

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i4.11337>

Resúmenes realizados por pasantes de la carrera de Medicina.

Martin DS, Doidge JC, Gould D, et al; EXAKT Study Investigators. The impact of skin tone on performance of pulse oximeters used by NHS England COVID Oximetry @home scheme: Measurement and diagnostic accuracy study (El efecto del tono de piel en el rendimiento de los oxímetros de pulso utilizados por el programa COVID Oximetry @home del NHS England: estudio de precisión de medición y diagnóstico). *BMJ* 2026; 392 (1): e085535. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-085535>

Introducción: la medición precisa de la oxigenación sanguínea es un componente decisivo en la evaluación clínica de múltiples enfermedades dermatológicas y sistémicas, particularmente en contextos inflamatorios, infecciosos y vasculares. La saturación arterial de oxígeno (SaO_2), determinada mediante cooximetría arterial, constituye el patrón de referencia para la identificación de hipoxemia. No obstante, la oximetría de pulso (SpO_2) es una herramienta ampliamente utilizada por su carácter no invasivo, bajo costo y facilidad de uso en el ámbito hospitalario y en la atención domiciliaria. Diversos estudios han señalado que la precisión de los oxímetros de pulso puede verse influida por factores como perfusión tisular, concentración de hemoglobina y pigmentación cutánea. En particular, se ha descrito una tendencia a la sobreestimación de la SaO_2 en individuos con tonos de piel más oscuros, lo que podría retrasar el reconocimiento oportuno de la hipoxemia. Durante la pandemia por COVID-19, el uso generalizado de oxímetros domiciliarios dentro del programa NHS England COVID Oximetry @home amplificó la relevancia clínica y de salud pública de este posible sesgo. El estudio EXAKT se diseñó para evaluar de forma objetiva y sistemática el efecto del tono de piel en la exactitud de estos dispositivos.

Materiales y métodos: estudio prospectivo de exactitud diagnóstica y medición efectuado en 24 unidades de cuidados intensivos del Reino Unido de junio de 2022 a agosto de 2024. Se incluyeron 903 pacientes adultos críticamente enfermos, reclutados a partir de la infraestructura del ensayo clínico multicéntrico UK-ROX. Se compararon mediciones simultáneas de SpO_2 obtenidas mediante cinco oxímetros de pulso de dedo utilizados en el programa domiciliario del NHS, con valores de SaO_2 medidos por cooximetría arterial, considerada el patrón de oro. Las mediciones se hicieron de manera pareada y repetida durante un periodo de 24 horas por paciente. El tono de piel se cuantificó de forma objetiva mediante espectrofotometría, calculando el ángulo tipológico individual (ITA) como variable continua, lo que permitió evitar las limitaciones inherentes al uso de etnicidad, fototipos de Fitzpatrick o escalas subjetivas. Se evaluaron métricas de exactitud (sesgo, precisión y ARMS), así como el desempeño diagnóstico para detectar hipoxemia ($\text{SaO}_2 \leq 92\%$); se incluyeron tasas de falsos negativos, falsos positivos, área bajo la curva ROC e hipoxemia oculta ($\text{SaO}_2 < 88\%$ con SpO_2 aparentemente normal). El análisis estadístico incluyó modelos multivariados ajustados por tipo de oxímetro, SaO_2 y concentración de hemoglobina.

Resultados: se analizaron 11,018 pares de mediciones SpO_2 - SaO_2 . Todos los oxímetros evaluados mostraron un patrón consistente de sobreestimación de la SaO_2 en niveles bajos de oxigenación y subestimación en valores altos, con variabilidad entre dispositivos. De forma relevante, las lecturas de SpO_2 fueron, en promedio, 0.6 a 1.5 puntos porcentuales más altas en pacientes con tonos de piel más oscuros en comparación con los que tenían piel clara.

Este sesgo tuvo un efecto significativo en el rendimiento diagnóstico. A medida que el tono de piel se oscurecía, aumentó de manera progresiva la tasa de falsos negativos para la detección de hipoxemia. En el umbral clínico de $\text{SpO}_2 \leq 94\%$ la proporción de pacientes con $\text{SaO}_2 \leq 92\%$ pero SpO_2 aparentemente normal fue, incluso, siete veces mayor en individuos con piel oscura. Por el contrario, las tasas de falsos positivos disminuyeron en este grupo. La métrica ARMS no fue capaz de reflejar adecuadamente estas diferencias clínicamente relevantes.

Discusión: los resultados del estudio EXAKT confirman que los oxímetros de pulso evaluados tienen un sesgo sistemático dependiente del tono de piel, con implicaciones clínicas potencialmente importantes. Aunque las diferencias absolutas en SpO_2 puedan parecer pequeñas, su implicación en términos de diagnóstico conduce a una mayor probabilidad de hipoxemia no detectada en pacientes con piel más oscura, lo que puede retrasar intervenciones terapéuticas oportunas. Este trabajo destaca la importancia de utilizar mediciones objetivas del tono de piel, como el ITA, y pone en evidencia las limitaciones de los estándares regulatorios actuales, que se basan, principalmente, en métricas globales como ARMS y no consideran adecuadamente el desempeño diagnóstico en subgrupos poblacionales. Desde una perspectiva dermatológica, estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar la variabilidad cutánea en la evaluación de dispositivos médicos que interactúan directamente con la piel.

Conclusiones: los oxímetros de pulso usados en el programa COVID Oximetry @home del NHS muestran lecturas sistemáticamente más elevadas de SpO_2 en pacientes con tonos de piel más oscuros, lo que implica un aumento sustancial de falsos negativos para la detección de hipoxemia. Estas diferencias, aunque cuantitativamente modestas, tienen una repercusión clínica relevante. Los resultados subrayan la

necesidad de interpretar la oximetría de pulso en un contexto clínico integral, de revisar los estándares regulatorios actuales y de considerar el tono de piel un factor decisivo en la validación de dispositivos médicos.

