other options such as clofazimine, isotretinoin, and dapsone have shown variable results. Most evidence comes from observational studies with methodological limitations, underscoring the need for controlled clinical

<sup>1</sup> Residente de tercer año de dermatología.

<sup>2</sup> Dermatooncóloga.  
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SS CDMX, México.

#### ORCID

<https://orcid.org/0009-0001-7875-7404>  
<https://orcid.org/0000-0002-1180-6750>

**Recibido:** junio 2025

**Aceptado:** julio 2025

#### Correspondencia

Martha Alejandra Morales Sánchez  
marthamoralessanchez@gmail.com

#### Este artículo debe citarse como:

Flores-Oropeza DA, Morales-Sánchez MA. Eficacia de los tratamientos para el eritema discrómico perstans. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (5): 636-644.

trials to objectively evaluate intervention efficacy and standardize clinical response assessment.

**CONCLUSIONS:** *Erythema dyschromicum perstans* remains a therapeutic challenge due to the lack of definitive treatments and variability in clinical response. Topical tacrolimus stands out as the most effective option based on current evidence.

**KEYWORDS:** *Erythema dyschromicum perstans*; Hyperpigmentation; Topical tacrolimus.

## ANTECEDENTES

El eritema discrómico perstans, también conocido como dermatosis cenicienta, es una afección hiperpigmentada crónica y progresiva, descrita en 1957 y cuya causa se desconoce. Esta enfermedad es mundial; sin embargo, es más frecuente en América Latina, afecta a uno y otro sexo y no se ha demostrado predisposición genética. En términos clínicos, se manifiesta como manchas grisáceas, irregulares, con borde eritematoso en estadios tempranos, con afectación predominante en el tronco, el cuello, la cara y las extremidades superiores, sin afectar las mucosas.<sup>1,2</sup>

El efecto psicosocial del eritema discrómico perstans es significativo. Actualmente, el tratamiento sigue siendo un desafío. A pesar de que este padecimiento no representa aumento de la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, sí tiene una repercusión considerable en el bienestar y calidad de vida. No existen tratamientos concluyentes y la eficacia de las opciones disponibles varía ampliamente entre los pacientes, lo que, con frecuencia, da lugar a resultados insatisfactorios.

El objetivo de esta revisión es evaluar la eficacia de las intervenciones para el tratamiento del eritema discrómico perstans.

## METODOLOGÍA

Búsqueda sistemática en las bases de datos electrónicas de PubMed, Embase, Cochrane, LILACS y SciELO. Se hizo la búsqueda inicial mediante la combinación de tesauros, palabras clave y los operadores booleanos: *Erythema dyschromicum perstans* OR *Ashy dermatosis* OR *Dermatosis cenicienta* OR *Erythema dyschromicum perstans* OR *Cinderella dermatitis*. Se buscaron sólo artículos originales publicados hasta junio de 2025, sin restricción geográfica ni de idioma, cuya población de estudio incluyera pacientes con diagnóstico corroborado por histopatología de eritema discrómico perstans y de los que se dispusiera la descripción del tratamiento indicado. Se excluyeron estudios realizados en animales, pacientes con dermatosis coexistentes, así como los estudios cuyo contenido no estuviera disponible. El protocolo de esta revisión sistemática se registró en PROSPERO (PROSPERO 2025 CRD420251040599).

## RESULTADOS

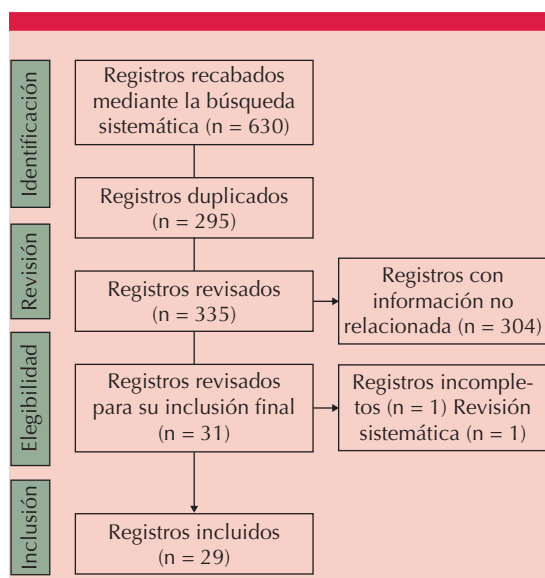
En primera instancia se encontraron 630 artículos que se revisaron mediante lectura de títulos y resúmenes. Se descartaron 295 artículos por estar duplicados, 304 debido a que contenían información no relacionada con el interés de esta revisión, uno más debido a que no mostraba la

