

Sección realizada por residentes del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**López-Pestaña A, Tuneu A, Lobo C, Ormaechea N y col. Facial lesions in frontal fibrosing alopecia (FFA): Clinicopathological features in a series of 12 cases (*Lesiones faciales en alopecia frontal fibrosante [AFF]: características clínico-patológicas en una serie de 12 casos*). J Am Acad Dermatol 2015;73:987.**

**Antecedentes:** las lesiones faciales en alopecia frontal fibrosante están poco descritas en las series publicadas.

**Objetivo:** describir las lesiones faciales en alopecia frontal fibrosante.

**Material y método:** revisamos nuestra serie de 55 casos de alopecia frontal fibrosante, de los que se seleccionaron 12 casos con afección facial significativa. Se realizó un estudio histológico de estas lesiones.

**Resultados:** además de las observaciones descritas en la bibliografía, como pápulas faciales o puntos rojos foliculares, se observó eritema perifolicular y difuso, a veces con patrón reticular y la aparición gradual de máculas pigmentadas en la piel facial. Las muestras de biopsia de las zonas con eritema facial mostraron infiltrado linfocitario perifolicular e interfolicular y fibrosis alrededor de los pelos vellosos. La evaluación histológica de las máculas pigmentadas mostró en ocasiones aumento de la pigmentación epidérmica y, otras veces, incontinencia pigmentaria.

**Limitaciones:** se necesitan más pacientes para determinar la prevalencia de estas lesiones en la alopecia frontal fibrosante.

**Conclusión:** en la piel del rostro de los pacientes con alopecia frontal fibrosante pudimos observar pápulas o eritema perifolicular secundarios al daño del folículo piloso veloso. Describimos eritema difuso debido al infiltrado liquenoide folicular e interfolicular y la aparición gradual de máculas pigmentadas, que podría ser secundaria al aumento de la pigmentación epidérmica o a la incontinencia de pigmento.

Anika Ruiz Hernández

**Koseoglu G, Akay BN, Kucuksahin O, Erdem C. Dermoscopic changes in melanocytic nevi in patients receiving immunosuppressive and biologic treatments: Results of a prospective case-control study (*Cambios dermatoscópicos en nevos melanocíticos en pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor y biológico: resultados de un estudio prospectivo de casos y controles*). J Am Acad Dermatol 2015;73:623-629.**

**Antecedentes:** el sistema inmunológico restringe lesiones melanocíticas benignas; sin embargo, aún no se conoce la relación entre la inmunosupresión y los cambios en los nevos.

**Objetivo:** investigar la evolución de nuevos nevos en pacientes con agentes inmunosupresores para evaluar cualquier tamaño o cambio dermatoscópico en los nevos existentes y para estudiar cualquier riesgo de padecer melanoma.

**Material y método:** 266 lesiones melanocíticas en 103 pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor y 180 lesiones melanocíticas;

los pacientes se parearon por edad, sexo, raza y tipo de piel Fitzpatrick con 60 controles sanos.

**Resultados:** el número de nevos aumentó de la cantidad inicial en el grupo de tratamiento ( $p$  menor de 0.001), al igual que el tamaño del nevo ( $p=0.046$ ), pero este aumento, en comparación con el grupo control, sólo se mantuvo estadísticamente significativo para el incremento del número de nevos nuevos ( $p=0.001$ ). Hubo aparición estadísticamente significativa de los cambios dermatoscópicos en los nevos de pacientes inmunodeprimidos, comparados con los pacientes control sanos ( $p$  menor de 0.001). Se extirparon 10 lesiones, incluidas seis que se debieron al cambio dermatoscópico significativo durante el tratamiento. Todos los nevos eran benignos.

**Limitaciones:** la duración del seguimiento fue corta y el número de pacientes fue pequeño.

**Conclusión:** el tratamiento inmunosupresor se asoció con aumento del número de nevos y con cambio de la apariencia dermatoscópica de éstos, pero como ninguno de los nevos cambiados y posteriormente extirpados era maligno, la vigilancia continua de las características invasoras es una alternativa razonable a la escisión.