Alexandra Victoria Medina Garduño

Wang Y, Jiang S, Zhang X, et al. Increase in facial *Demodex* mite infestation is associated with skin barrier damage and development of sensitive skin in the Chinese population (El incremento en la infestación facial por *Demodex* se asocia con daño en la barrera cutánea y con la aparición de piel sensible en la población china). Eur J Dermatol 2025; 35 (6): 491-498. <https://doi.org/10.1684/ejd.2025.5022>

Introducción: la demodectosis es una infección cutánea parasitaria causada por la proliferación excesiva de los ácaros *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis*. Aunque su existencia en bajas densidades suele ser asintomática, una proliferación excesiva se ha relacionado con disrupciones en la barrera cutánea. El desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas ha permitido profundizar en la relación entre la infestación por *Demodex* y diversos parámetros fenotípicos de la piel. En este estudio se evalúa la relación de la carga parasitaria y sus efectos en la integridad y función de la barrera cutánea mediante el desarrollo de un método modificado de compresión y raspado en comparación con el método de compresión y raspado convencional.

Materiales y métodos: estudio transversal que incluyó a 156 mujeres de origen chino sin tratamiento tópico o sistémico previo en los últimos tres meses, ni antecedentes sistémicos de relevancia. La recolección de muestras se obtuvo de diferentes regiones faciales de forma sistematizada mediante el método modificado de compresión y raspado con aplicación previa de una mascarilla comercial de barro durante 15 minutos y una posterior limpieza

facial exhaustiva. El material recolectado se examinó mediante microscopia de luz, primero mediante el método de compresión y raspado convencional y posteriormente con el método modificado de compresión y raspado con una diferencia de 7 días entre sí. Se evaluaron los parámetros fenotípicos de la piel de cada participante en ambos métodos, incluida la pérdida transdérmica de agua, la producción de sebo, la hidratación del estrato córneo, la profundidad de los poros y la sensibilidad de la piel mediante diferentes sistemas tecnológicos. La consistencia de la metodología se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson ($r > 0.7$). El método de compresión y raspado convencional se utilizó como referencia metodológica, con 5 o más ácaros por campo como una infestación por *Demodex* positiva, mientras que el rango umbral óptimo de infestación por *Demodex* según el método modificado de compresión y raspado se determinó mediante ER e UI para equilibrar la sensibilidad y la especificidad de la misma. Las diferencias en los parámetros fenotípicos de la piel entre los grupos se evaluaron mediante modelos ANCOVA, y también se utilizaron modelos de regresión lineal para evaluar las asociaciones entre el recuento de ácaros y los distintos fenotipos de la piel. En todos los modelos la edad se estableció como covariable y un valor de p menor de 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: se identificó una infestación por *Demodex* ≥ 13 en la piel facial de 83 pacientes, con una prevalencia de demodécidosis en el 53% de la población estudiada ($n = 156$). El método modificado de compresión y raspado mostró resultados más consistentes ($r = 0.89$, $p < 0.001$), así como mayor cantidad de *Demodex* por campo (método modificado de compresión y raspado = 61.5 vs de compresión y raspado convencional = 21.19, $p < 0.01$). Se alcanzó un área bajo la curva (AUC) de 0.97 mediante el método modificado de compresión y raspado en relación con el patrón de referencia, integrando

un modificado de compresión y raspado ≥ 13 . La edad fue un factor significativo en ambos métodos (grupo infectado 36.9 ± 9.4 años vs grupo no infectado 31.9 ± 9.0 , $p < 0.01$), así como la pérdida transdérmica de agua ($p < 0.001$) y la producción de sebo ($p < 0.05$). Con los métodos de Antera 3D y la prueba de ácido láctico se determinó la relación consistente entre *Demodex* y alteración de la función cutánea, con mayor profundidad de los poros ($p < 0.05$) y sensibilidad de la piel (+17.78% en el grupo infectado, $p < 0.05$), todos ellos ajustados por edad.

Discusión: el método de compresión y raspado convencional, aunque útil y accesible a la población general, muestra una variabilidad interoperador significativa. Tras el análisis estadístico, el método modificado de compresión y raspado permite mayor consistencia en los resultados, posiblemente por alteración de la barrera cutánea al facilitar la migración del *Demodex* del folículo a la superficie. La edad es un factor de riesgo importante de infestación por *Demodex*. La relación con los parámetros fenotípicos de la piel está presente independientemente de la edad. Este estudio tiene diversas limitaciones en variables no cuantificadas, como la ingesta dietética o el sexo, lo que podría influir en los resultados. Es importante la realización de diferentes tipos de estudios que permitan mostrar causalidad y no sólo correlación entre los factores mencionados.

Conclusiones: el método modificado de compresión y raspado permite distinguir eficazmente entre infestaciones negativas y positivas. La infestación por *Demodex* se asocia de manera independiente con la edad y con el deterioro de parámetros fenotípicos de la piel, lo que sugiere una estrecha correlación entre la infección por *Demodex* y la alteración de la integridad y la función de la barrera cutánea.

Emilio Peniche Luna

Elradi M, Selim H, Hamed DE. Intralesional insulin is superior to intralesional botulinum toxin-A in the treatment of keloids (*La insulina intralesional es superior a la toxina botulínica tipo A en el tratamiento de queloides*). *Dermatol Surg* 2025; 51 (6): 593-598. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000004566>

Introducción: las alteraciones en la cicatrización pueden provocar cicatrices hipertróficas o queloides; éstos se asocian con distintos factores, como predisposición genética, alteración de la regulación de los factores de crecimiento y el recambio irregular de la matriz extracelular. Las cicatrices queloides se originan por una respuesta fibroblástica exagerada durante la cicatrización, que se asocia con la sobreexpresión de mediadores profibróticos como TGF- β , VEGF, IGF-1R e interleucinas proinflamatorias, lo que favorece la angiogénesis y el depósito excesivo de colágeno. La insulina tópica se ha utilizado anteriormente en el tratamiento de heridas; muestra efectos moduladores en la cicatrización al influir sobre TGF- β 1 y VEGF y actúa a través del receptor IGF-1, sobreexpresado en fibroblastos queloides. La toxina botulínica tipo A reduce la tensión mecánica de la herida y modula factores implicados en la fibrosis; además inhibe la diferenciación a miofibroblastos. Las cicatrices queloides son un problema estético con posible repercusión funcional y psicológica, para las que no hay un esquema terapéutico estandarizado completamente eficaz, por lo que se decidió llevar a cabo este estudio con el objetivo de comparar la eficacia y seguridad del uso de insulina de acción corta y toxina botulínica A administradas por vía intralesional frente al tratamiento convencional con corticosteroides intralesionales.