información completa y una revisión sistemática, lo que resultó en 29 artículos elegibles. **Figura 1**

De los 29 artículos seleccionados se recabaron los datos relacionados con la cantidad de pacientes, sexo y edad de los participantes, modalidad de tratamiento, dosis y desenlace terapéutico. De los artículos incluidos, 22 correspondieron a reporte de casos, 2 consistieron en serie de casos, 2 fueron ensayos clínicos, 2 estudios retrospectivos y un estudio piloto.

Los artículos analizados reunieron los datos de 178 individuos con diagnóstico corroborado por biopsia de eritema discrómico perstans. **Cuadro 1**

Entre las características de la población afectada predominaron los casos en edades comprendidas entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Sólo 3 casos ocurrieron en la edad pediátrica. La topografía más afectada fue el tronco, seguida de la cara, las extremidades y el cuello.



**Figura 1.** Esquema general de la estrategia utilizada.

El tiempo promedio de evolución de la dermatosis fue de 2.5 años. El tipo de lesiones fue concluyente en todos los casos con manchas hiperpigmentadas grisáceas, con borde eritematoso al inicio de la dermatosis, todas asintomáticas. Dos casos manifestaron la enfermedad luego de la aplicación de la vacuna contra COVID-19 e influenza, respectivamente.

### Tratamientos administrados

En la mayor parte de los estudios revisados, los esquemas terapéuticos incluyeron corticosteroides (tópicos y sistémicos), inhibidores de la calcineurina, retinoides, antibióticos, fototerapia y diversas modalidades de láser, ya sea de forma individual o en combinación. La duración del tratamiento fue variable, entre un mes y siete años en un caso aislado; el intervalo más reportado fue de tres a seis meses.

La administración tópica de inhibidores de calcineurina ha demostrado resultados favorables en el tratamiento de esta enfermedad. En un reporte de dos casos, se administró tacrolimus al 0.1%, aplicado dos veces al día, con lo que se logró alivio clínico a los 2 y 3 meses, respectivamente.<sup>2</sup> En otro caso se documentó el alivio en cuatro semanas en un paciente de dos años tratado con tacrolimus al 0.03% una vez al día.<sup>3</sup>

Asimismo, se han descrito casos exitosos con tacrolimus en combinación con otros tratamientos. Wolfshohl y su grupo comunicaron el caso de una paciente con eritema discrómico perstans de siete años de evolución, tratada con una combinación de tacrolimus al 0.1% y láser fraccionado de Erbium 1550 nm (5-6 sesiones), con mejoría a los tres meses.<sup>4</sup> Leung y colaboradores informaron mejoría clínica en un caso tratado con tacrolimus, corticosteroide tópico y fototerapia UVB de banda estrecha.<sup>5</sup>

De forma complementaria, la clofazimina también ha mostrado ser efectiva en algunos casos.

Cuadro 1. Información condensada de los recursos analizados en la revisión (continúa en la siguiente página)

