

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

**Mazzetti A, Moro L, Gerloni M, Cartwright M. Pharmacokinetic profile, safety, and tolerability of clascoterone (cortexolone 17-alpha propionate, CB-03-01) topical cream, 1% in subjects with acne vulgaris: An open-label phase 2a study (Eficacia de clascoterona crema 1% tópica en pacientes con acné facial, estudio fase 2a). J Drugs Dermatol 2019 Jun 1;18(6):563**

**Antecedentes:** La clascoterona es el primer anti-andrógeno tópico que actúa como un inhibidor competitivo del receptor de andrógenos debido a que tiene una estructura química similar a la dihidrotestosterona, que es hidrolizada por una esterasa plasmática inmediatamente a su metabolito inactivo: cartexolona.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de distintas dosis de clascoterona crema de forma tópica durante 12 semanas en pacientes con acné facial.

**Material y métodos:** Estudio realizado en 13 centros de Italia donde se incluyeron pacientes de 12 o más años con acné moderado a severo determinado por la escala de evaluación global de investigadores (IGA) y con un número de lesiones inflamatorias y no inflamatorias superior a 20.

**Resultados:** Se seleccionaron 363 pacientes de los que 304 completaron el estudio y se distribuyeron al azar en cinco grupos con la finalidad de comparar la clascoterona crema a 0.1, 0.5 y 1% cada 12 horas, a 1% cada 24 horas y vehículo cada 12 o 24 horas, respectivamente. Se encontró significación estadística en los pacientes con clascoterona crema 1% cada 12 horas con falla al tratamiento en 91.4% de los pacientes

a la semana 12 y con disminución relativa del número de lesiones.

**Limitaciones:** No se menciona qué tratamiento concomitante tuvieron los pacientes y los resultados entre las distintas presentaciones son discordantes.

**Conclusiones:** La clascoterona crema a 0.1, 0.5 y 1% tiene eficacia cuestionable en el tratamiento de acné moderado-severo. Sin embargo, su aplicación en otros padecimientos, como alopecia androgenética, continúa siendo prometedora.

Samantha Cruz-Meza

**Abd-Elazim NE, Yassa HA, Mahran AM. Microdermabrasion and topical tacrolimus: A novel combination therapy of vitiligo (Microdermoabrasión y tacrolimus tópico: una nueva combinación terapéutica en vitiligo). J Cosmetic Dermatol 2019. Doi: 10.1111/jocd.13193**

**Antecedentes:** El vitiligo es la hipomelanosis más común, la etiopatogenia de la enfermedad aún se desconoce por lo que existen múltiples tratamientos de los que ninguno es totalmente efectivo.

**Objetivo:** Explorar la eficacia y seguridad de la combinación de MDA + tacrolimus (0.03%) tópico como un nuevo abordaje terapéutico para pacientes con vitiligo vulgar estable.

**Material y método:** Estudio realizado en un centro dermatológico de Egipto; se seleccionaron hombres y mujeres de 6 a 60 años con vitiligo

vulgar estable. Se tomaron tres manchas de características similares en un mismo segmento, se distribuyeron al azar con la finalidad de que una tuviera tratamiento con tacrolimus ungüento 0.03% cada 24 horas durante 3 meses (lesión A); la combinación de microdermoabrasiones (MDA) hasta ocasionar eritema sobre la mancha de forma mensual con aplicación inmediata de tacrolimus ungüento 0.03% con aplicación subsecuente cada 24 horas durante 3 meses (lesión B), en comparación con placebo donde se aplicó petrolato cada 24 horas sobre la lesión durante tres meses. Se valoró mensualmente a los pacientes con medición de las lesiones de forma transversal y longitudinal por un observador que desconocía el tratamiento previo del paciente, así como toma de fotografías que fueron evaluadas por dos dermatólogos. La respuesta al tratamiento se midió con el porcentaje de disminución del VASI (*The Vitiligo Global Assessment Scale*) y del área (cm<sup>2</sup>) de la lesión, así como el grado de repigmentación en las fotografías y la satisfacción del paciente al finalizar el estudio.

