

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

Saenz-Ibarra B, et al. Coccidioidomycosis involving lungs and skin: A mimicker of metastatic disease (*Coccidioidomycosis pulmonar y en la piel: un imitador de enfermedad metastásica*). Am J Dermatopathol 2017;0:1-3.

Antecedentes: la coccidioidomycosis es la principal micosis sistémica. En pacientes sintomáticos la manifestación más común es la enfermedad pulmonar. La enfermedad diseminada ocurre en 1 a 5% de los pacientes, los órganos prevalentes más afectados son la piel, el sistema nervioso central y el sistema músculo-esquelético.

Caso clínico: en este artículo se reporta el caso de un paciente de 42 años de edad, granjero, originario del oeste de Texas, quien tenía antecedentes de disnea progresiva y disnea de esfuerzo, pérdida de peso y sudoración nocturna. Fue tratado con varios antibióticos por posible infección de las vías respiratorias superiores sin alivio de los síntomas. La tomografía computada de tórax reveló numerosos nódulos pulmonares no calcificados diseminados en ambos pulmones con extensión al mediastino y linfadenopatía biliar bilateral. El paciente fue referido por sospecha de enfermedad pulmonar metastásica. A la exploración física se encontró un nódulo de 1.2 cm eritematoso medial en la ceja izquierda, la biopsia de piel reveló hiperplasia epitelial escamosa prominente con atipia queratinocítica basal e infiltrado inflamatorio con esférulas que contenían endosporas de varios tamaños, predominantemente con células gigantes multinucleadas. Se realizó tinción con ácido peryódico de Schiff (PAS), el cultivo y la serología IgM e IgG confirmaron la existencia

de *Coccidioides immitis*. El paciente recibió tratamiento durante 5.5 meses con fluconazol con excelentes resultados: desaparición de los síntomas y de los nódulos pulmonares (se realizó seguimiento por tomografía computada de tórax).

Conclusiones: aunque es de manifestación inusual, hay que tener en cuenta a la infección por coccidioidomycosis porque es una enfermedad con síntomas y signos imitadores de otras, a fin de evitar tratamientos incorrectos, especialmente en pacientes con antecedentes de esta enfermedad.

Julieta Colín-Garnica

Lyth J, Falk M, Maroti M, et al. Prognostic risk factors of first recurrence in patients with primary stages I-II cutaneous malignant melanoma -from the population-based Swedish melanoma register (*Factores de riesgo pronóstico de primeras recurrencias en pacientes con melanoma maligno estadios I-II, estudio basado en el registro sueco de melanoma*). J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31:1468-1474.

Introducción: la incidencia del melanoma maligno ha aumentado recientemente, en poblaciones occidentales la supervivencia a cinco años es de 85-90%, en estadios más avanzados, como el III, es de 40-70% y en el IV de 10%. Se han dado a conocer factores pronóstico de mortalidad de esta neoplasia, como la edad mayor, el género masculino, histología nodular, aumento en el grosor, ulceración y mitosis. Sin embargo, hay pocos estudios, realizados con análisis

multivariado, para identificar factores de riesgo pronóstico de recurrencias. Estos estudios utilizaron bases de datos provenientes de hospitales y sólo uno con una base de datos de población general; este último implica disminución del sesgo para estimar recurrencias, supervivencia y que pueda adaptarse a diferentes grupos poblacionales.

Objetivo: identificar los factores pronóstico de la primera recurrencia en pacientes con melanoma maligno estadio I-II.