Pacientes y métodos: ensayo clínico prospectivo aleatorizado que incluyó 63 pacientes con cicatrices queloides. Se incluyeron los pacientes mayores de 16 años con al menos una cicatriz queloide mayor de 2 cm. Se excluyeron las

mujeres embarazadas y lactantes, los pacientes diabéticos o que requirieran el uso de insulina o fármacos hipoglucemiantes vía oral. Se hizo un examen y una evaluación exhaustiva de las cicatrices queloides mediante la escala de evaluación de cicatrices del paciente y el observador (POSAS V3.0), llevada a cabo por dos dermatólogos que no conocían el tratamiento administrado, al inicio y al final del tratamiento. El volumen de la cicatriz se midió utilizando AlginoPlast. Los participantes se dividieron en tres grupos: el A recibió tratamiento con insulina intralesional de acción corta (10 UI/cm³), el B con toxina botulínica tipo A previamente diluida (2.5 UI/cm³) y el C con acetónido de triamcinolona diluido (20 mg/mL; 01 mL/cm³). Se hicieron cuatro sesiones mensuales o se continuó hasta alcanzar respuesta clínica satisfactoria. Las infiltraciones se llevaron a cabo con una jeringa de insulina tras antisepsia local hasta observar un ligero blanqueamiento en el área de la lesión. En el caso del grupo A tratado con insulina se vigiló la insulina 20 minutos antes y 20 minutos después de la aplicación.

Resultados: los tres grupos de pacientes fueron comparables al inicio del estudio en cuanto a variables demográficas, características clínicas, localización, duración y volumen de las cicatrices queloides. Posterior al tratamiento, se observó una reducción significativa del volumen de la lesión en todos los grupos: 66.6% con insulina, 25.3% con toxina botulínica tipo A (BTX-A) y 75% con triamcinolona. La disminución del volumen fue mayor con esteroides, seguidos de insulina, mientras que la BTX-A mostró menor efectividad en la reducción del volumen. En la evaluación objetiva mediante POSAS, todos los parámetros (vascularidad, pigmentación, grosor, relieve, flexibilidad, superficie y puntuación total) mejoraron de forma significativa en los tres grupos en estudio. En comparación con los tres grupos, los esteroides y la insulina fueron superiores a la BTX-A en varios aspectos, más notorio en pigmentación, grosor y superficie.

Los esteroides mostraron ventajas adicionales en flexibilidad y en la puntuación global, aunque sin diferencia significativa frente a la insulina en algunos apartados. En la valoración subjetiva, los pacientes tratados con esteroides e insulina reportaron mayor mejoría que los tratados con BTX-A; el grupo C de esteroides manifestó mayor satisfacción global. En cuanto a seguridad, los esteroides se asociaron con atrofia y telangiectasias en una cantidad considerable de pacientes. En el grupo de insulina se registraron episodios de hipoglucemia transitoria, sin complicaciones mayores, que se curó con consumo de alimentos o bebidas azucaradas. No se documentaron infecciones ni recurrencias clínicas en ninguno de los tres grupos durante el seguimiento tres meses después de concluir el tratamiento.

Discusión: las cicatrices queloides continúan representando un desafío terapéutico; el acetónido de triamcinolona intralesional es el tratamiento de primera línea, aunque sin un protocolo estandarizado y con efectos adversos conocidos. La evidencia creciente acerca del papel del IGF-1 en la cicatrización ha impulsado el interés por el uso de la insulina, debido a su similitud estructural y su capacidad para modular la reepitelización, angiogénesis y remodelación de la matriz. Diversos estudios clínicos y experimentales han demostrado su potencial en la mejoría de la calidad cicatricial y en la reducción de cicatrices patológicas. La BTX-A ha demostrado efectos favorables al disminuir la tensión mecánica y modular mediadores profibróticos como TGF- β 1. En conjunto, los datos disponibles sugieren que la insulina y la BTX-A son alternativas terapéuticas prometedoras; no obstante, la insulina parece ofrecer mayor eficacia y una ventaja adicional en términos de costo y accesibilidad.

Liliana Galindo Salazar

Lucio-Hernández KI, Ham-Armenta CI, Olivares-Mendoza H. Resección de liposarcoma

mixoide bajo anestesia combinada. An Med ABC 2024; 69 (Supl. 1): 21-27. <https://doi.org/10.24875/AMH.24000002>

Introducción: no todas las tumoraciones de tejidos blandos son lesiones cutáneas benignas. Algunas pueden corresponder a tumores malignos, como el liposarcoma mixoide, una de las variantes más frecuentes del sarcoma de tejidos blandos. Este artículo comunica el caso clínico de un paciente en quien se practicó resección amplia de un liposarcoma mixoide, con insistencia no sólo en el tratamiento quirúrgico, sino también en la importancia de la técnica anestésica utilizada.

El liposarcoma mixoide pertenece a los tres grandes subtipos biológicos de liposarcoma: bien diferenciado-desdiferenciado, pleomórfico y mixoide. Se caracteriza por alteraciones genéticas específicas, como la translocación FUS-DDIT3. Por lo general, afecta a adultos jóvenes o de mediana edad, principalmente en las extremidades. Tiende a metastatizar a tejidos blandos y hueso, aunque su riesgo de recurrencia local puede ser bajo cuando se logra una resección adecuada.

El paciente del caso es un hombre de 39 años con una tumoración en el muslo derecho de aproximadamente 40 x 40 cm. Ya tenía un intento previo fallido de resección. El diagnóstico se confirmó mediante biopsia como liposarcoma mixoide bien diferenciado. Debido al tamaño tumoral y a la complejidad quirúrgica, se decidió practicar resección amplia bajo anestesia combinada.

El artículo explica que en cirugía oncológica importa no sólo retirar completamente el tumor con márgenes libres, sino también minimizar los factores que puedan favorecer la recurrencia o diseminación. Durante el periodo perioperatorio ocurre una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que genera libe-

ración de catecolaminas y glucocorticoides, lo que produce inmunosupresión transitoria. Esta inmunosupresión puede facilitar la diseminación de células tumorales liberadas durante la manipulación quirúrgica.

Además, algunos anestésicos pueden influir en la respuesta inmunitaria. Los anestésicos inhalados pueden disminuir la actividad de las células *natural killer* (NK), fundamentales en la vigilancia contra células tumorales. También los opioides pueden tener efectos inmunosupresores. En contraste, el propofol parece tener un perfil más favorable al preservar mejor la respuesta inmunológica.