*Lilian Andrade*

**Wu X, Elkin EB, Jason Chen CS, Marghoob A. Traditional versus streamlined management of basal cell carcinoma (BCC): A cost analysis (Tratamiento tradicional vs simplificado del carcinoma basocelular: análisis de costo). J Am Acad Dermatol 2015;73:791-798.**

**Antecedentes:** ante el aumento de la incidencia del carcinoma de células basales y el aumento de la presión para contener el gasto en atención a la salud, los médicos deben contemplar paradigmas rentables en los tratamientos del carcinoma de células basales.

**Objetivo:** realizar un análisis de costos al comparar el esquema tradicional de abordaje del carcinoma de células basales con un esquema simplificado para detectar y tratar éste, que elimine la biopsia antes de iniciar el tratamiento definitivo.

**Material y método:** se desarrolló un modelo de decisión analítica para comparar los costos del tratamiento tradicional del carcinoma de células basales con el esquema de detectar y tratar. En virtud de este esquema, las lesiones diagnosticadas clínicamente se trataron con escisión, con rasurado de la lesión o con cirugía micrográfica de Mohs. Los valores de los parámetros del modelo se basaron en la bibliografía y en el análisis de datos institucional. Los costos se basan en el programa de tarifas de Medicare de 2014.

**Resultados:** el costo medio por lesión con el esquema de detectar y tratar, en el que no se utilizó la técnica de Mohs, fue de 449 dólares (vs 566 dólares con la gestión tradicional, lo que dio 117 dólares de ahorro) y de 819 dólares para las lesiones tratadas con cirugía de Mohs (vs 864 dólares con la gestión tradicional, con 45 dólares de ahorro). El ahorro promedio por caso fue de 95 dólares (15% del costo medio total). Las conclusiones fueron similares en diferentes escenarios plausibles.

**Limitaciones:** los valores de los parámetros del modelo pueden variar en función de las prácticas individuales.

**Conclusiones:** una estrategia de gestión simplificada que elimina la biopsia pretratamiento de rutina puede reducir el costo del tratamiento del carcinoma de células basales sin afectar la calidad de la atención.

*Elisa González Medina*

Zaballos P, Serrano P, Flores G, Thomas L, et al. Dermoscopy of tumours arising in naevus sebaceous: a morphological study of 58 cases (*Dermatoscopia de tumores que surgen en nevos sebáceos: estudio morfológico de 58 casos*). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:2231-2237.

**Antecedentes:** el nevo sebáceo es un hamartoma congénito comúnmente asociado con la evolución de neoplasias secundarias. Acerca de éste existen datos relacionados con la dermatoscopia que, sin embargo, son difusos.

**Objetivo:** evaluar las características dermatoscópicas de 58 neoplasias que surgen sobre nevos sebáceos.

**Material y método:** estudio que incluyó 58 neoplasias recolectadas de 11 hospitales en España, Francia, Italia y Austria.

**Resultados:** los tumores encontrados con mayor frecuencia fueron tricoblastoma (40%), carcinoma basocelular (21%) y siringocistoadenoma papilífero (16%). Los hallazgos más notables fueron: el patrón compuesto por nidos ovoides grandes y asimétricos, color azul-gris, fue más común en el carcinoma basocelular que en el tricoblastoma (58 vs 4%;  $p$  menor de 0.001); el patrón compuesto por un área homogénea color azul-gris que ocupaba el total de la lesión fue más común en el tricoblastoma (83 vs 17%); el patrón más común asociado con el siringocistoadenoma papilífero fue la lesión eritematosa, con estructuras papilares, ulceración y vasos (55.5%).

**Conclusiones:** en la dermatoscopia, los tumores de anexos asociados con el nevo sebáceo son similares a los del carcinoma basocelular. La dermatoscopia puede ser una herramienta diagnóstica útil que genera un diagnóstico preoperatorio más preciso.