Material y métodos: estudio retrospectivo, retrolectivo, longitudinal y observacional, por medio de una base de datos del sistema de salud y registro de cáncer de Suecia, en el periodo comprendido entre 1999 y 2012, se obtuvieron 1599 pacientes con el diagnóstico de melanoma maligno. Se excluyeron los pacientes con estadios > III, ganglio centinela positivo; por lo que el número se redujo a 1,437 pacientes. Se incluyeron las variables: diagnóstico clínico, grosor, ulceración, sitio, nivel de Clark, histología, resultado de biopsia de ganglio centinela y metástasis. Las metástasis se clasificaron en: locales, a ganglios regionales, a distancia, subcutáneas, a otros ganglios, pulmonares y a otros órganos. Para el análisis estadístico los pacientes se categorizaron en tres grupos de edad: < 54, 55-69 y > 70 años; el grosor se dividió en T1 (≤ 1 mm), T2 (1.01-2 mm), T3 (2.01-4 mm) y T4 (> 4 mm). La supervivencia se calculó desde la fecha de diagnóstico hasta el fallecimiento y la recurrencia, desde la fecha de diagnóstico hasta la detección de metástasis; este mismo intervalo sirvió para identificar el periodo libre de metástasis. Estos intervalos de tiempo se estimaron utilizando el método de Kaplan y Meier. El riesgo de recurrencia se analizó con riesgo de regresión proporcional de Cox. El efecto pronóstico se expresó como razón de riesgo (HR) con IC de 95%. En pacientes que fueron diagnosticados con melanoma maligno localizado que poste-

riormente tuvieron metástasis locorregionales, el riesgo aumentado se evaluó con modelo de Cox. La significación estadística fue de $p < 0.05$.

Resultados: de 1,437 pacientes con melanoma maligno estadios I y II, 50% eran mujeres con edad media de 59 años; en hombres la edad media fue de 64.5 años. El grosor medio fue de 0.9 mm en hombres y de 0.8 mm en mujeres; > 50% de los casos se detectaron entre 2008 y 2012. Sólo 12% de los pacientes tuvo recurrencia, ya sea locorregional o a distancia. Las mujeres mostraron menor recurrencia con 9%, en hombres fue de 15%. La mayor recurrencia fue en ganglios linfáticos regionales en 43%, seguido de metástasis a distancia en 38% y locales en 20%. El intervalo de tiempo aproximado desde el diagnóstico hasta la recurrencia fue de 1.3 años, 1.1 años para las locorregionales y 1.9 años para las metástasis a distancia. La recurrencia tuvo asociación con el grosor del tumor, 2.3 años en los sujetos con ≤ 1 mm y de 0.8 años en pacientes con > 4 mm. Los pacientes mayores de 75 años tuvieron mayor riesgo (HR = 1.7, IC95% 1.2-2.5). A 5 y 10 años el periodo libre de enfermedad fue de 89 y 84.5%, respectivamente, 97% en mujeres con edad de 55-69 años y 77% en hombres con edad mayor a 75 años. De los pacientes que habían padecido metástasis locorregionales, 75.4% padecieron metástasis a distancia en un periodo de 0.7 años, las mujeres las padecieron en 45 vs 64.3% en hombres, el hecho de tener metástasis locorregionales elevaba el riesgo de enfermedad a distancia hasta 13 veces.

Conclusiones: éste es el primer estudio realizado con una base de datos proveniente de población general que muestra factores de pronóstico en pacientes con melanoma maligno estadios I y II, el factor más importante de recurrencias es el grosor del tumor; se ajustaron las variables de edad, tiempo del diagnóstico, sitio, histología, nivel de Clark y ulceración. Este estudio pudo ser concebido debido a la gran base de datos con la

que cuenta el sistema de salud de Suecia, y con los hallazgos ya comentados hace pensar al clínico el carácter poco predecible de este tumor, porque un gran porcentaje de estos pacientes, a pesar de haber mostrado curación inicialmente, tuvo evolución tórpida en un periodo corto. La aportación principal de este estudio es informar y alertar al clínico de las recurrencias de esta neoplasia y crea la interrogante acerca de que si podría mejorarse el seguimiento de estos pacientes.

Uriel Villela-Segura

Raoufinejad K, Mansouri P, Rajabi M, et al. Efficacy and safety of permethrin 5% topical gel vs placebo for rosacea: a double-blind randomized controlled clinical trial (Eficacia y seguridad de permetrina gel 5% contra placebo para el tratamiento de la rosácea: ensayo clínico controlado doble ciego). J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30(12):2105-2117.