Por esta razón, en este caso se optó por una técnica combinada: anestesia general con sevoflurano en dosis mínimas más bloqueo regional ecoguiado del nervio femoral con ropivacaína. El objetivo fue disminuir el consumo de opioides y anestésicos volátiles, reducir la respuesta al estrés quirúrgico y preservar la inmunidad del paciente.

Durante la intervención quirúrgica, que tuvo una duración de casi seis horas y un sangrado aproximado de 1000 mL, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable. Se logró un buen control del dolor posoperatorio inmediato gracias al bloqueo regional. La pieza quirúrgica pesó 10.4 kg, lo que refleja la magnitud del tumor.

El artículo también destaca que los anestésicos locales tipo amida, como la ropivacaína, podrían tener efectos antiproliferativos *in vitro* sobre células tumorales. Asimismo, el adecuado control del dolor posoperatorio evita picos de catecolaminas que pueden favorecer la inmunosupresión.

Conclusión: el caso demuestra que la técnica anestésica en cirugía oncológica no es un aspecto menor, sino que puede influir en la evolución y pronóstico del paciente. Aunque

en dermatología gran cantidad de lesiones son superficiales, también debemos estar preparados para reconocer y referir oportunamente tumores profundos y potencialmente malignos, como los sarcomas. Este conocimiento ayuda a entender que el tratamiento del cáncer no termina en la resección quirúrgica. La forma en que se lleva a cabo la cirugía, la manipulación tumoral y la técnica anestésica pueden influir en la inmunidad del paciente y, potencialmente, en la recurrencia.

José Eduardo Hernández Vega

Sharp KL, Whitaker-Worth D. Burnout of the female dermatologist: How traditional burnout reduction strategies have failed women (El agotamiento de las dermatólogas: cómo las estrategias tradicionales de reducción del agotamiento han fallado a las mujeres). Int J Womens Dermatol 2019; 6 (8): 32-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2019.08.004>

Introducción: la dermatología se ha considerado tradicionalmente una especialidad con altos grados de satisfacción profesional, atribuibles a horarios clínicos regulares y a la ausencia de guardias intrahospitalarias. Sin embargo, la evidencia reciente demuestra que el síndrome de desgaste es una problemática relevante dentro de la especialidad. Las encuestas nacionales han documentado que cerca de una tercera parte de los dermatólogos han experimentado síndrome de desgaste en algún momento de su carrera. Aunque las tasas globales de este síndrome son similares entre hombres y mujeres, esta equivalencia resulta llamativa al considerar que un mayor porcentaje de mujeres dermatólogas trabaja medio tiempo, condición que habitualmente se asocia con menor agotamiento profesional. Este fenómeno sugiere la existencia de factores adicionales o específicos que contribuyen de manera desproporcionada al síndrome de desgaste en mujeres dermatólogas, que no se han atendido adecuadamente con las estrategias tradicionales de prevención.

Material y métodos: artículo de tipo editorial y narrativo, basado en la revisión crítica de encuestas nacionales, estudios observacionales previos y bibliografía sociológica relevante. Los autores integran datos provenientes de encuestas como *el Medscape Dermatologist Lifestyle Survey*, estudios publicados en Mayo Clinic Proceedings y trabajos enfocados en el equilibrio vida-trabajo, roles de género y bienestar médico. Asimismo, se incorporan referencias a experiencias personales documentadas en la bibliografía médica, con el objetivo de contextualizar la repercusión de factores extralaborales en la aparición del síndrome de desgaste. No se incluyeron sujetos humanos ni se hicieron intervenciones clínicas.

Resultados: el análisis de la bibliografía muestra que, a pesar de trabajar con mayor frecuencia medio tiempo, las mujeres dermatólogas muestran tasas de síndrome de desgaste comparables a las de sus colegas masculinos. Este hallazgo se explica, principalmente, por la carga desproporcionada de responsabilidades domésticas y de cuidado que enfrentan muchas mujeres, fenómeno descrito como la segunda jornada o *second shift*. Los estudios sociológicos indican que una proporción significativa de mujeres trabajadoras continúa asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico, lo que limita su capacidad de recuperación emocional fuera del entorno laboral. Asimismo, el embarazo, la maternidad y el cuidado de familiares dependientes representan factores críticos de estrés. Se documenta que más de la mitad de las residentes en dermatología eligen tener hijos durante la residencia, frecuentemente con licencias de maternidad cortas, lo que favorece el agotamiento físico y emocional. Estas cargas extralaborales explican por qué las estrategias tradicionales centradas exclusivamente en el ambiente laboral resultan insuficientes para prevenir el síndrome de desgaste en mujeres dermatólogas.

Discusión: los autores argumentan que los modelos tradicionales de atención del síndrome

de desgaste, basados en la reducción de horas laborales, la práctica de *mindfulness* o el fortalecimiento de la resiliencia individual, fallan al no considerar los determinantes sociales y de género que afectan de manera particular a las mujeres. La expectativa implícita de que el hogar funcione como un espacio de descanso y recuperación no se cumple para muchas dermatólogas, quienes enfrentan una segunda fuente significativa de estrés al finalizar su jornada clínica. Desde una perspectiva estructural, el artículo subraya la necesidad de reconocer que el síndrome de desgaste femenino no es únicamente un problema individual, sino un fenómeno influido por normas sociales, políticas institucionales insuficientes y falta de apoyo durante etapas críticas como la maternidad y la residencia médica. Ignorar estos factores perpetúa la inequidad y limita la efectividad de las intervenciones actuales.

Conclusiones: el síndrome de desgaste en mujeres dermatólogas representa una problemática compleja que no puede atenderse eficazmente mediante estrategias tradicionales centradas exclusivamente en el ámbito laboral. La evidencia sugiere que las responsabilidades domésticas, la maternidad y el cuidado de familiares constituyen factores determinantes en la aparición del agotamiento profesional. Es fundamental que las instituciones médicas reconozcan estos elementos y desarrollen estrategias integrales que incluyan políticas de apoyo familiar, licencias adecuadas y mayor flexibilidad estructural. Sólo mediante un enfoque que considere las particularidades de género será posible prevenir de manera efectiva el síndrome de desgaste y promover el bienestar de las mujeres en dermatología.