| Núm.             | Autor y año                               | n | Tratamiento                                                      | Dosis                                                                                                                                  | Resultado                 |
|------------------|-------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Reportes de caso |                                           |   |                                                                  |                                                                                                                                        |                           |
| 1                | Mahajan et al. (2015) <sup>2</sup>        | 2 | Tacrolimus 0.1%                                                  | 2 veces al día                                                                                                                         | Mejoría 100%              |
| 2                | Garais et al. (2016) <sup>9</sup>         | 3 | Clobetasol ungüento en el tronco más mometasona crema en la cara | NR                                                                                                                                     | Mejoría 33.3%             |
| 3                | Wolfschöhl et al. (2017) <sup>4</sup>     | 1 | Tacrolimus 0.1% más láser erbium fraccionado 1550 nm             | Una vez al día más 4.65-4.91 kJ 5 sesiones con intervalos 4-6 semanas                                                                  | Mejoría 100%              |
| 4                | Díaz et al. (2020) <sup>1</sup>           | 4 | Prednisona más corticosteroide tópico más isotretinoína          | 1ª sem 60 mg/día; 2ª sem 40 mg/día; 3ª sem 20 mg/día más 1 vez al día más 40, 20 o 10 mg/día 300 mJ 3 días/sem, con incrementos 10-15% | Mejoría 100%              |
| 5                | Leung et al. (2018) <sup>5</sup>          | 1 | NB-UVB Clobetasol y tacrolimus                                   | por sesión No específica                                                                                                               | Mejoría 100%              |
| 6                | Srinivasan, Gottlieb (2023) <sup>12</sup> | 1 | Ruxolitinib crema 1.5%                                           | 2 veces al día                                                                                                                         | Mejoría 100%              |
| 7                | Takeda et al. (2019) <sup>19</sup>        | 1 | Pembrolizumab 200 mg                                             | Cada tres semanas                                                                                                                      | Mejoría 100% con vitíligo |
| 8                | Ercan N. (2020) <sup>3</sup>              | 1 | Tacrolimus 0.03%                                                 | 1 vez al día                                                                                                                           | Mejoría 100%              |
| 9                | Bahadir et al. (2004) <sup>15</sup>       | 1 | Dapsone 100 mg                                                   | 1 vez al día por 3 meses                                                                                                               | Mejoría 100%              |
| 10               | Wang et al. (2016) <sup>13</sup>          | 1 | Isotretinoína 20 mg                                              | 1 al día por 4 meses                                                                                                                   | Mejoría 100%              |
| 11               | Rato et al. (2017) <sup>8</sup>           | 1 | Clofazimina 100 mg                                               | 3 días/semana por 3 meses                                                                                                              | Sin mejoría               |
| 12               | Janahi et al. (2024) <sup>14</sup>        | 1 | Isotretinoína 20 mg                                              | 1 vez al día                                                                                                                           | Mejoría 100%              |
| 13               | Love (2016) <sup>23</sup>                 | 1 | Hidroquinona 4% más NB-UVB                                       | 2 veces al día más 3 sesiones/semana                                                                                                   | Mejoría 100%              |
| 14               | Fabbrocini et al. (2015) <sup>24</sup>    | 2 | NB-UVB 311 nm                                                    | 3 sesiones/sem por 4 semanas Dosis total: 4716 mJ/cm² (12 sesiones)                                                                    | Mejoría 100%              |
| 15               | Pinto-Almeida et al. (2013) <sup>7</sup>  | 1 | Clofazimina 100 mg                                               | Una al día por 3 meses y posterior una en días alternos por 3 meses                                                                    | Mejoría 100%              |
| 16               | Ergin et al. (2012) <sup>17</sup>         | 2 | Dapsone 100 mg                                                   | Una vez al día                                                                                                                         | Sin mejoría               |
| 17               | Osswald et al. (2001) <sup>25</sup>       | 1 | Prednisona                                                       | Tres meses, no especifica la dosis                                                                                                     | Mejoría 100%              |
| 18               | Berger et al. (1989) <sup>18</sup>        | 1 | Griseofulvina 250 mg                                             | Una cada 12 h por un mes, luego ½ tableta cada 12 h por 3 meses                                                                        | Mejoría 100%              |
| 19               | Muñoz, Chang (2011) <sup>26</sup>         | 1 | Corticosteroide tópico de baja potencia más hidroquinona 4%      | 2 veces al día-2 veces al día                                                                                                          | n/a                       |