Antecedentes: la rosácea es una condición dermatológica crónica, multifactorial; según el Comité de Expertos de la Sociedad Nacional de Rosácea de Estados Unidos, se reconocen cuatro variantes clínicas: tipo 1 o eritematotelangiectásica, tipo 2 o pápulo-pustular, tipo 3 o fimatosa y tipo 4 u ocular. El aumento de la densidad de los ácaros *Demodex folliculorum* en la piel de los pacientes con rosácea sugiere un posible papel de estos ácaros en la fisiopatología de la rosácea, se encuentran elevados principalmente en la variante de rosácea pápulo-pustular, la existencia de más de 5 ácaros por cm² se considera densidad elevada.

Objetivos: evaluar los efectos del gel tópico de permetrina a 5% contra placebo en la densidad de *Demodex* y las manifestaciones clínicas de pacientes con rosácea, así como afinar aún más la evaluación cuantitativa de la densidad de *Demodex* en biopsia estándar no invasiva de superficie cutánea.

Material y método: se incluyeron en el estudio 20 pacientes con rosácea pápulo-pustular bilateral y ≥ 5 ácaros/cm². Los participantes y los médicos fueron cegados a las asignaciones del grupo. Cada paciente aplicó permetrina en un lado y placebo en el otro lado de la cara dos veces al día durante 12 semanas. Las medidas de salida fueron mediante seguimiento fotográfico, *Rosacea Clinical Scorecard* de la Sociedad Nacional de Rosácea y *Global Assessment*, mismas que se utilizaron para evaluar a los pacientes a las 2, 5, 8 y 12 semanas en ambos lados de la cara.

Resultados: como resultados, la densidad de *Demodex* no fue significativamente diferente entre los dos grupos al inicio del estudio. En ambos grupos, la densidad de *Demodex* disminuyó significativamente después de 12 semanas en comparación con las cifras basales. Al final de la semana 12, la densidad de *Demodex* en el grupo de permetrina fue significativamente más baja que en el grupo placebo. La severidad de las manifestaciones clínicas disminuyó en ambos grupos al final de la semana 12, en comparación con la línea basal, particularmente en el grupo de permetrina. Los efectos secundarios fueron leves y en la mayoría de los casos relacionados con la permetrina. En cuanto a la respuesta clínica fue mejor en rosácea pápulo-pustular.

Conclusiones: la permetrina a 5% en gel puede reducir significativamente la densidad de *Demodex* y la gravedad de las manifestaciones en pacientes con rosácea y puede ser una opción segura y eficaz en el tratamiento de este trastorno crónico.

Juan Luis Bueno-Wong

Joly P, Maho-Vaillant M, Prost-Squarcioni C, et al. First-line rituximab combined with short-term prednisone versus prednisone alone for the treatment of pemphigus (Ritux 3): a pros-

pective, multicentre, parallel-group, open-label randomised trial (Combinación de rituximab y prednisona durante un periodo corto como primera línea versus prednisona en monoterapia para el tratamiento del pénfigo [Ritux 3]). Lancet 2017;20;389(10083):2031-2040. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30070-3.

Antecedentes: el pénfigo es una enfermedad autoinmunitaria ampollosa de la piel y las mucosas que puede poner en riesgo la vida, desencadenado por autoanticuerpos contra moléculas de adhesión de la epidermis, como desmogleína 1 y 3. En la actualidad el tratamiento de primera línea considerado patrón de referencia consiste en altas dosis de corticoesteroides sistémicos, existe escasa evidencia respecto de otros inmunosupresores. El rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el antígeno CD20 de los linfocitos B. Los hallazgos de algunas series de casos sugieren que este fármaco como primera línea permite el descenso rápido de las dosis de corticoesteroides. Al considerar que el tratamiento de largo plazo con corticoesteroides es responsable de eventos adversos severos e incluso fatales en los pacientes con esta enfermedad, los autores realizaron un ensayo aleatorizado que compara el régimen estándar de corticoesteroides a dosis altas durante 12 a 18 meses contra un régimen combinado de rituximab y bajas dosis iniciales de prednisona con rápido descenso en el transcurso de 3 a 6 meses.

Diseño del estudio: ensayo clínico controlado, aleatorizado, no ciego, y controlado de grupos paralelos. Este estudio se realizó en 25 departamentos hospitalarios de Dermatología de Francia. Los pacientes se reclutaron de marzo de 2010 hasta diciembre de 2012.