Alexandra Victoria Medina Garduño

Boontaveeyuwat E, Fassihi H, Sarkany RPE. Ac-tinic prurigo: A phrase describing four different diseases in four different continents: Systematic

review and analysis (*Prurigo actínico: una frase que describe cuatro enfermedades diferentes en cuatro continentes diferentes: revisión y análisis sistemáticos*). Photodermatol Photoimmunol Photomed 2025; 41 (3): e70018. <https://doi.org/10.1111/phpp.70018>

Introducción: el prurigo actínico es una fotodermatosis inflamatoria rara, cuyo diagnóstico se basa en características clínicas, pruebas de fotosensibilidad, tipificación HLA e histología. Internacionalmente no existen criterios diagnósticos acordados de prurigo actínico, por lo que este artículo postula que el término prurigo actínico podría haberse utilizado para describir diferentes afecciones en distintas regiones del mundo.

Materiales y métodos: revisión sistemática cualitativa de la bibliografía publicada sobre prurigo actínico, registrada en PROSPERO (CRD42018085694). Se efectuó una búsqueda sistemática en revistas médicas y actas de congresos utilizando el término “prurigo actínico” y cuatro términos adicionales usados como sinónimos. Las bases de datos electrónicas consultadas incluyeron Medline, Embase, LILACS y Cochrane Central. Asimismo, se revisaron los registros de ensayos clínicos y bases de datos de resúmenes de congresos. Se incluyeron publicaciones que contuvieran información clínica de uno o más pacientes y que establecieran explícitamente el diagnóstico de prurigo actínico. Cuarenta artículos cumplieron los criterios de inclusión y se evaluaron de manera independiente por dos dermatólogos consultores especializados en fotodermatología.

Los estudios se agruparon en cuatro categorías clínicas aparentemente distintas: parche eccematoso, papular, nodular y labial. Posteriormente se hizo un análisis cuantitativo detallado de las características clínicas, la epidemiología, los hallazgos de investigaciones especiales y la historia natural descritos en cada publicación, con

el objetivo de evaluar la hipótesis de que estas categorías pudieran corresponder a afecciones diferenciadas.

Resultados: se incluyeron pacientes clasificados en cuatro subtipos: parche eccematoso (n = 1108), papular (n = 227), nodular (n = 92) y labial (n = 103). La asociación con exposición solar fue evidente en el parche eccematoso y papular, no así en el nodular y labial. El parche eccematoso se caracterizó por parches eccematosos con exudación, costras, descamación, liquenificación y pápulas de 0.5 cm o menos, predominantemente en sitios expuestos. El 49.3% manifestó afectación labial y el 30.7% ocular. El papular mostró pápulas pequeñas excoriadas, principalmente faciales (99%), el 41% en sitios no expuestos y el 13.4% tenía afectación ocular. El labial se limitó al labio, con prurito intenso y antecedente de inflamación tras la exposición solar. En el nodular se observaron nódulos y pápulas mayores de 0.5 cm en áreas expuestas, con un 6% de afectación labial y sin daño ocular.

El parche eccematoso se reportó casi exclusivamente en América (99%), sobre todo en población mestiza e indígena, con predominio femenino (1:3). El subtipo papular ocurrió en caucásicos europeos (99%), también con predominio femenino (1:2.85) e inicio más temprano. El labial se describió sólo en América, con predominio en mestizos y afroamericanos, con aparición más tardía y el nodular se identificó exclusivamente en Asia, con predominio masculino (2.3:1) e inicio más tardío. En el *fototest*, aproximadamente la mitad de los pacientes mostró reducción de la dosis mínima de eritema (parche eccematoso: 52%, papular: 65%, nodular: 44%); hasta un 92% mostró fotoprovocación anormal (excepto el fototipo labial). Las biopsias cutáneas fueron inespecíficas; las labiales mostraron agregados linfoides con patrón de cielo estrellado y las conjuntivales, infiltrado linfocítico, melanosis y elastosis solar.

En el subtipo papular, 89% fueron HLA-DR4 positivos. En el parche eccematoso se reportaron asociaciones con HLA-DR4 y HLA-A28 en mexicanos y variaciones según población. El nodular se asoció con HLA-DRB103:01 y HLA-B58:01. No hubo estudios HLA en el labial.

Discusión: esta revisión demuestra que el término prurigo actínico se ha utilizado para agrupar cuatro afecciones clínicamente distintas (parche eccematoso, papular, nodular y labial) que, aunque comparten fotosensibilidad y prurito, difieren en su perfil clínico, epidemiológico y genético. Las diferencias en distribución geográfica y grupo étnico sugieren que podrían tratarse de afecciones con bases fisiopatológicas distintas más que de variantes de una misma enfermedad. Asimismo, las asociaciones específicas con HLA y los hallazgos histopatológicos característicos en determinadas localizaciones refuerzan esta heterogeneidad.

Los datos acerca del pronóstico son limitados y variables entre subtipos; aproximadamente el 50% de los pacientes con parche eccematoso muestran mejoría a cinco años, especialmente los que tienen inicio temprano. El subtipo papular tiene un pronóstico menos favorable, mientras que en el nodular suele observarse estabilidad o alivio parcial. La historia natural del subtipo labial no está claramente definida. Si bien parte de la variabilidad geográfica podría explicarse por diferencias diagnósticas, la etnicidad parece desempeñar un papel relevante, particularmente en el parche eccematoso.

Conclusiones: en conjunto, estos hallazgos respaldan mantener el término general de prurigo actínico como diagnóstico global, pero establecer una subclasificación en cuatro subtipos (parche eccematoso, papular, nodular y labial), lo que tendría implicaciones importantes para futuras investigaciones y para la evaluación de tratamientos específicos según el subtipo, así

como para su caracterización diagnóstica y de pronóstico.