Julieta Carolina Corral Chávez

Malveyh J, Aguilera P, Carrera C, et al. *Ex vivo* dermoscopy for biobank-oriented sampling of melanoma (*Dermatoscopia ex vivo para muestras de melanoma para estudios complementarios*). *JAMA Dermatol* 2013;149:1060-1067.

**Antecedentes:** el estudio patológico del melanoma es fundamental para el diagnóstico y estadiaje del mismo. Analizar sitios de la pieza que brinden información valiosa para estudios complementarios puede errar el diagnóstico patológico final.

**Objetivo:** estudiar la capacidad de identificar el área con mayor profundidad (Breslow) en melanomas, mediante correlación clínico-dermatoscópica *in vivo* y *ex vivo*, para un buen procesamiento patológico; asimismo, no incluir estas áreas para el procesamiento de estudios complementarios.

**Material y método:** estudio que incluyó tumores con diagnóstico de presunción de melanoma con diámetro mayor a 5 mm. Se usó sacabocados de 2 a 3 mm para obtener tejido para el procesamiento molecular; éste se realizó de áreas no catalogadas con mayor grosor por dermatoscopia. Las imágenes *in vivo* y *ex vivo* se le dieron al patólogo para su diagnóstico.

**Resultados:** se realizaron dos estudios: el primero incluyó 10 biopsias en las que se realizaba análisis patológico de las zonas con mayor profundidad y posteriormente se analizaba toda la pieza quirúrgica para confirmar que fuera el área con mayor profundidad; resultó correcto en las 10 biopsias. El segundo estudio incluyó 43 pacientes, en el que dos observadores independientes analizaron con dermatoscopia *ex vivo* el área con mayor profundidad; los especialistas reportaron concordancia de 93%.

**Conclusiones:** la dermatoscopia *ex vivo* e *in vivo* puede guiar para obtener mejores mues-

tras al proporcionar una evaluación patológica más adecuada. Para la reacción en cadena de la polimerasa o para estudios complementarios (*biobanking*) debe realizarse en un área con retículo atípico periférico, sin considerar las zonas que puedan ofrecer información histológica de valor pronóstico, como las áreas con velo azul-blanco o la ulceración.

Ana Cecilia González de Cossío Hernández

**Berbegal L, De Leon FJ, Silvestre JF. Corticosteroid hypersensitivity studies in a skin allergy clinic (Estudio de sensibilización a corticoesteroides en una consulta de alergia cutánea). Actas Dermosifiliogr 2015;106:816-822.**

**Antecedentes:** los corticoesteroides pueden producir reacciones de hipersensibilidad, en particular de tipo retardado. Se propone una nueva clasificación para el estudio de la alergia a corticoesteroides, que los divide en tres grupos, de acuerdo con su estructura molecular, y establece dos perfiles de pacientes, según estén sensibilizados a uno o varios grupos.

**Objetivo:** describir las características clínicas de nuestros pacientes alérgicos a corticoesteroides, compararlas con las del resto de la población estudiada y analizar su distribución, de acuerdo con la nueva clasificación.

**Material y método:** estudio retrospectivo de 11 años que incluyó los casos de pacientes con reacciones de hipersensibilidad retardada a corticoesteroides en la Unidad de Alergia Cutánea del Servicio de Dermatología de un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** se estudiaron 2,857 pacientes, de los que 33 tuvieron una o más pruebas al parche positivas a corticoesteroides. Estos pacientes tuvieron menos dermatitis atópica y menor afectación de las manos. Todos fueron alérgicos

a algún corticoesteroide del grupo 1 y la budesonida fue la más frecuente (88%). Con la batería específica de corticoesteroides observamos que 14 pacientes (42%) eran, además, alérgicos a corticoesteroides del grupo 2 o 3. Ningún paciente fue alérgico sólo a corticoesteroides del grupo 2 o 3; 62% (13/21) de los pacientes expuestos a cremas con un corticoesteroides del grupo al que eran alérgicos no tuvo reacción a aquéllas.