Pacientes: se incluyeron pacientes con diagnóstico de pénfigo, con edad entre 18 y 80 años, si cumplían con los siguientes criterios: características clínicas del pénfigo vulgar o foliáceo,

histología compatible con acantólisis intraepidérmica y deposición de inmunoglobulina G, componente C3 del complemento o ambos en la membrana de los queratinocitos, detectados por inmunofluorescencia. Todos los pacientes tenían que estar en primera línea de tratamiento y ninguno fue reclutado como parte de recidiva.

Intervención: los pacientes se asignaron al azar en una proporción 1:1 entre el régimen de corticoesteroides a dosis altas en monoterapia con descenso entre 12 y 18 meses o a la combinación de rituximab más tratamiento con corticoesteroides durante un periodo corto (3-6 meses) con dosis bajas iniciales de prednisona; se consideró que el régimen de prednisona fue muy diferente en los grupos. El grupo con tratamiento combinado recibió rituximab endovenoso a dosis fija de 1000 mg los días 1 y 15, y luego 500 mg en los meses 12 y 18. De manera adicional, recibieron prednisona oral una vez al día a dosis inicial de 0.5 mg/kg/día para el tratamiento del pénfigo moderado y 1 mg/kg/día para el de pénfigo severo. La dosis inicial de prednisona se mantuvo durante un mes y luego se redujo de manera gradual hasta alcanzar el control de la enfermedad con el objetivo de suspender el tratamiento luego de tres meses en pacientes con pénfigo moderado y de seis meses en sujetos con pénfigo severo. En el grupo con corticoesteroides en monoterapia se administró prednisona a dosis inicial de 1 mg/kg/día para el tratamiento del pénfigo moderado y de 1.5 mg/kg/día para el de pénfigo severo. La dosis inicial se mantuvo durante un mes para ser disminuida de manera gradual hasta alcanzar el control de la enfermedad y suspenderla luego de 12 meses en la forma moderada y de 18 meses en la forma severa. En ambos grupos los investigadores podían suspender el tratamiento si ocurrían eventos adversos severos que pusieran en riesgo la vida. El seguimiento se realizó durante tres años.

Resultados: se incluyeron 90 pacientes, de los que 46 se asignaron al grupo de tratamien-

to combinado y 44 al grupo de prednisona sola. Al mes 24, 41 de 46 pacientes (89%) en el grupo con tratamiento combinado tuvieron remisión completa fuera de tratamiento *versus* 15 de 44 participantes (34%) en el grupo con prednisona sola (IC95%: 38.4 a 71.7; $p < 0.0001$). Cinco pacientes (11%) asignados al grupo de tratamiento combinado y 28 pacientes (64%) asignados al grupo de prednisona sola aún tenían lesiones activas al mes 24 (RR 2.45; IC95%: 1.64 a 3.67; $p < 0.0001$). La mediana de tiempo hasta alcanzar la remisión completa fuera de tratamiento fue de 677 días (intervalo: 420 a 713) en el grupo con prednisona sola y 277 días (177 a 751) en el grupo con tratamiento combinado ($p < 0.0001$). Al mes 24 recayeron 11 pacientes (24%) en el grupo con tratamiento combinado y 20 pacientes (45%) en el grupo de corticoesteroides en monoterapia. Los pacientes de tratamiento combinado recibieron un tercio de la dosis acumulativa de prednisona, comparado con el grupo de corticoesteroides en monoterapia. Se reportaron más eventos adversos severos en el grupo con corticoesteroides en monoterapia (53 eventos) que en el grupo de tratamiento combinado (27 eventos).

Conclusión: los resultados sugieren que el tratamiento de primera línea con rituximab asociado con un curso corto de corticoesteroides para los pacientes con pénfigo es más efectivo que la prednisona en monoterapia, con menor tasa de eventos adversos.