**Resultados:** Se evaluaron 35 pacientes de los que 75% eran mujeres. Los pacientes con MDA y tacrolimus ungüento 0.03% mostraron disminución significativa del VASI, el área de las lesiones y la mayoría de los pacientes obtuvo el máximo grado de satisfacción. Se observó que las lesiones con más de cuatro años de evolución tuvieron menor grado de repigmentación, así como las lesiones en los codos y los dedos, mientras que la cara tuvo muy buena respuesta. No se obtuvieron eventos adversos significativos, únicamente la sensación ardorosa en 12% de los pacientes sometidos a MDA y eritema persistente en 6% de estos pacientes y en 3% de los pacientes tratados únicamente con tacrolimus en ungüento a 0.03%.

**Limitaciones:** Número de pacientes, estudio unicéntrico.

**Conclusiones:** El tratamiento del vitíligo vulgar estable con MDA+ tacrolimus en ungüento a 0.03% cada 24 horas representa una opción terapéutica novedosa, aparentemente segura y efectiva.

Samantha Cruz-Meza

**Igelman S, Kurta AO, et al. Off-label use of dupilumab for pediatric patients with atopic dermatitis: A multicenter retrospective review (Uso no aprobado de dupilumab en pacientes con dermatitis atópica: estudio multicéntrico retrospectivo). J Am Acad Dermatol. 2020 Feb;82(2):407-411. doi: 10.1016/j.jaad.2019.10.010**

**Antecedentes:** El dupilumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humanizado que inhibe la subunidad alfa del receptor de la interleucina 4 aprobado en 2017 para el tratamiento de dermatitis atópica moderada-grave del adulto y en 2019 en mayores de 12 años. La dermatitis atópica es la principal enfermedad inflamatoria crónica de la piel en los niños, pero la dosis óptima y el tiempo de administración no se han esclarecido.

**Objetivo:** Analizar la administración de dupilumab en niños con dermatitis atópica (DA).

**Material y método:** Estudio retrospectivo realizado en 8 centros dermatológicos por dermatólogos pediatras certificados en pacientes con dermatitis atópica moderada-severa desde el nacimiento hasta los 17 años de edad tratados con dupilumab de marzo de 2017 a marzo de 2019. Se consideró la escala global del investigador (IGA) como base para determinar la respuesta terapéutica.

**Resultados:** Se incluyeron 124 pacientes (43% mujeres, 57% hombres) con al menos una prescripción de dupilumab con seguimiento promedio

de 9 meses (1-19 meses) y edad de inicio al tratamiento de  $13 \pm 3.9$  años en tratamiento previo con: antihistamínicos sedantes (81.5%) y no sedantes (70.2%), corticoesteroide sistémico (66.1%), metotrexato (66.1%), ciclosporina (42.7%), micofenolato de mofetilo (9.7%), inmunoglobulina intravenosa (10.5%), azatioprina (9.7%). Los pacientes tenían distintas comorbilidades atópicas: alergia alimentaria (73.4%), rinitis alérgica (66.1), asma (63.7%), urticaria (29%), conjuntivitis (26.6%), esofagitis eosinofílica (8.9%), así como comorbilidades psiquiátricas, como trastorno por déficit de atención (12.9%), ansiedad-depresión, entre otros (23.4%). En 80.2% de los pacientes se aplicó una dosis de impregnación con media de 8.7 mg/kg ( $4-15.5 \pm 2.6$ ), la dosis de mantenimiento se prescribió cada dos semanas en todos los pacientes a dosis media de 5.1 mg/kg/dosis ( $2-15.3 \pm 2.2$ ); en los pacientes de 6-11 años se obtuvo media de 6.4 mg/kg ( $p < 0.001$ ). El 73% de los pacientes recibió una dosis de mantenimiento de 300 mg, misma dosis que en adultos y 88% una dosis de impregnación de 150 mg y mostraron mejoría en el IgA similar, con solo un caso de falta de respuesta a dupilumab después de seis meses de administración. Al igual que en estudios previamente reportados se encontró la conjuntivitis como efecto adverso más frecuente y se reportó mejoría clínica en las comorbilidades psiquiátricas y alivio rápido de moluscos y verrugas resistentes a tratamiento.