Cuadro 1. Información condensada de los recursos analizados en la revisión (continuación)

| Núm.                  | Autor y año                                | n  | Tratamiento                                                                                                                                                                                 | Dosis                                                                                                   | Resultado                                           |
|-----------------------|--------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Reportes de caso      |                                            |    |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                     |
| 20                    | Wind et al. (2012) <sup>22</sup>           | 6  | Láser fraccionado no ablativo 1550 nm más tópico: hidroquinona 5%, tretinoína 0.05%, acetónido de triamcinolona 0.1%                                                                        | 15 mJ por microhaz, 14-20% de cobertura, 4-5 sesiones más una vez por las noches después de cada sesión | No mejoría                                          |
| 21                    | Imanishi et al. (2011) <sup>21</sup>       | 2  | Láser rubí Q-switch                                                                                                                                                                         | NR                                                                                                      | Sin mejoría                                         |
| 22                    | Tloughan et al. (2010) <sup>27</sup>       | 1  | NB-UVB más luz solar                                                                                                                                                                        | NR                                                                                                      | Mejoría 100%                                        |
| 23                    | Antonov et al. (2015) <sup>28</sup>        | 1  | Luz solar                                                                                                                                                                                   | 2-3 años                                                                                                | Mejoría 100%                                        |
| 24                    | Micciantuono et al. (2009) <sup>6</sup>    | 1  | Clofazimina 50 mg                                                                                                                                                                           | Una vez al día hasta alivio y posterior dos días/semana por 3 meses                                     | Mejoría 100%                                        |
| Cohorte retrospectiva |                                            |    |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                     |
| 25                    | Chang et al. (2015) <sup>11</sup>          | 68 | Tópico: corticosteroide, hidroquinona 4%, tretinoína 0.05%, inhibidor calcineurina. Sistémico: dapsona, minociclina, ácido tranexámico más vitaminas, clofazimina, pentoxifilina, macrólide | NR                                                                                                      | Sin mejoría                                         |
| 26                    | Cheng et al. (2018) <sup>10</sup>          | 26 | Tópico: corticosteroide, hidroquinona, tretinoína, tacrolimus. Sistémico: corticosteroide                                                                                                   | NR                                                                                                      | 19.2% mejoría (n = 5); 30.7% sin mejoría (n = 8)    |
| Ensayo clínico        |                                            |    |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                     |
| 27                    | Kroon et al. (2012) <sup>20</sup>          | 8  | Láser fraccionado no ablativo 1550 nm                                                                                                                                                       | 0.17 kJ de energía por tratamiento, 5 sesiones con intervalos de 3 semanas                              | Sin mejoría                                         |
| 28                    | Piquero-Martín et al. (1989) <sup>29</sup> | 8  | Clofazimina 100 mg                                                                                                                                                                          | < 40 kg: 100 mg en días alternos, luego 200 mg/semana<br>> 40 kg: 100 mg/día, luego 400 mg/sem          | 87.5% mejoría (n = 7);<br>12.5% sin mejoría (n = 1) |
| 29                    | Hossain et al. (2012) <sup>16</sup>        | 30 | Dapsona 100 mg                                                                                                                                                                              | Una vez al día                                                                                          | Mejoría 83.3% (n = 25)<br>Sin mejoría 16.6% (n = 5) |

NR: no reportado; NB-UVB: fototerapia ultravioleta B de banda estrecha. El porcentaje reportado en la columna de mejoría corresponde al total de pacientes por estudio.

Micciantuono y colaboradores reportaron el caso de un paciente con alivio completo de la dermatosis luego del tratamiento con clofazimina a una dosis inicial de 50 mg/día, seguida por 50 mg dos veces por semana durante un periodo total de tres meses.<sup>6</sup> De manera similar, Pinto-Almeida y su grupo administraron clofazimina a una dosis de 100 mg/día durante tres meses, continuando posteriormente con su administración en días alternos durante tres meses adicionales, con lo que se logró alivio completo sin evidencia de recaída al seguimiento de seis meses.<sup>7</sup> En contraste, Rato y su grupo no observaron mejoría clínica en una paciente tratada con clofazimina a dosis de 100 mg tres veces por semana durante tres meses.<sup>8</sup>

Entre las opciones de tratamiento tópico, los corticosteroides se han indicado ampliamente, aunque con resultados variables. Garais y su grupo reportaron el caso de una paciente con eritema discrómico perstans de dos años de evolución, en quien se administraron corticosteroides de mediana y alta potencia en pauta descendente; sólo se observó mejoría leve.<sup>9</sup> Asimismo, se han administrado esquemas tópicos combinados: corticosteroides, hidroquinona, retinoides e inhibidores de la calcineurina.