Juan Luis Bueno-Wong

Saleh P, Naghavi-Behzad M, Herizchi H, Mokhtari F, et al. Effects of *Helicobacter pylori* treatment on rosacea: A single-arm clinical trial study (Efectos del tratamiento contra *Helicobacter pylori* en rosácea: ensayo clínico de un solo brazo). J Dermatol 2017. DOI: 10.1111/1346-8138.13878

Antecedentes: la rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica que incluye un espectro de manifestaciones clínicas de acuerdo con la severidad de la enfermedad. La fisiopatogénesis es un tema poco comprendido; sin embargo, entre los factores asociados se proponen alteraciones vasculares, radiación solar, presencia de *Demodex folliculorum*, sensibilidad a estímulos nocivos, cambios climáticos y la infección por *Helicobacter pylori*, entre otros; esta última es objeto de controversia. Se han reportado prevalencias variables de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con rosácea que van desde 0 a 100%, algunos estudios sugieren, incluso, que la rosácea podría considerarse una manifestación extragastrointestinal de tal infección al encontrar alivio de la dermatosis ante su erradicación, otros estudios no muestran relación significativa entre ambas afecciones; por tanto, en la actualidad no hay conclusiones precisas y confiables al respecto.

Objetivo: determinar la prevalencia de la asociación entre rosácea activa e infección por *Helicobacter pylori* y las características demográficas de pacientes con esa asociación; así como evaluar el efecto del tratamiento de erradicación estándar de infección por *Helicobacter pylori* en el curso clínico de la rosácea en cuanto a severidad.

Material y método: se trata de un ensayo clínico de un solo brazo, efectuado en centros de educación clínica de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, Irán, de mayo de 2013 a noviembre de 2015. Los pacientes de 20 a 65 años con infección por *Helicobacter pylori* confirmada mediante estudio serológico fueron examinados por un equipo de dermatólogos para determinar la existencia de rosácea activa y se incluyeron en el estudio los que se encontraran concurrentemente con ambos diagnósticos para someterlos al protocolo estándar de erradicación del patógeno consistente en dos semanas de tratamiento basado en metronidazol

500 mg cada 12 h más claritromicina 500 mg cada 12 h más pantoprazol 40 mg cada 24 h, administrados todos por vía oral durante siete días. Se excluyeron los pacientes con otros problemas dermatológicos, alérgicos a la claritromicina u omeprazol, con tratamiento antibiótico en los últimos dos meses o tratamiento tópico contra rosácea en las últimas tres semanas. La severidad de la rosácea se evaluó al inicio del estudio y a los 2 y 6 meses posteriores al término del protocolo de erradicación mediante la medida (*score*) de graduación de rosácea (Duluth Clinic) que clasifica a los pacientes con signos y síntomas ausentes, leves, moderados y severos.

Resultados: de 872 pacientes positivos para infección por *Helicobacter pylori*, 167 (19%) manifestaron datos clínicos compatibles con rosácea. Los pacientes con concurrencia de ambas afecciones eran predominantemente jóvenes del sexo femenino (57%). De los pacientes con concurrencia de ambas enfermedades 17 se negaron a ser parte del estudio y 150 recibieron tratamiento de erradicación del patógeno, con 92% de éxito demostrado al final de la administración de ésta; este último grupo de pacientes mostró decremento en la medida (*score*) de graduación de rosácea (Duluth Clinic) en casi todos los parámetros, excepto telangiectasias, rinofima y afección periférica al comparar la evaluación basal y a 2 y 6 meses del término del tratamiento (15.55 ± 4.33 vs 14.11 ± 3.96 vs 12.57 ± 3.62 , respectivamente), estos decrementos fueron estadísticamente significativos ($p < 0.01$).

Conclusiones: la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* promueve el alivio significativo de algunos signos clínicos de rosácea. La prevalencia de la concurrencia de ambas enfermedades en este estudio fue mayor a la reportada en estudios anteriores. El estudio se ve limitado por la ausencia de grupo control.

Laura Guadalupe Medina-Andrade

El Taieb M, Ibrahim H, Nada E, Seif Al-Din M. Platelets rich plasma versus minoxidil 5% in treatment of alopecia areata: A trichoscopic evaluation (Plasma rico en plaquetas versus minoxidil 5% en el tratamiento de alopecia areata: evaluación tricoscópica). Dermatol Ther 2016;30(1):e12437.