Anya Ayelen Valdez Hernández

Sajdeh F, Samadi A, Naeimifar A, et al. Efficacy and safety of oxymetazoline 1% cream for the treatment of mild to moderate facial rosacea (Eficacia y seguridad de la oximetazolina crema al 1% en el tratamiento de rosácea facial leve a moderada). J Cosmet Dermatol 2025; 24 (3). <https://doi.org/10.1111/jocd.16782>

Introducción: la rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta, principalmente, la región centrofacial y se manifiesta por eritema persistente que puede ir acompañado de pápulas, pústulas y telangiectasias, por lo que repercute de manera física y psicológica en quien lo padece. La fisiopatología no está totalmente clara, pero se vincula con alteraciones en la respuesta inmunitaria y en la regulación neurovascular, esto favorece una vasodilatación sostenida. El eritema facial es el signo más frecuente y el de mayor efecto en la calidad de vida y es uno de los más difíciles de tratar. En los casos leves y moderados el tratamiento de primera línea es tópico, para el control del componente vascular. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia clínica, seguridad y efecto de la oximetazolina al 1%, agonista alfa-adrenérgico con efecto vasoconstrictor, en la reducción del eritema facial persistente.

Método: ensayo clínico fase II, con diseño antes-después, que se llevó a cabo en pacientes de 18 a 50 años con rosácea facial leve a moderada (CEA 3-4), en el Centro de Investigación y Capacitación en Enfermedades de la Piel y Lepra (CRTSDL) de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Irán. **Criterios de exclusión:** pacientes con antecedente de tratamientos sistémicos o tópicos recientes para rosácea, procedimientos estéticos faciales, dermatosis activas en el área de estudio, embarazo o lactancia. Se hicieron

evaluaciones basales en la primera visita antes de comenzar la prueba, parámetros biofísicos cutáneos, ecografía cutánea de alta frecuencia, fotografía digital estandarizada con análisis colorimétrico, videodermatoscopia para valoración vascular y evaluación clínica mediante escalas CEA (médico) y PSA (paciente). El tratamiento administrado fue oximetazolina al 1%, aplicada una vez al día, una capa delgada en el área del eritema durante una semana de prueba; de no haber signos de irritación o hipersensibilidad se continuó durante tres semanas. Todos los participantes se aplicaron, además, hidratantes suaves y protector solar FPS ≥ 30 .

Resultados: en el estudio participaron 15 pacientes con diagnóstico de rosácea leve a moderada que completaron el tratamiento de 4 semanas. Al finalizar el estudio se observó una disminución significativa del eritema a las 2 y 4 semanas ($p = 0.001$) al igual que disminución de la hidratación del estrato córneo ($p = 0.02$), como parte de los parámetros biofísicos cutáneos y ultrasonográficos antes y después del tratamiento. Se reportó reducción significativa de las puntuaciones CEA (evaluación médica) y PSA (autoevaluación del paciente), disminución del ΔE (diferencia de eritema) a las 4 semanas, mejoría del ΔL (luminosidad cutánea) a las 2 y 4 semanas; esto se observó en la videodermatoscopia que evidenció la reducción de telangiectasias y del diámetro vascular, así como la atenuación del fondo eritematoso. No hubo registro de efectos adversos durante el tratamiento. Los resultados mostraron eficacia y buena tolerancia a la oximetazolina al 1%, que dio como resultado alivio clínico, instrumental y objetivo del eritema facial en los pacientes.

Discusión: el clorhidrato de oximetazolina recientemente se introdujo al mercado con aprobación de la FDA porque ha demostrado ser un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento de la rosácea con eritema persistente con baja tasa de efecto de rebote (1%) y escasos eventos

adversos. Se demostró la reducción significativa del eritema, confirmada por el mexámetro y por el índice ΔE y escalas clínicas (CEA y PSA), lo que confirma que la vasoconstricción inducida por agonistas $\alpha 1A$ -adrenérgicos reduce el eritema en los pacientes con rosácea, sin depender del tipo de método de medición utilizado. La mejoría también se observó en fotografía digital y videodermatoscopia, así como en la disminución de telangiectasias y del diámetro vascular. En cuanto al pH, no se evidenciaron alteraciones relevantes, pérdida transepidérmica de agua ni temperatura cutánea, lo que demuestra que la barrera cutánea no se vio afectada. La disminución transitoria de la hidratación se normalizó a las cuatro semanas. Los resultados de este estudio respaldan que la oximetazolina al 1% es una opción terapéutica eficaz, bien tolerada y con potencial beneficio sostenido en el tratamiento del eritema facial asociado con rosácea.

Conclusiones: la oximetazolina al 1% fue muy eficaz para el tratamiento de eritema facial leve a moderado asociado con rosácea con base en diferentes pruebas clínicas y biomédicas que consideraron diferentes métodos objetivos y precisos. Por ello, se considera una buena opción como tratamiento del eritema en pacientes con rosácea, con eficacia clínicamente confirmada mediante mediciones biométricas de la piel.

Liliana Galindo Salazar

Yeung K, Weber JF, Stegenborg-Grathwohl SM, et al. Heterogeneous generation and expansion of epidermal-resident memory T cells in individuals allergic to nickel (*Generación y expansión heterogénea de células T de memoria residentes en la epidermis en individuos alérgicos al níquel*). Br J Dermatol 2026; 194 (2): 340-350. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljaf427>

Introducción: la dermatitis por contacto alérgica es una enfermedad inflamatoria cutánea frecuente mediada por una respuesta inmuno-

lógica frente a alérgenos ambientales. El níquel constituye el alérgeno de contacto más común en todo el mundo y representa la principal causa de dermatitis por contacto alérgica. La enfermedad se caracteriza por una reacción de hipersensibilidad retardada mediada por linfocitos T, en la que la memoria inmunológica cutánea desempeña un papel central. Los estudios previos han demostrado que las células T de memoria residentes en tejido (TRM) participan activamente en la patogénesis de la dermatitis por contacto alérgica, permaneciendo en la epidermis tras la exposición inicial al alérgeno y facilitando respuestas inflamatorias rápidas ante reexposiciones. Sin embargo, hasta ahora no se había caracterizado de manera detallada la composición y dinámica de las subpoblaciones de células T epidérmicas tras exposiciones repetidas al mismo alérgeno. El objetivo de este estudio fue analizar cómo la reexposición repetida al níquel modifica la acumulación y distribución de subpoblaciones de células T en la epidermis y evaluar su relación con la intensidad de la respuesta clínica cutánea.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio experimental en 12 adultos con diagnóstico confirmado de alergia al níquel mediante pruebas epicutáneas positivas y fototipo cutáneo I-IV. Se aplicaron pruebas epicutáneas con sulfato de níquel y petrolato en el mismo sitio anatómico de la región lumbar en tres ocasiones separadas por intervalos de 21 días. Cada parche se retiró a las 48 horas y las reacciones cutáneas se evaluaron clínicamente mediante una puntuación estandarizada. Posteriormente, se obtuvieron biopsias cutáneas seriadas del sitio de aplicación para el análisis inmunológico. Las muestras se estudiaron mediante técnicas avanzadas de laboratorio destinadas a identificar y cuantificar subpoblaciones de células inmunitarias epidérmicas, incluidas células T de memoria residentes (TRM) CD4++ y CD8++, así como células T reguladoras. Se evaluaron cambios

en la composición celular tras cada exposición repetida al alérgeno.