Cheng y colaboradores, en un estudio retrospectivo de 26 pacientes, implementaron un régimen compuesto por hidroquinona, tretinoína, corticosteroides e inhibidores de la calcineurina; sin embargo, no se especificaron las dosis administradas. Sólo 13 pacientes se evaluaron a los tres meses de seguimiento, de los que únicamente cinco mostraron mejoría clínica.<sup>10</sup> De manera similar, en un estudio retrospectivo posterior, con una cohorte más amplia de 68 pacientes, Chang y su grupo administraron el mismo esquema de tratamiento tópico combinado, que incluyó hidroquinona, tretinoína, corticosteroides e inhibidores de la calcineurina, sin observar mejoría clínica significativa en ninguno de los casos.<sup>11</sup>

Srinivasan reportó un caso aislado en el que se administró ruxolitinib en crema al 1.5%, aplicado dos veces al día, en una paciente con eritema discrómico perstans posterior a la vacunación contra COVID-19, y observó mejoría clínica tras un mes de tratamiento.<sup>12</sup>

En cuanto a las opciones terapéuticas sistémicas, la isotretinoína ha demostrado ser eficaz como monoterapia. Wang y su grupo reportaron mejoría clínica en un paciente tratado con 20 mg/día durante cuatro meses, mientras que Janahi documentó un caso similar con la misma dosis administrada durante dos meses, también con resultados favorables.<sup>13,14</sup> Asimismo, la isotretinoína se ha prescrito en combinación con corticosteroides sistémicos y tópicos. Díaz y colaboradores comunicaron una serie de cuatro casos tratados con este enfoque combinado, todos con respuesta clínica favorable.<sup>1</sup>

La dapsona representa otra alternativa terapéutica que, a dosis de 100 mg diarios, ha mostrado buenos resultados en algunos casos. Bahadir y su grupo reportaron una respuesta favorable en un caso clínico y Hossain y colaboradores, en un ensayo clínico, observaron mejoría en el 83% de los participantes tratados con esta misma dosis.<sup>15,16</sup> Sin embargo, los resultados no han sido consistentes. Ergin y su grupo, en un reporte de dos casos tratados con igual esquema, no evidenciaron mejoría clínica.<sup>17</sup>

Otras opciones terapéuticas sistémicas, aunque con evidencia menos concluyente, incluyen la griseofulvina, utilizada por Berger en 1989 con buena respuesta clínica en un paciente.<sup>18</sup> Asimismo, se reportó el caso de un paciente de 62 años con diagnóstico concomitante de eritema discrómico perstans y carcinoma de células escamosas pulmonar, que fue tratado con pembrolizumab a dosis de 200 mg cada tres semanas. A los diez meses de tratamiento se observó alivio de las lesiones de eritema dis-

crómico perstans, aunque éste se acompañó de vitíligo simultáneo.<sup>19</sup>

Algunas otras opciones terapéuticas han mostrado escasa efectividad. En un estudio piloto, se evaluó el uso de láser fraccionado no ablativo de 1550 nm, aplicado en cinco sesiones con intervalos de tres semanas entre cada una, observándose una respuesta terapéutica limitada.<sup>20</sup>

De manera similar, Imanishi y su grupo usaron láser rubí Q-switched en dos pacientes con eritema discrómico perstans, sin mejoría clínica.<sup>21</sup> Por su parte, Wind y su grupo, en una serie de seis casos, implementaron un enfoque combinado que incluyó entre cuatro y cinco sesiones de láser fraccionado no ablativo de 1550 nm, seguido de tratamiento tópico con hidroquinona, corticosteroides y retinoides. Al seguimiento a tres meses no se observaron cambios clínicos significativos en las lesiones.<sup>22</sup>