Antecedentes: la alopecia areata es la causa inflamatoria más frecuente relacionada con pérdida de cabello, con prevalencia de incluso 0.2%. Muchas teorías se han implicado en la patogénesis de esta enfermedad; entre ellas el ataque autoinmunitario linfocitario hacia el folículo piloso, factores genéticos y ambientales. En términos clínicos se manifiesta con la aparición repentina de una o más placas alopécicas bien circunscritas que pueden afectar cualquier área del cuerpo cubierta por pelo, la localización más frecuente es la piel cabelluda. Las opciones terapéuticas incluyen esteroides tópicos, intralesionales y sistémicos; antralina, inmunoterapia, ciclosporina y PUVA. El minoxidil tópico se ha prescrito para tratar esta enfermedad debido a su propiedad para la estimulación de la proliferación celular, vasodilatación, angiogénesis y apertura de canales de potasio; asimismo, el plasma rico en plaquetas es un concentrado de plaquetas de origen autólogo en plasma cuya inyección promueve la formación de nueva vasculatura alrededor del folículo piloso, así como la proliferación de células de la papila dérmica mediante la regulación a la alta del factor de crecimiento fibroblástico 7.

Objetivo: evaluar la eficacia del plasma rico en plaquetas en comparación con minoxidil tópico a 5% en el tratamiento de alopecia areata mediante examen tricoscópico.

Material y método: se trata de un ensayo clínico controlado, aleatorizado, realizado por el departamento de Dermatología, Venerología y Andrología de la Universidad de South Valley

en Qena, Egipto, efectuado entre junio de 2014 y mayo de 2015, en el que se incluyeron 90 pacientes con edad entre 10 y 40 años con diagnóstico de alopecia areata y sin tratamiento contra esta enfermedad en los tres meses previos al inicio del estudio; los pacientes se distribuyeron al azar en tres grupos de 30 pacientes cada uno. El seguimiento se realizó de forma mensual a tres meses documentando hallazgos tricoscópicos (porcentaje de crecimiento de cabello, pelos cortos vellosos y puntos amarillos). El grupo 1 fue tratado con minoxidil tópico a 5% cada 12 h, el grupo 2 con plasma rico en plaquetas intralesional cada 4 semanas y el grupo 3 con pantenol tópico cada 12 h como placebo.

Resultados: la media de duración de la alopecia de los pacientes al momento del inicio del estudio era de 28 ± 16.15 meses. En los tres grupos existió predominio de mujeres con alopecia areata en parches, únicos y localizados en la región occipital. Al término del estudio el minoxidil a 5%, el plasma rico en plaquetas y el placebo mostraron efectividad estadísticamente significativa contra la alopecia areata en parches (81, 70 y 30%, respectivamente). Posterior al tratamiento en los grupos 1 y 2 se observó disminución de puntos amarillos, en el grupo 2, además, se observó disminución de los pelos cortos vellosos y recrecimiento del cabello a mayor velocidad.

Conclusiones: el minoxidil a 5% y el plasma rico en plaquetas son tratamientos efectivos contra la alopecia areata, sobre todo en el caso de placas únicas, el plasma rico en plaquetas es más efectivo que el minoxidil en cuanto a velocidad de acción y no se asocia con efectos adversos. La tricoscopia es una herramienta valiosa en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con alopecia areata. Hacen falta estudios con mayor tiempo de seguimiento para evaluar las posibles recurrencias de la enfermedad.

Laura Guadalupe Medina-Andrade

Papp K, Blauvelt A, Bukhalo M, et al. Risankizumab versus ustekinumab for moderate-to-severe plaque psoriasis (Risankizumab vs ustekinumab para el tratamiento de psoriasis en placas moderada a severa). N Engl J Med 2017;376(16):1551-1560.