**Conclusiones:** El dupilumab tiene dos presentaciones comerciales: 300 mg/2 mL y 200 mg/1.1 mL en jeringas precargadas, se recomienda una dosis de impregnación en mayores de 12 años de 600 mg y 200 mg, dependiendo de si tienen peso mayor o menor a 60 kg, respectivamente, seguida de una dosis de mantenimiento de 300 y 200 mg, respectivamente. Se requieren más estudios para establecer la dosis adecuada en menores de 12 años con peso menor a 60 kg.

Samantha Cruz-Meza

**Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P. Delusions of parasitosis: an update (Delirio de parasitosis: actualización) Dermatol Ther (Heidelb) 2019;9:631-638. doi: 10.1007/s13555-019-00324-3**

El delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom es una enfermedad psiquiátrica infrecuente, en la que los pacientes, generalmente mujeres, insisten en tener insectos o bichos en la piel.

Puede manifestarse como una alteración primaria o ser secundario a un padecimiento psiquiátrico u orgánico, como demencia, esquizofrenia, fobias, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>, entre otras.

Se manifiesta principalmente con prurito y puede estar acompañada de hormigueo e, incluso, dolor. En la piel podemos encontrar escoriaciones y huellas de rascado.

Los pacientes se convencen a sí mismos y tratan de convencer a los demás, guardando en bolsas o frascos los supuestos parásitos, que son escamas, pequeños fragmentos de piel, basuras o pelo.

La fisiopatología no está completamente clara; sin embargo, se cree que hay aumento en las concentraciones de dopamina por defecto del transportador en el núcleo estriado.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial y descartar una real infestación parasitaria, así como causas sistémicas de prurito.

El inicio del tratamiento psicológico y farmacológico es todo un reto por los estigmas que existen hacia la enfermedad psiquiátrica. El tratamiento farmacológico consiste en antipsicóticos porque pueden ayudar a disminuir las alucinaciones controlando las concentraciones altas de dopamina. La risperidona y olanzapina, antipsicóticos de segunda generación, son

la primera línea de tratamiento, por ser mejor tolerados y con menos efectos adversos. Si hay sospecha de mal apego, puede optarse por antipsicóticos de depósito.

La relación médico-paciente es la clave del éxito del tratamiento, el médico debe hacerle entender al paciente que los fármacos son para disminuir la ansiedad y el prurito y no para tratar un problema mental, por ello, los dermatólogos suelen tener mayor aceptación.

Por último, es importante no tratar de convencer a los pacientes de que están mal, sino guiarlos para que lleven una terapia cognitivo-conductual como complemento a su tratamiento.

*María Fernanda Roca-Santana*

**Diongue K, Boye A, Bre´ chard L, et al. Dermatophytic mycetoma of the scalp due to an atypical strain of *Microsporium audouinii* identified by MALDI-TOF MS and ITS sequencing (Micotoma dermatofítico del cuero cabelludo secundario a una especie atípica de *Microsporium audouinii* identificada por MALDI-TOF MS y secuenciación ITS). J Mycol Méd 2019;185-188. doi: 10.1016/j.mycmed.2019.03.001**

El micetoma es un síndrome caracterizado por una infección crónica en el que un hongo o un actinomiceto de origen exógeno produce granos. Se manifiesta por tumefacción, deformación y fístulas. La localización más frecuente es en las extremidades y es raro encontrarlo en la cabeza, donde el tratamiento debe iniciarse de inmediato para evitar altas tasas de mortalidad.