## DISCUSIÓN

En esta revisión se analizaron las diferentes opciones terapéuticas utilizadas en pacientes con eritema discrómico perstans, entre las que destaca el tacrolimus tópico como el agente con mayor eficacia clínica. Este inhibidor de la calcineurina ha demostrado resultados favorables en monoterapia y en combinación con otras modalidades terapéuticas, que incluyen láser fraccionado y fototerapia UVB de banda estrecha. La respuesta clínica observada ha sido consistente en múltiples reportes, con alivio completo de las lesiones pigmentarias en un intervalo de cuatro semanas a tres meses, lo que representa el intervalo de respuesta máxima documentada.<sup>2-5</sup> Estos hallazgos sugieren que el tacrolimus constituye una alternativa terapéutica de primera línea en pacientes con eritema discrómico perstans, especialmente en sujetos con formas localizadas o de reciente evolución. La clofazimina ha mostrado eficacia variable en el tratamiento del eritema discrómico persistente.

En algunos casos, como los reportados por Micciantuono y Pinto-Almeida, se logró alivio completo con esquemas diarios prolongados y sin recaídas.<sup>6,7</sup> Sin embargo, también se han documentado fallas terapéuticas, como en el caso descrito por Rato y colaboradores, en el que no se observó mejoría.<sup>8</sup>

Estos hallazgos indican que la clofazimina puede ser útil en ciertos pacientes, pero su eficacia no es consistente, desde ausencia total de mejoría hasta alivio completo.<sup>29</sup>

El resto de los tratamientos tópicos en pacientes con eritema discrómico perstans incluyen, principalmente, corticosteroides, hidroquinona, retinoides, ya sea en monoterapia o en combinación. Sin embargo, la respuesta clínica ha sido, en general, limitada, con alivio leve o nulo en la mayoría de los casos reportados. Los estudios retrospectivos no evidenciaron una eficacia significativa de estos esquemas combinados.<sup>10,11</sup> Un caso aislado mostró mejoría con ruxolitinib tópico, lo que sugiere un posible beneficio en contextos específicos. Estos resultados destacan la necesidad de tratamientos tópicos más eficaces.<sup>12</sup>

En cuanto a los tratamientos sistémicos, la isotretinoína ha mostrado ser eficaz en monoterapia y en combinación con corticosteroides, con respuestas clínicas favorables en la mayoría de los casos comunicados.<sup>1,13,14</sup> La dapsona también se ha prescrito con buenos resultados en algunos pacientes, aunque su efectividad no ha sido consistente en todos los estudios.<sup>15,16,17</sup> Otras opciones menos frecuentes, como la griseofulvina y el pembrolizumab, han mostrado beneficios en casos aislados, aunque su administración permanece limitada por la escasa evidencia disponible.<sup>18,19</sup>

En conjunto, estos hallazgos sugieren que, si bien existen alternativas sistémicas prometedoras, se requiere mayor evidencia para establecer su efectividad y seguridad a largo plazo.

En cuanto a otras opciones terapéuticas, como las modalidades con láser, la evidencia disponible sugiere una eficacia limitada en el tratamiento del eritema discrómico perstans. El uso de láser fraccionado no ablativo de 1550 nm, en monoterapia o en combinación con tratamientos tópicos, ha mostrado resultados clínicos poco satisfactorios.<sup>20</sup> Asimismo, el láser de rubí Q-switched tampoco evidenció mejoría en los casos comunicados.<sup>21</sup> Estos hallazgos indican que, pese a su potencial teórico, las terapias basadas en láser no han demostrado beneficios clínicos significativos y, por tanto, no se consideran opciones efectivas en el tratamiento actual de esta dermatosis.

Entre las principales limitaciones de esta revisión destaca la ausencia de ensayos clínicos controlados acerca del tratamiento del eritema discrómico perstans, lo que puede atribuirse a la baja incidencia y prevalencia de esta enfermedad. La mayor parte de la evidencia disponible proviene de estudios observacionales, con limitaciones metodológicas importantes y no constituyen el diseño más adecuado para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Además, no fue posible hacer una evaluación sistemática del riesgo de sesgo debido a la marcada heterogeneidad en el diseño de los estudios incluidos. Otra dificultad relevante fue la falta de uniformidad en la medición de la variable de respuesta clínica (mejoría), porque ésta no se evaluó en los mismos periodos ni mediante escalas estandarizadas en todos los estudios, lo que dificulta la comparación y síntesis de los resultados.