La interleucina 23 estimula a las células T auxiliares, células Th22, células linfoides innatas y a las citocinas efectoras IL-17, IL-22 y el factor de necrosis tumoral. Esta interleucina juega un papel fundamental en la patogénesis de la psoriasis. En este estudio los autores comparan el efecto del risankizumab, un anticuerpo monoclonal IgG1 que inhibe la IL-23 y al ustekinumab, un inhibidor de la IL-12 y la IL-23 en pacientes con psoriasis en placas moderada a severa. La población de estudio consistió en 166 pacientes que recibieron inyecciones subcutáneas de risankizumab (una dosis de 18 mg a la semana 0 o 90 o 180 mg en las semanas 0, 4 y 16) o ustekinumab (45 o 90 mg, según el peso corporal, a las semanas 0, 4 y 16). La meta del tratamiento fue la reducción de 90% o más de la cifra basal en la superficie corporal y en el PASI (*psoriasis area and severity index*) a la semana 12. Al final del estudio (semana 12), el porcentaje de pacientes con reducción de 90%, la puntuación PASI fue de 77% en el grupo que recibió risankizumab y de 40% en el grupo de ustekinumab ($p < 0.001$). El porcentaje de pacientes con recuperación completa (reducción del 100% en la puntuación del PASI) fue de 45% en el grupo de risankizumab, en comparación con 18% en el grupo ustekinumab. La eficacia se mantuvo generalmente hasta 20 semanas después de la dosis final de 90 o 180 mg de risankizumab. Se reportaron eventos graves en 5 pacientes (12%), 6 pacientes (15%) y 3 pacientes (8%) en los grupos de 18 y 90 mg de risankizumab y en el grupo ustekinumab, respectivamente. Esos eventos consistieron en dos carcinomas basocelulares y un evento adverso cardiovascular importante. En conclusión, en este ensayo, el bloqueo selec-

tivo de la interleucina 23 con risankizumab se vinculó con respuestas clínicas superiores a las inducidas por ustekinumab.

Marco Antonio Bolaños-Aguilar

Asgari M, Ray G, Quesenberry C, Katz K, Silverberg M. Association of multiple primary skin cancers with human immunodeficiency virus infection, CD4 count, and viral load (Asociación del cáncer de piel con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, cuenta de CD4 y carga viral). JAMA Dermatology 2017.

Antecedentes: los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana tienen 2.8 veces más probabilidad de tener cáncer de piel de tipo no melanoma (CPNM) que las personas no infectadas por el virus. Entre las personas inmunocompetentes el carcinoma basocelular es más común que el carcinoma espinocelular. Sin embargo, en los sujetos inmunodeprimidos, incluidos las postrasplantados y pacientes con alteraciones inmunológicas, el carcinoma espinocelular predomina sobre el carcinoma basocelular.

Objetivo: entender mejor de qué manera los biomarcadores utilizados actualmente para evaluar la infección por el VIH pueden estar relacionados con el riesgo subsecuente de padecer cáncer de piel de tipo no melanoma.

Material y método: se realizó un estudio de cohorte en el que se incluyeron 455 (13 [3%] mujeres) pacientes infectados por el VIH y 1945 (154 [8%] mujeres) sujetos no infectados.

El tiempo de observación promedio fue de 4.6 años. Todos los participantes eran miembros del *Kaiser Permanente Northern California* y tenían el diagnóstico de al menos un cáncer de piel de tipo no melanoma de 1996 a 2008, para determinar el riesgo de cáncer de piel de tipo no melanoma en relación con la cuenta de CD4 y la carga viral. Todos los participantes eran pacientes caucásicos no hispanos mayores de 18 años.

Resultados: comparados con los pacientes no infectados, los pacientes con infección por el VIH con un biomarcador reciente de inmunodeficiencia severa (cuenta de CD4 < 200 células) tuvieron 44% mayor riesgo de padecer cáncer de piel de tipo no melanoma de manera general y 222% más riesgo de padecer carcinoma espinocelular, lo que sugiere mayor relación del carcinoma espinocelular con la disfunción de la respuesta inmunitaria.

Limitaciones: no se tomaron en cuenta otras variables y factores de riesgo, como fotoexposición o tipo de piel. La población del estudio fue predominantemente de género masculino.

Conclusión: entre pacientes blancos no hispanos, los individuos infectados por el VIH tienen mayor riesgo de padecer cáncer de piel de tipo no melanoma en comparación con los individuos no infectados. En especial, el riesgo de padecer carcinoma epidermoide primario es mayor en pacientes con menor número de CD4 y mayor carga viral.

Marco Antonio Bolaños-Aguilar