Se trata de una paciente de 25 años de edad, originaria de Tivaouane, Senegal, quien manifestó tumefacción de 13 años de evolución en la región occipital del cuero cabelludo. Tenía secreción purulenta con granos amarillos-marrones y un área alopecica alrededor de la lesión.

En el microscopio se observaron hifas con ramificaciones (cadenas de clamidosporas), macroconidios que surgían de las hifas y clamidosporas septadas y en el cultivo crecieron colonias filamentosas después de cinco días de incubación, específicamente se aisló la especie *Microsporium audouinii* a través de espectrometría de masas (MALDI-TOF MS). El reporte histopatológico mostró una masa fúngica rodeada de necrosis y células epiteliales gigantes con infiltrado granulomatoso.

A la paciente se le prescribió tratamiento con terbinafina oral (250 mg/día) y se continuó durante tres meses con regresión de las lesiones pero persistencia de la supuración.

El micetoma dermatofítico del cuero cabelludo por *M. audouinii* es poco frecuente. Los dermatofitos son casi exclusivos de la capa superficial de la epidermis, confinado al estrato córneo, por lo que la formación de abscesos y úlceras es casi extraordinaria.

Hasta la fecha, Senegal es el país con mayor número de reportes de casos de micetoma dermatofítico.

*M. audouinii* es identificado por tener colonias macroscópicas aplanadas, de color gris-blanquecino o amarillo marrón, de aspecto filamentosas. Es raro encontrar macro y microconidios y, cuando están presentes, simulan a las de *M. canis*, pero son más alargadas; sin embargo, para identificar la especie es necesario el uso de otras técnicas, como espectrometría de masas.

*María Fernanda Roca-Santana*

**Ashack K, Kuritza V, Visconti M, et al. Dermatologic sequelae associated with radiation therapy (Secuelas dermatológicas asociadas con el tratamiento con radioterapia). Am J**

**Clin Dermatol 2020 <https://doi.org/10.1007/s40257-020-00519-x>**

La radioterapia se prescribe en el tratamiento de queloides, carcinomas cutáneos, así como de neoplasias en órganos sólidos. Hoy día la radioterapia prescrita es altamente penetrable, reduciendo la toxicidad en capas superficiales como la piel y el tejido celular subcutáneo; sin embargo, aún siguen observándose manifestaciones de este tratamiento. El daño en la piel es proporcional a la dosis acumulada, la técnica y factores predisponentes, como obesidad, enfermedades del tejido conectivo, VIH y tabaquismo. La radiación absorbida se mide en gray (Gy), que es la unidad requerida para depositar un Joule de energía en un kilogramo de peso.

La dermatitis postradiación es el efecto adverso cutáneo más frecuente, puede ser aguda o crónica. Se asocia con el daño directo de las células madre en la capa basal de la epidermis, así como de los fibroblastos y células endoteliales en la dermis. Se divide en cuatro grados según la NIH, la dermatitis postradiación aguda puede manifestarse dentro de las siguientes dos semanas. El grado 1 con eritema y descamación, el grado 2 con parches, daño a la glándula sebácea y pérdida del pelo, el grado 3 con mayor extensión y el grado 4 con necrosis y úlceras. La mejor evidencia de tratamiento es con esteroides tópicos, pero puede ayudar la humectación, el lavado con agua y jabón neutro, así como uso de ropa con seda o nailon.

La dermatitis crónica se manifiesta con dosis acumuladas más altas (> 40-45 Gy). Se observa atrofia, edema, despigmentación, telangiectasias, úlceras, necrosis y fibrosis. Tiene mayor efecto en el rango de movilidad, así como deterioro en la calidad de vida. El mecanismo es por la sobreexpresión de factores de crecimiento, como TGF- $\beta$  con proliferación de fibroblastos y colágeno. La úlcera es secundaria a altas

dosis de radioterapia; sin embargo, aumenta la morbilidad por el dolor, el efecto cosmético y el alto riesgo de infección. La primera línea de tratamiento incluye esteroides tópicos, aloe vera y antibióticos.