**Conclusiones:** la batería estándar española tiene sólo marcadores para alergia a corticoesteroides del grupo 1. Recomendamos aplicar una batería específica de corticoesteroides y los medicamentos propios si los marcadores son positivos para clasificarlos mejor y adecuar su tratamiento.

Yevher Lorena Barrón Hernández

**Hua C, Sbidian E, Hemery F, Decousser JW, et al. Prognostic factors in necrotizing soft-tissue infections (NSTI): A cohort study (Factores pronóstico en infecciones necrotizantes de tejidos blandos: estudio de cohorte). J Am Acad Dermatol 2015;73:1006-1012.**

**Antecedentes:** las infecciones necrotizantes de tejidos blandos son poco frecuentes, pero amenazantes. Un metanálisis reciente estimó una mortalidad de 23.5%.

**Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados con mortalidad en una cohorte de pacientes con infecciones necrotizantes de tejidos blandos en un centro de tercer nivel de atención.

**Material y método:** estudio en el que mediante un análisis univariado y multivariado identificamos 512 pacientes con infecciones necrotizantes de tejidos blandos, entre 1996 y 2012, en la base de datos nacional del programa para la Medicalización de Sistemas de Información; se examinaron los factores de riesgo asociados

con mortalidad por infecciones necrotizantes de tejidos blandos.

**Resultados:** incluimos 109 pacientes con diagnóstico confirmado de infecciones necrotizantes de tejidos blandos. 31 (28%) pacientes fallecieron, con media de 274 días de seguimiento (intervalo de 2-6,135 días). En el análisis multivariado, los factores de riesgo independientes de mortalidad fueron: edad mayor de 75 años (cociente de riesgo [HR] 4.4, intervalo de confianza [IC] 95% 1.5-17), infección adquirida en hospitalización (HR 3.9, IC 95% 1.4-10.7), sepsis grave (HR 7.4, IC 95% 1.7-33.1), choque séptico e ingreso al hospital (HR 13.9, IC 95% 3.8-50.4).

**Limitaciones:** por tratarse de una cohorte retrospectiva no permite tener un registro preciso del tiempo de retraso entre el momento del diagnóstico y la cirugía.

**Conclusiones:** nuestros hallazgos en esta cohorte de pacientes con el diagnóstico definitivo de infecciones necrotizantes de tejidos blandos podrían auxiliar a los clínicos para la estadificación de la gravedad y el curso clínico de la infección.

*Leopoldo de Velasco Graue*

**Kamal M, Polat M. Effect of different doses of isotretinoin treatment on the levels of serum homocysteine, vitamin B<sub>12</sub> and folic acid in patients with acne vulgaris. A prospective controlled study (Efecto de diferentes dosis de isotretinoína en las concentraciones séricas de homocisteína, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico en pacientes con acné vulgar. Estudio controlado prospectivo). J Pak Med Assoc 2015;65:950-953.**

**Antecedentes:** la isotretinoína es un fármaco sumamente efectivo para pacientes con acné noduloquístico o moderado a severo resistente al tratamiento convencional; está reportado au-

mento de homocisteína durante el tratamiento con este medicamento. La homocisteína es un marcador de riesgo cardiovascular. La vitamina B<sub>12</sub> y el ácido fólico disminuyen sus concentraciones.

**Objetivo:** investigar el efecto de diferentes dosis de isotretinoína en las concentraciones séricas de homocisteína, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico en pacientes con acné vulgar.