Es evidente la necesidad de más ensayos clínicos controlados que permitan evaluar de manera objetiva la eficacia de las intervenciones terapéuticas en pacientes con eritema discrómico perstans. Estos estudios deben incluir métodos estandarizados para cuantificar la afección cutánea y la intensidad de la pigmentación, lo que permitirá la medición más precisa y reproducible

de la respuesta clínica. La implementación de escalas validadas y herramientas tecnológicas, como la colorimetría digital o la dermatoscopia, podría contribuir significativamente a establecer criterios uniformes de mejoría, facilitando la comparación entre tratamientos y fortaleciendo la base de evidencia para el tratamiento de esta dermatosis.

## CONCLUSIONES

El tacrolimus tópico se perfila como el tratamiento más eficaz en pacientes con eritema discrómico perstans, mientras que otras opciones como la clofazimina, isotretinoína y dapsona han mostrado resultados variables. Gran parte de la evidencia proviene de estudios observacionales con limitaciones metodológicas, lo que resalta la necesidad de ensayos clínicos controlados que evalúen de forma objetiva la eficacia de las intervenciones y estandaricen la medición de la respuesta clínica.

Se recurrió al uso de la inteligencia artificial para la realización de este trabajo.

## Agradecimientos

Agradecemos el apoyo brindado por nuestras instituciones, que fue fundamental para la realización de este trabajo.

## REFERENCIAS

1. Diaz A, Gillihan R, Motaparthi K, Rees A. Combination therapy with prednisone and isotretinoin in early erythema dyschromicum perstans: A retrospective series. *JAAD Case Rep* 2020; 6 (3): 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2019.12.015>
2. Mahajan VK, Chauhan PS, Mehta KS, Sharma AL. Erythema dyschromicum perstans: Response to topical tacrolimus. *Indian J Dermatol* 2015; 60 (5): 525. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.164452>
3. Ercan N. Erythema dyschromicum perstans in an infant with positive Darier sign: A case report successfully treated with tacrolimus. *Dermatol Ther* 2020; 33 (6): e14175. <https://doi.org/10.1111/dth.14175>