La radiación es un factor de riesgo de cáncer de piel no melanocítico, el carcinoma basocelular es más prevalente que el escamoso. Por esta razón los pacientes deben considerarse en alto riesgo y un examen dermatológico de rutina es lo indicado. Como tratamiento debe hacerse la cirugía de Mohs con márgenes quirúrgicos extensos (> 4 mm), así como opciones tópicas, como 5-fluorouracilo.

El angiosarcoma es poco frecuente, es secundario al daño al ADN y la inactivación de p53 y amplificación del oncogén MYC. Su extensión es multifocal y la localización más común es el tronco (mamas), el abdomen y las extremidades. El pronóstico de estos pacientes es malo, no responden a quimioterapia y su pronóstico se basa en la detección temprana para la resección quirúrgica en estadios tempranos.

La morfea es rara, puede parecerse a la dermatitis crónica, carcinoma recurrente o celulitis; sin embargo, la histología indica fibrosis y fibroblastos atípicos. Como opciones de tratamiento existe tacrolimus y esteroides de alta potencia, fototerapia y en casos resistentes metotrexato o esteroides orales. El pénfigo ampollar se distingue por ampollas con autoanticuerpos contra desmogleína. La radiación genera liberación de antígenos por apoptosis de queratinocitos, altera las concentraciones de metaloproteinasas (MMP-9) y los factores de crecimiento endotelial y vascular. Se observan depósitos granulares de IgG y C3 en la unión dermoepidérmica y el tratamiento consiste en esteroides tópicos y sistémicos, micofenolato o azatioprina. Podemos encontrar linfangioma circunscrito, paniculitis pseudoescleromatosa, histiocitosis

de Langerhans, eritema multiforme y granuloma xantogranulomatoso.

Los pacientes que reciben radioterapia deben llevar un seguimiento por un equipo multidisciplinario con especial insistencia en proporcionar cuidados generales de la piel, como protector solar y vigilancia estricta ante cualquier cambio que manifiesten.

María Fernanda Roca-Santana

**Gupta AK, Stec N, Bamimore MA, Foley KA, Shear NH, Piguet V. The efficacy and safety of pulse vs continuous therapy for dermatophyte toenail onychomycosis (Eficacia y seguridad de la terapia en pulsos versus terapia continua contra onicomycosis por dermatofitos en las uñas de los pies).** JADV 2020;34:580-588. doi: 10.1111/jdv.16101

**Introducción:** La onicomycosis es la afección ungueal más prevalente en el mundo. Es una infección fúngica causada predominantemente por hongos dermatofitos, que se manifiesta en términos clínicos mediante cambios en la coloración, engrosamiento ungueal y onicólisis. En algunos casos el tratamiento resulta desafiante, especialmente en poblaciones con padecimientos que alteran la inmunidad y situaciones ambientales que predisponen recurrencias de la enfermedad.

La meta principal del tratamiento es lograr la erradicación del microorganismo y la recuperación de una uña sana. De esta forma, se considera curación micológica al estudio directo negativo mediante hidróxido de potasio (KOH) y cultivo negativo, mientras que la curación completa hace referencia a una uña limpia en su totalidad, en adición a la curación micológica. Entre los fármacos más efectivos para tratar la onicomycosis están los antifúngicos orales terbinafina, itraconazol y fluconazol, que pueden prescribirse en regímenes continuos durante

varias semanas o en pulsos intermitentes a dosis más altas.

**Objetivo y metodología:** El objetivo de este artículo es determinar la efectividad y seguridad de los tratamientos vía oral en sus modalidades de administración continua *versus* pulsos, con base en una revisión sistemática y metanálisis. Los tratamientos elegidos incluyeron: terbinafina 250 mg/día durante 12, 16 y 24 semanas; terbinafina 500 mg durante una semana por un mes en tres pulsos; itraconazol 400 mg/día durante una semana por mes en 3 o 4 pulsos; itraconazol 200 mg/día por 12 semanas y fluconazol 150, 300 o 450 mg una vez por semana durante 9-12 meses.