**Material y método:** estudio de casos y controles, realizado en Ankara, Turquía, de noviembre de 2012 a marzo de 2013. Se incluyeron hombres y mujeres no embarazadas mayores de 18 años. Los casos (n=62) tenían acné noduloquístico moderado a severo y los controles (n=62) eran sujetos sanos pareados. Se inició tratamiento con isotretinoína 0.5 mg/kg/día en casos de acné moderado (n=31) y 1 mg/kg/día en casos de acné severo (n=31); el tratamiento se mantuvo durante cinco meses. Se midieron las concentraciones de homocisteína, vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico, colesterol, triglicéridos y se realizaron pruebas de función hepática antes de iniciar con isotretinoína, así como a los 45 días, en los casos, y sólo al inicio en los controles.

**Resultados:** las concentraciones de homocisteína tuvieron un incremento estadísticamente significativo en ambos grupos tratados con isotretinoína (p menor de 0.05). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las concentraciones de vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico y pruebas de función hepática (p mayor de 0.05%). Las concentraciones de colesterol total se incrementaron de manera significativa en el grupo en tratamiento con isotretinoína 1 mg/kg/día (p menor de 0.05). Los triglicéridos aumentaron de manera significativa en ambos grupos tratados con isotretinoína (p menor de 0.05).

**Conclusión:** éste es el primer estudio en evaluar diferentes dosis de isotretinoína. Los resultados

apoyan la noción de que la elevación de homocisteína podría deberse a la inhibición de la enzima cistationina- $\beta$ -sintasa sin daño hepático. Es importante medir las concentraciones séricas de estas sustancias y, en caso necesario, suplementar vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico para prevenir hiperhomocisteinemia y sus complicaciones.

Paulina Fernández Rueda

**Vedak P, Kroshinsky D. Squaric acid sensitization is not required for response in the treatment of alopecia areata (*La sensibilización de ácido escuárico para el tratamiento de la alopecia areata no es necesaria*). J Am Acad Dermatol 2015;73:471-476.**

**Antecedentes:** la inmunoterapia tópica con alérgenos de contacto potentes, como dibutiléster ácido escuárico, puede utilizarse para el tratamiento de la alopecia areata. Sin embargo, hay informes contradictorios respecto al mejor protocolo para su administración, en particular en cuanto a la necesidad de una respuesta eczematosa después del tratamiento inicial de sensibilización.

**Objetivo:** evaluar la repercusión de la sensibilización inicial en el crecimiento del cabello.

**Material y método:** revisión retrospectiva de la administración de ácido escuárico para el tratamiento de la alopecia areata en 14 pacientes.

**Resultados:** 11 de 14 pacientes se sometieron a la sensibilización inicial antes de empezar el tratamiento. Tres de estos pacientes tuvieron una reacción eczematosa después del primer intento, cinco pacientes después de dos o más intentos y tres no lograron tener una reacción clínica; 4 de 14 pacientes iniciaron el tratamiento sin una reacción clínica o una sensibilización anterior; 11 de 14 pacientes tuvieron nuevo crecimiento: siete con la sensibilización previa y cuatro sin ésta.

**Limitaciones:** este estudio observacional está limitado por el tamaño de la muestra.

**Conclusiones:** los regímenes y reacciones de sensibilización al ácido escuárico varían ampliamente y la ausencia de una reacción eczematosa inicial a la sensibilización no predice una respuesta de fracaso.

Rosa López González

**Pizzichetta MA, Kittler H, Stanganelli I, Bono R, et al. Pigmented nodular melanoma: the predictive value of dermoscopic features using multivariate analysis (*Melanoma nodular pigmentado: el valor predictivo de las características dermatoscópicas usando análisis multivariado*). Br J Dermatol 2015;173:106-114.**

**Antecedentes:** el melanoma nodular representa 10 a 30% de los melanomas. Se relaciona con mayor mortalidad asociada de manera global. La bibliografía acerca de la dermatoscopia es escasa.

**Objetivo:** establecer predictores dermatoscópicos que ayuden al diagnóstico diferencial del melanoma nodular *versus* melanoma superficial pigmentado, así como de lesiones pigmentadas no melanocíticas y lesiones melanocíticas pigmentadas benignas.