4. Wolfshohl JA, Geddes ER, Stout AB, Friedman PM. Improvement of erythema dyschromicum perstans using a combination of the 1,550-nm erbium-doped fractionated laser and topical tacrolimus ointment. *Lasers Surg Med* 2017; 49 (1): 60-62. <https://doi.org/10.1002/lsm.22567>
5. Leung N, Oliveira M, Selim MA, et al. Erythema dyschromicum perstans: A case report and systematic review of histologic presentation and treatment. *Int J Womens Dermatol* 2018; 4 (4): 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2018.08.003>
6. Micciantuono SR, Cardona L, Pinzon-Plazas M, Rendon M. Erythema dyschromicum perstans: successful treatment with clofazimine under a single-patient investigational new drug study. *Cosmetic Dermatology* 2009; 22 (6): 299-302.
7. Pinto-Almeida T, Caetano M, Alves R, et al. Ashy dermatosis - treatment with clofazimine. *J Portuguese Soc Dermatol Venereol* 2013; 70 (3): 365. <https://doi.org/10.29021/spdv.70.3.15>
8. Rato M, Monteiro AF, Aranha J, Tavares E. Ashy dermatosis with involvement of mucous membranes. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (5 Suppl 1): 17-20. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2017613>
9. Garais JA, Landau D, Garay IS, et al. Eritema discrómico perstans: a propósito de tres casos. *Arch Argent Dermatol* 2016; 66 (6): 164-168.
10. Cheng HM, Chuah SY, Gan EY, et al. A retrospective clinicopathological study comparing lichen planus pigmentosus with ashy dermatosis. *Australas J Dermatol* 2018; 59 (4): 322-327. <https://doi.org/10.1111/ajd.12813>
11. Chang SE, Kim HW, Shin JM, et al. Clinical and histological aspect of erythema dyschromicum perstans in Korea: A review of 68 cases. *J Dermatol* 2015; 42 (11): 1053-7. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13002>
12. Srinivasan D, Gottlieb A. Successful management of erythema dyschromicum perstans following topical ruxolitinib therapy. *J Drugs Dermatol* 2023; 22 (3): 297-299. <https://doi.org/10.36849/JDD.7156>. PMID: 36877872.
13. Wang F, Zhao Y, Wang Z, et al. Erythema dyschromicum perstans response to isotretinoin. *JAMA Dermatol* 2016; 152 (7): 841-842. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2015.6185>
14. Al Janahi S, Abdelhadi S, Ruszczak Z. Erythema dyschromicum perstans following influenza vaccine. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024; 38: e907-e909. <https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1111/jdv.19988>
15. Bahadır S, Cobanoglu U, Cimsit G, et al. Erythema dyschromicum perstans: response to dapsone therapy. *Int J Dermatol* 2004; 43 (3): 220-2. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.01984.x>
16. Hossain M, Bhuian I, Wahab A, et al. Outcome of dapsone in the treatment of ashy dermatosis. *J Shaheed Suhrawardy Med Coll* 2012; 4 (1): 18-21. <https://doi.org/10.3329/jssmc.v4i1.11998>
17. Ergin P, Erdoğan B, Evliyaoğlu D, et al. Eritema diskromikum perstans tanılı iki olguda dapsona yanıtın değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2007; 12 (1), 73-75.
18. Berger RS, Hayes TJ, Dixon SL. Erythema dyschromicum perstans and lichen planus: are they related? *J Am Acad Dermatol* 1989; 21 (2 Pt 2): 438-42. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(89\)80055-6](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(89)80055-6)
19. Takeda K, Fujimura T, Tsuchiyama K, et al. Pembrolizumab resolves adult ashy dermatosis developing in patients with squamous cell carcinoma of the lung. *J Dermatol* 2019; 46 (3): 271-273. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14775>
20. Kroon MW, Wind BS, Meesters AA, et al. Non-ablative 1550 nm fractional laser therapy not effective for erythema dyschromicum perstans and postinflammatory hyperpigmentation: a pilot study. *J Dermatolog Treat* 2012; 23 (5): 339-44. <https://doi.org/10.3109/09546634.2011.565016>
21. Imanishi H, Tsuruta D, Kobayashi H, et al. Two cases of unilateral ashy dermatosis. *Case Rep Dermatol* 2011; 3 (1): 1-4. <https://doi.org/10.1159/000323663>
22. Wind BS, Meesters AA, Kroon M, et al. Formation of fibrosis after nonablative and ablative fractional laser therapy. *Dermatol Surg* 2012; 38: 437-42.
23. Love PB. Erythema dyschromicum perstans. In: Love P, Kundu R, editors. *Clinical cases in skin of color. Clinical Cases in Dermatology*. Springer, Cham. 2016.
24. Fabbrocini G, Cacciapuotì S, Izzo R, et al. Efficacy of narrowband UVB phototherapy in erythema dyschromicum perstans treatment: Case reports. *Acta Dermatovenerol Croat* 2015; 23 (1): 63-5.
25. Osswald SS, Proffer LH, Sartori CR. Erythema dyschromicum perstans: a case report and review. *Cutis* 2001; 68 (1): 25-8.
26. Muñoz C, Chang AL. A case of Cinderella: erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis or dermatosis cinicienta). *Skinmed* 2011; 9 (1): 63-4.
27. Tloughan BE, Gonzalez ME, Mandal RV, et al. Erythema dyschromicum perstans. *Dermatol Online J* 2010; 16 (11): 17.
28. Antonov NK, Braverman I, Subtil A, Halasz CL. Erythema dyschromicum perstans showing resolution in an adult. *JAAD Case Rep* 2015; 1 (4): 185-7.
29. Convit J, Piquero-Martín J, Perez RM. Erythema dyschromicum perstans. *Int J Dermatol* 1989; 28 (3): 168-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1989.tb02453.x>