**Resultados:** Los tratamientos más efectivos comparados con placebo fueron terbinafina continua 250 mg por 24 y 16 semanas. En cuanto a la seguridad, no se encontraron diferencias significativas entre la administración de terbinafina en pulsos o en dosis continuas ni en ambos regímenes de itraconazol. Todos los fármacos en sus dosis en pulsos o continuas mostraron lograr curación micológica similar y no mostraron diferencias entre ellos. Sin embargo, la administración continua de terbinafina 250 mg por 24 semanas mostró curación micológica mayor (95.9%), seguida de terbinafina continua 250 mg por 16 semanas (70.7%) y finalmente terbinafina continua 250 mg por 12 semanas (67.4%).

**Discusión:** Esta revisión sistemática demostró que todos los antifúngicos orales producen curación micológica mayor que placebo y que no existen diferencias significativas en cuanto a la seguridad de los tres fármacos, pues todos tienen alta efectividad para la curación completa al finalizar los regímenes en ambas modalidades.

**Conclusión:** En la práctica ninguna terapia ni continua ni en pulsos es necesariamente mejor que otra, porque todas logran la curación

micológica. Se especula que la administración de dosis continuas permite una concentración mantenida del fármaco durante el periodo sin tratamiento, disminuyendo la formación de hifas, misma situación que sucede con los tratamientos continuos. Además, resulta indispensable que los pacientes corten sus uñas para disminuir manualmente la cantidad de hongos en las uñas y evitar que existan recidivas.

Alejandra Angulo-Rodríguez

**Waśkiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, et al. Trichoscopy of *Tinea capitis*: A systematic review (*Tricoscopia de tiña de la cabeza: revisión sistemática*). *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020;10:43-52. doi: 10.1007/s13555-019-00350-1**

**Introducción:** La tiña de la cabeza es una infección fúngica también conocida como dermatofitosis de la cabeza, principalmente causada por los géneros *Microsporum* y *Trichopyton*; su prevalencia ha ido aumentando durante las últimas décadas. Esta infección se observa en niños, principalmente de tres a siete años, aunque existen algunos casos excepcionales en adultos jóvenes o ancianos.

Se caracteriza clínicamente por la pérdida de pelo, descamación, zonas de pseudoalpecia y en algunos casos inflamación y pústulas. Aunque el examen micológico siga siendo el patrón de referencia para el diagnóstico, la tricoscopia puede ayudar a llegar al diagnóstico correcto de manera rápida y no invasiva.

**Metodología:** Se realizó una revisión de la bibliografía en PubMed, Scopus y EBSCO de los hallazgos tricoscópicos de tiña de la cabeza; se ocuparon los términos "tiña de la cabeza" combinado con "tricoscopia", "dermatoscopia" "videodermatoscopia". Con base en los

resultados de estudios originales, se analizó la frecuencia de los hallazgos tricoscópicos.

**Resultados:** Los hallazgos más característicos encontrados fueron pelos en coma en (51%), pelos en sacacorcho (32%), pelos en código Morse (22%), pelos en zigzag (21%), pelos flexionados (27%) y pelos en bloque (10%). En las tiñas de la cabeza por *Trichophyton* los pelos en sacacorcho representaron el hallazgo más frecuentes en 55%, a diferencia de las tiñas causadas por *Microsporum* con 10%. Otros hallazgos incidentales, aunque no característicos de tiña de la cabeza, fueron pelos rotos (57%), puntos negros (34%), escamas peripilares (59%) y escama difusa (89%).

**Conclusión:** Los patrones tricoscópicos en tiña de la cabeza son suficientes para establecer un diagnóstico y tratamiento inicial mientras se obtienen los resultados de los cultivos. La tricoscopia en tiña de la cabeza puede usarse para distinguir el agente etiológico.