**Material y método:** estudio que evaluó la existencia o ausencia de patrones globales y criterios dermatoscópicos mediante imágenes digitalizadas de 457 lesiones pigmentadas de la piel de pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma nodular (n=75), melanoma superficial diseminante (n=93), lesiones melanocíticas y melanocíticas benignas (n=289); de los que 39 eran carcinomas basocelulares, 85 queratosis seborreicas, 81 nevos azules y 84 nevos compuestos, que se seleccionaron de

manera retrospectiva y se evaluaron a ciegas por tres observadores. El resultado del análisis multivariado mostró: ulceración (razón de momios [OR] 407), patrón desorganizado homogéneo (OR 1,076) y zonas homogéneas sin estructura, pigmentadas de color azul (OR 237), que fueron factores pronóstico independientes significativos de melanoma nodular *versus* melanoma superficial diseminante. El análisis multivariado de las características dermatoscópicas del melanoma nodular *versus* lesiones melanocíticas y no melanocíticas benignas mostró que las características positivas que conducen a un aumento significativo del riesgo de padecer melanoma nodular eran pigmentación asimétrica (OR 670), áreas pigmentadas de color azul-negro (OR 715), áreas homogéneas con patrón desorganizado (OR 962), combinación de vasos polimorfos y glóbulos rojos lechosos (OR 2,365) y vasos polimorfos combinados con áreas rojas homogéneas (OR 3,388).

**Conclusiones:** la dermatoscopia puede ser útil para mejorar el reconocimiento del melanoma nodular pigmentado, al revelar la pigmentación asimétrica, áreas pigmentadas de color azul-negro, patrón homogéneo desorganizado, estructuras vasculares anormales, polimorfismo vascular, áreas rojas homogéneas y glóbulos rojos lechosos.

*Lilian E Andrade Morelos*

**Tosti A, Schneider SL, Ramirez-Quizon M, Zaiac M, Miteva M. Clinical, dermoscopic, and pathologic features of onychopapilloma: A review of 47 cases (Características clínicas, dermatoscópicas e histológicas del onicopapiloma: revisión de 47 casos). J Am Acad Dermatol 2015;15:2124-2126.**

**Antecedentes:** el onicopapiloma es una neoplasia benigna que surge del lecho y la matriz ungueal distal. Es un tumor frecuente; sin em-

bargo, no se reporta en la bibliografía. Existen alrededor de 35 casos reportados.

**Objetivo:** evaluar las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas del onicopapiloma.

**Material y método:** estudio retrospectivo basado en los buscadores Pubmed/Medline 2010 a 2015 y el reporte de los casos evaluados, en el mismo periodo, en la Universidad de Miami.

**Resultados:** se encontraron 32 casos en la bibliografía y 42 casos en el Hospital Universitario de Miami. La manifestación clínica más frecuente fue eritroniquia longitudinal con hemorragias en astilla, seguida de las hemorragias en astilla, sin otra coloración de la lámina, leuconiquia y melanoniquia. Esta última sólo se reportó en población latina y afroamericana y todos los casos tuvieron masa queratósica subungueal. El abordaje puede iniciarse al cortar la lámina ungueal distal de manera horizontal, donde encontramos hiperqueratosis con núcleos picnóticos que recuerdan la zona queratogénica de la matriz. En el estudio histológico definitivo de estos tumores se encontró hiperqueratosis del lecho con metaplasia de matriz. El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumor glómico, enfermedad de Darier, liquen plano, hemorragia en astilla traumática, lentigos, nevos, melanoma y carcinoma espinocelular.

**Limitaciones:** estudio retrospectivo.

**Conclusión:** el onicopapiloma es un tumor benigno frecuente en la uña, poco reportado, con características clínicas, dermatoscópicas e histológicas bien definidas. Su reconocimiento radica en el tratamiento quirúrgico de la lesión, así como el diagnóstico diferencial, principalmente con neoplasias malignas del aparato ungueal.