Resultados: la intensidad de la reacción cutánea aumentó progresivamente tras cada prueba epicutánea con níquel, evidenciando una amplificación de la respuesta inflamatoria asociada con reexposición repetida. Se observó un incremento significativo en la cantidad de células TRM epidérmicas después de cada exposición al níquel. Estas células mostraron variabilidad interindividual, con predominio de subpoblaciones CD4++ TRM en algunos participantes y CD8++ TRM en otros. Además, se identificó acumulación progresiva de células T reguladoras en el sitio de exposición. La diversidad en la composición de subpoblaciones celulares indicó respuestas inmunológicas heterogéneas entre individuos alérgicos al níquel. Los hallazgos demostraron que la reexposición repetida induce cambios inmunológicos locales específicos en la epidermis, correlacionados con el aumento de la severidad clínica de la reacción cutánea.

Discusión: los resultados de este estudio demuestran que la reexposición repetida al níquel no sólo incrementa la intensidad clínica de la dermatitis por contacto alérgica, sino que también induce modificaciones dinámicas en el microambiente inmunológico epidérmico, caracterizadas por la acumulación progresiva de subpoblaciones específicas de células T. La caracterización detallada de las células T de memoria residentes resulta relevante porque éstas constituyen el principal componente de la memoria inmunológica cutánea. A diferencia de las células T circulantes, las TRM permanecen de forma prolongada en la epidermis tras la sensibilización inicial, permitiendo respuestas inflamatorias más rápidas e intensas ante exposiciones subsecuentes al alérgeno. El incremento progresivo observado tras cada parche respalda su importancia en la persistencia y recurrencia clínica de la enfermedad. El predominio diferencial de células CD4++ o CD8++ TRM entre

participantes evidencia que la respuesta inmunológica frente al níquel no es uniforme, sino individualizada. Esta heterogeneidad sugiere que distintos perfiles inmunológicos podrían explicar variaciones en la severidad clínica y evolución de la dermatitis por contacto alérgica. La acumulación simultánea de células T reguladoras sugiere la activación de mecanismos moduladores destinados a limitar la inflamación local. La coexistencia de poblaciones efectoras y reguladoras refleja un equilibrio inmunológico dinámico que, probablemente, influye en la evolución clínica tras exposiciones repetidas.

En conjunto, estos hallazgos apoyan el concepto de que la dermatitis por contacto alérgica constituye un proceso inmunológico localizado altamente especializado, más que una respuesta inflamatoria homogénea. La caracterización precisa de las subpoblaciones celulares epidérmicas aporta bases para el desarrollo futuro de terapias inmunomoduladoras dirigidas y refuerza la importancia clínica de evitar la reexposición repetida al alérgeno como estrategia fundamental en el tratamiento de pacientes con dermatitis por contacto alérgica.

Anya Ayelen Valdez Hernández

Umekar M, Chaudhary A, Koche S, et al. Redefining acne treatment: Emerging role of probiotics in dermatology (*Redefiniendo el tratamiento del acné: el papel emergente de los probióticos en dermatología*). Arch Microbiol 2025; 208 (1): 27.

Introducción: el acné sigue siendo una afección dermatológica muy prevalente que inicia durante la adolescencia; la importancia de tratarlo es por la morbilidad física y psicológica que causa. Las terapias farmacológicas tienen limitaciones debido a los efectos secundarios y a la resistencia a los antibióticos, por lo que surge la necesidad de nuevas estrategias terapéuticas que sean seguras y sostenibles, que actúen en la fisiopatología del acné. Lo probióticos tienen la capacidad

de disminuir la inflamación e influir en el eje piel-intestino, los potenciales principales que destacan es su modulación inmunitaria del intestino y la piel, además de actuar en la microbiota cutánea; de esta manera, alivian el acné y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Epidemiología y fisiopatología del acné: en todo el mundo el acné afecta del 47 al 90% de los adolescentes y hasta el 50% de los adultos. El acné se asocia con mayor riesgo de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La patogénesis del acné, en particular el causado por *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*), se relaciona con una disbiosis microbiana originada por patrones dietéticos de alto índice glucémico que aumentan la producción de glucosa en sangre y, por lo tanto, junto con bacterias cutáneas e intestinales, influyen en la vía IGF-1-receptor de IGF-1, que promueve la proliferación de sebocitos y la síntesis de lípidos en las glándulas sebáceas que, a su vez, conducen a la liberación de mediadores inflamatorios: factor de necrosis tumoral, interleucinas y metaloproteinasas de matriz. El filotipo IA1 de *C. acnes* está más asociado con pieles propensas al acné, por lo que, de igual manera, está aumentado.

Mecanismo de acción de los probióticos: el término probiótico se refiere a los microorganismos que confieren beneficios para la salud cuando se administran en cantidades adecuadas. Al encontrarse en el tubo gastrointestinal, son capaces de producir agentes antimicrobianos, como bacteriocinas y ácidos orgánicos, además de adherirse a la superficie de la mucosa intestinal, lo que mejora las conexiones entre las células epiteliales y reduce la permeabilidad del revestimiento intestinal. Asimismo, interactúan con las células inmunitarias del tejido linfóide (GALT), promueven la producción de inmunoglobulinas y citocinas, entre otros, que ayudan a controlar las reacciones inflamatorias y a fortalecer las defensas del organismo.

Tratamiento: el tratamiento del acné debe incluir prácticas del cuidado de la piel, alimentación nutritiva y estilo de vida antes de los probióticos.