Eder R Juárez-Durán

**Shen XC, Dai XN, Xie ZM, Li P, et al. A case of chromoblastomycosis caused by *Fonsecaea pedrosoi* successfully treated by oral itraconazole together with terbinafine (*Un caso de cromoblastomycosis causado por Fonsecaea pedrosoi tratado de manera exitosa con itraconazol oral y terbinafina*). *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020;10(2):321-327. doi: 10.1007/s13555-020-00358-y**

**Antecedentes:** La cromoblastomycosis es una micosis por implantación de evolución progresiva, crónica y generalmente resistente al tratamiento, sobre todo en casos moderados a graves.

**Objetivo:** Describir un caso de cromoblastomycosis por *F. pedrosoi* tratado con itraconazol y terbinafina.

**Caso clínico:** Masculino de 56 años, procedente del sur de China, quien manifestó 18 meses posterior a una herida una placa eritematosa en la parte interna del tobillo izquierdo, con crecimiento progresivo, dolor a la palpación, ulceración y exudado central. En tinción PAS no se observaron cuerpos escleróticos. En el cultivo se aislaron colonias negras, aterciopeladas, identificadas como *F. pedrosoi* mediante la amplificación del gen 18S rARN. Se determinó sensibilidad antifúngica observando las siguientes concentraciones mínimas inhibitorias (MIC): anfotericina 1 µg/mL, itraconazol 0.25 µg/mL, terbinafina 1 µg/mL. Inicialmente el paciente fue tratado durante 8 semanas con itraconazol 200 mg/día sin alivio del dolor. Se modificó el esquema a terbinafina 250-500 mg cada 24 horas y doxiciclina 100 mg cada 12 horas, con disminución progresiva del tamaño de la lesión hasta la remisión después de siete meses de tratamiento, sin efectos secundarios.

**Conclusión:** A pesar de que las pruebas de susceptibilidad antifúngica mostraron menor MIC para itraconazol en comparación con terbinafina, esta última fue necesaria para tratar la lesión, por lo que las pruebas de susceptibilidad *in vitro* no siempre predicen los resultados clínicos.

Karla Ximena León-Lara

Pereira MA, Freitas RJ, Nascimento SB, Pantaleão L, Vilar EG. Sporotrichosis: A clinicopathologic study of 89 consecutive cases, literature review, and new insights about their differential diagnosis (*Sporotrichosis. Estudio clínico-patológico de 89 casos consecutivos, revisión de la bibliografía y nuevas percepciones en el diagnóstico diferencial*). Am J Dermatopathol 2020; [online]. doi: 10.1097/DAD.0000000000001617

**Antecedentes:** La esporotricosis es una micosis profunda, endémica de áreas tropicales/subtropicales, con manifestación clínica variada, así como varios diagnósticos diferenciales.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes diagnosticados con esporotricosis.

**Material y método:** Estudio transversal, retrospectivo, observacional. Se analizaron las características clínico-patológicas y epidemiológicas de pacientes con esporotricosis, registrados de 2009 a 2017 en el servicio de Dermatopatología de un hospital universitario de Río de Janeiro, Brasil.

**Resultados:** De los 175 pacientes con sospecha clínica de esporotricosis, el diagnóstico se confirmó por cultivo en 86 (49.1%), en 39 (22.3%) casos se reportó proceso inflamatorio granulomatoso crónico de origen no identificado y en 5 (2.9%) carcinomas de células escamosas. Se observó incremento en el número de casos de 156% al comparar el primer trienio con el último. Del total de confirmados, 60 (69.7%) eran mujeres con edad media de aparición de 46 años. La enfermedad afectó las extremidades superiores en 52 casos (60.5%) y en solo 5 muestras (12.5%) la tinción (PAS o Grocott) fue positiva para estructuras fúngicas.

**Conclusión:** En Río de Janeiro la esporotricosis es una enfermedad que se ha incrementado en años recientes, con predominio en mujeres. El diagnóstico diferencial incluye una amplia gama de enfermedades, incluidos los carcinomas de células escamosas. Aún queda sin diagnóstico 22% de los casos sospechosos de esporotricosis.

Karla Ximena León-Lara