*Olga Macías Martínez*

**Casas de la Asunción E, Ruano Ruiz J, Rodríguez Martín A, Vélez García Nieto A, Moreno-Giménez JC. Asociación de penfigoide y enfermedad neurológica: estudio de casos y controles. Actas Dermosifiliogr 2014;105:860-865.**

**Antecedentes:** en el último decenio se relacionó al penfigoide ampolloso con la existencia previa de comorbilidades, sobre todo de enfermedades neurológicas y psiquiátricas. En la bibliografía existen series de casos, pequeños estudios de casos y controles y trabajos extensos con bases de datos poblacionales del Reino Unido, de países asiáticos y de Europa continental que confirman esta asociación; sin embargo, no existen datos en población española.

**Material y método:** estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles con prueba de compatibilidad 1:2. Se seleccionaron 54 pacientes con penfigoide ampolloso; se compararon las proporciones entre grupos para comorbilidades neurológicas, cardiopatía isquémica, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias sólidas mediante regresiones logísticas univariantes. Además, se creó un modelo asociativo mediante regresión logística múltiple condicional.

**Resultados:** en el grupo de casos aparece una proporción significativamente mayor de accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, o ambos (razón de momios [OR] 3.06; intervalo de confianza [IC] 95%: 1.19-7.87); demencia (OR 5.52, IC 95%: 2.19-13.93) y enfermedad de Parkinson (OR 5; IC 95%: 1.57-15.94). Al considerar los diagnósticos neurológicos en conjunto se advirtió una proporción significativamente mayor en los casos (OR 6.34, IC 95%: 2.89-13.91). La demencia y la enfermedad de Parkinson se asociaron de manera independiente con el penfigoide ampolloso en el análisis multivariante.

**Conclusiones:** los pacientes con penfigoide ampolloso de nuestra población tuvieron con mayor frecuencia ciertas comorbilidades neurológicas.

*Elisa González*

**Maley A, Swerlick RA. Azathioprine treatment of intractable pruritus: A retrospective review (Azatioprina como tratamiento en prurito resistente. Estudio retrospectivo). J Am Acad Dermatol 2015;73:439-443.**

**Antecedentes:** el prurito crónico y resistente puede llegar a afectar el estilo de vida de los pacientes. El prurito en estos pacientes está mediado inmunológicamente, por lo que pueden responder a tratamientos inmunosupresores; sin embargo, éstos son poco investigados.

**Objetivo:** determinar la eficacia y tolerancia del tratamiento con azatioprina en pacientes con prurito crónico, resistente a los esteroides y antihistamínicos.

**Material y método:** estudio retrospectivo que incluyó 96 pacientes con prurito con respuesta a esteroide sistémico tratados con azatioprina. Se evaluó la intensidad del prurito mediante la escala analógica del 0 al 10, donde 0 representaba no síntomas y 10 el prurito más intenso que los pacientes habían sentido.

**Resultados:** el promedio de duración en los síntomas previo al tratamiento fue 52.9 meses, la evaluación del prurito mediante la escala analógica del 1 a 10, previa al tratamiento, fue 9.25/10 y postratamiento, fue 1.625/10 (p menor de 0.0001); 62 pacientes (65%) tuvieron efectos adversos; de ellos, 32 (33%) suspendieron el tratamiento.

**Limitaciones:** se trata de un estudio retrospectivo, no controlado, sin distribución al azar; con variaciones en la dosis de azatioprina.

**Conclusión:** la azatioprina es un análogo de las 6-mecaptopurinas, que interfiere con las síntesis de purinas, inhibe la proliferación de linfocitos T y B, por lo que puede administrarse en pacientes con prurito y síntomas en los que la fisiopatología de base es mediada inmunológicamente.