Tópico: *Lactobacillus paracasei* reduce las lesiones inflamatorias y el eritema con adecuada tolerabilidad, incluso mejor que el peróxido de benzoilo. *S. epidermidis* y *Enterococcus faecalis* producen proteínas que inhiben *C. acnes*, mientras que *Bifidobacterium* y *Lactobacillus* se adhieren a la queratina y previenen formación de biopelículas. Al ser tópicos, existe una barrera para su uso debido a varios factores que se asocian con mantener la viabilidad de la cepa durante la fabricación, el almacenamiento y el uso del consumidor. En un estudio de dos meses, efectuado con 15 mujeres, se comparó una crema base con otra que contenía *Lactobacillus plantarum* GMNL6 inactivado por calor. La crema con el probiótico aumentó la síntesis de colágeno y la hidratación cutánea, además de disminuir la producción de melanina, reduciendo manchas de la edad y porfirinas. En general, se observó mejoría en la calidad de la piel y cambios en la microbiota cutánea.

Oral: en estudios clínicos dirigidos a mujeres con acné, se administró una combinación de *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus delbrueckii* subespecie *bulgaticus* y *Bifidobacterium bifidum*, que demostró una reducción en la cantidad total de lesiones de acné y de lesiones inflamatorias. Otro estudio que combinó minociclina demostró una mayor reducción. Otra combinación de *Bifidobacterium breve*, *Lactocaseibacillus casei* y *Ligilactobacillus salivarius* en la que se agregó un extracto botánico de *Solanum melongena* y *Echinacea* para el tratamiento del acné en ocho semanas demostró disminución de las lesiones de acné, de la tasa de creación de sebo y de descamación y de la aparición de acné, a diferencia del uso de un remedio placebo.

Conclusiones: el microbioma cutáneo es altamente individual y dinámico, influido por

múltiples factores internos y externos, por lo que la respuesta a los probióticos tópicos puede variar entre personas. Éstos pueden ayudar a restaurar el equilibrio de la microbiota, favorecer bacterias benéficas, reducir patógenos e inflamación y, potencialmente, aliviar afecciones como el acné, especialmente cuando se combinan con probióticos orales a través del eje intestino-piel. Si bien los resultados son prometedores, la evidencia clínica aún es limitada y proviene, en gran parte, de estudios pequeños o preliminares. Persisten desafíos como la selección de cepas, dosis óptima, estabilidad de los probióticos y regulación, por lo que se requieren más estudios. Nuevas estrategias como posbióticos, encapsulación y nanotecnología podrían mejorar su estabilidad y eficacia, lo que en el futuro favorecería tratamientos dermatológicos personalizados dirigidos al microbioma.

Lisset Blancas Javier

Hristakieva E, Manuelyan K, Gancheva T, et al. Hidradenitis suppurativa from the typical patient to the new clinical phenotypes (Hidradenitis suppurativa, del paciente típico a los nuevos fenotípicos clínicos). Clin Dermatol 2023; 41 (5): 584-591. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.08.025>

Introducción: la hidradenitis supurativa se define como una dermatosis crónica e inflamatoria del folículo piloso. Su localización típica involucra regiones ricas en glándulas apocrinas como las axilas, la región inguinal y el área anogenital. En términos clínicos, se caracteriza por nódulos dolorosos, abscesos, trayectos fistulosos y cicatrización atrófica en zonas intertriginosas. Determinadas manifestaciones, como el linfedema genital o el pioderma gangrenoso, se han considerado complicaciones poco frecuentes de la hidradenitis supurativa; sin embargo, estudios recientes han demostrado que estas manifestaciones podrían representar fenotipos clínicos específicos más que simples complicaciones de esta enfermedad.

Clasificación fenotípica de la hidradenitis supurativa: en los últimos años se han propuesto diversos sistemas de clasificación basados en la distribución anatómica, el tipo de lesiones elementales y la severidad clínica de la enfermedad. Hristakieva y su grupo desarrollaron un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, no aleatorizado y unicéntrico que incluyó a 250 pacientes con diagnóstico de hidradenitis supurativa entre 2013 y 2020 en el Centro Búlgaro de Expertos en HS (Stara Zagora, Bulgaria). De los 250 pacientes estudiados, 138 (55.2%) mostraron un fenotipo clásico, mientras que 48 (19.2%) un fenotipo predominante o exclusivamente anogenital; en 33 (13.2%) de ellos se asoció con un fenotipo de tipo conglobata, 20 (8%) con un fenotipo folicular y el resto con un fenotipo sindrómico (4.4%). De todos ellos, el fenotipo anogenital demostró el curso clínico más complicado, con afectación extensa de la región glútea, mayor tasa de resistencia a los tratamientos convencionales y peor pronóstico en general. Por el contrario, el fenotipo folicular se asoció con menor severidad clínica y con mayor respuesta terapéutica convencional.

Nuevos fenotipos clínicos de la hidradenitis supurativa: los hallazgos anteriores sugieren la posibilidad de ampliar las clasificaciones actuales para incluir nuevos fenotipos de hidradenitis supurativa, que se caracterizan por compartir de forma consistente mayor gravedad, peor pronóstico y una respuesta terapéutica similar. Entre ellos destaca el fenotipo de elefantiasis-

nostra like, caracterizado por linfedema genital severo y morbilidad y mortalidad elevadas. Asimismo, el fenotipo pioderma gangrenoso-*like* se manifiesta con lesiones erosivas y ulcerativas asociadas con cambios vegetantes, localizados de forma mayoritaria en zonas previamente afectadas por hidradenitis supurativa. Las estrategias terapéuticas difieren entre estos fenotipos: la cirugía constituye el tratamiento de elección en el fenotipo elefantiasis-*nostra-like*, mientras que el fenotipo pioderma gangrenoso-*like* responde adecuadamente a la combinación de antibióticos y terapia antifibrótica. Ambos subtipos son resistentes a terapias convencionales. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que afecciones como el linfedema genital severo y el pioderma gangrenoso deben considerarse fenotipos poco comunes de hidradenitis supurativa más que espectros de una misma enfermedad.

Conclusiones: las manifestaciones poco comunes, como la elefantiasis-*nostra-like* y el pioderma gangrenoso-*like* se asocian con peor pronóstico y podrían representar fenotipos clínicos específicos de hidradenitis supurativa debido su perfil clínico consistente. La clasificación de la hidradenitis supurativa basada en fenotipos clínicos podría contribuir a una mejor comprensión de su fisiopatología, así como a reducir los retrasos diagnósticos y facilitar estrategias terapéuticas individualizadas capaces de modificar el curso natural de la enfermedad.

Emilio Peniche Luna