*Diana Emma Becerril Parra*

**Khosravi H, Schmidt B, Huang JT. Characteristics and outcomes of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in children and young adults (Características y resultados de cáncer de piel no melanoma en niños y adultos jóvenes). J Am Acad Dermatol 2015;73:785-790.**

**Antecedentes:** el cáncer de piel no melanoma en población pediátrica y en adultos jóvenes es poco frecuente y tradicionalmente se asocia con predisposición hereditaria o con condiciones congénitas. Las características clínicas, resultados y factores de riesgo iatrogénicos no están bien descritos.

**Objetivo:** distinguir las características clínicas, factores de riesgo potenciales y deficiencias en la atención asociadas con cáncer de piel no melanoma en niños y adultos jóvenes.

**Material y método:** estudio retrospectivo de niños y jóvenes adultos con carcinoma de células escamosas y carcinoma basocelular.

**Resultados:** se identificaron 28 pacientes, con un total de 182 tumores de cáncer de piel no melanoma. Del total de pacientes, 50% tenía condiciones predisponentes y 46% tendía a la exposición de factores de riesgo iatrogénicos por inmunosupresión prolongada, radioterapia, quimioterapia, administración de voriconazol, o una combinación de éstos. De los pacientes con factores de riesgo iatrogénicos, 62% resultó con lesiones cutáneas cancerosas o precancerosas subsecuentes. No se encontró ningún

paciente en tratamiento con quimioterapia o con voriconazol como único factor de riesgo. El tiempo medio de diagnóstico de cáncer de piel no melanoma fue de 948 días posteriores al diagnóstico erróneo inicial, en 36% de los pacientes. La mayoría de los pacientes se sometió a resección quirúrgica.

**Limitaciones:** estudio retrospectivo realizado en una sola institución, con un número pequeño de casos.

**Conclusiones:** los médicos deben ser conscientes de los factores de riesgo asociados con cáncer de piel no melanoma en niños y adultos jóvenes para proporcionar un asesoramiento adecuado, diagnóstico temprano y tratamiento.

*Anika Ruiz Hernández*

**Bae SH, Seon HJ, Choi YD, Shim HJ, et al. Other primary systemic cancers in patients with melanoma: Analysis of balanced acral and nonacral melanomas (Otros cánceres sistémicos primarios en pacientes con melanoma: análisis de melanomas acrales y no acrales). J Am Acad Dermatol 2016;74:330-340.**

**Antecedentes:** a pesar de que se han estudiado otros cánceres sistémicos primarios en pacientes con melanoma, existen pocos estudios enfocados en el melanoma acral.

**Objetivo:** evaluar otros cánceres primarios sistémicos en pacientes con melanomas acrales y no acrales.

**Material y método:** estudio en el que se analizaron otros cánceres primarios en 452 pacientes con melanoma, entre 1994 y 2013. Los cánceres metacrónicos se definieron como los que recibieron un diagnóstico de más de dos meses después del diagnóstico de melanoma. Los otros se consideraron cánceres sincrónicos.

**Resultados:** de los 51 casos de otros cánceres primarios, el cáncer gastrointestinal (35%, n=18/51) fue el más frecuente, seguido del de tiroides (18%), de pulmón (12%) y de mama (6%), en el grupo de melanoma acral (13%, n=31/243), en comparación con el grupo de melanoma no acral (10%, n=20/209). De los 23 casos de cáncer sincrónico, el riesgo más alto fue en la médula ósea, seguido de la cavidad oral, la vejiga, el colon, el pulmón y la tiroides. De los 28 casos de cánceres sincrónicos, el aparato gastrointestinal (36%, n=10/28) fue el sitio más

común, seguido de la tiroides (18%), las mamas (11%) y el pulmón (7%).

**Limitaciones:** el número pequeño de pacientes.

**Conclusión:** un seguimiento cuidadoso y de imagen, apoyado con estudios, es necesario para la detección temprana de otros cánceres primarios y de lesiones metastásicas en pacientes con melanoma.

*Orly Cherif Wolosky*