

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

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i5.6915>

**Gassenmaier M, Häfner H, Hahn M, Kofler L, et al. Histological and immunohistochemical changes of congenital melanocytic nevi with age (Cambios histológicos e inmunohistoquímicos de los nevos melanocíticos congénitos con la edad). Am J Dermatopathol 2021; 00: 1-7. doi: 10.1097/DAD.0000000000001894.**

**Introducción:** los nevos melanocíticos congénitos tienen una gran variación en su apariencia clínica e histológica. La mayor parte de los nevos melanocíticos congénitos no suponen ningún daño, las lesiones desfigurantes pueden causar un estrés psicosocial significativo y las lesiones más grandes pueden dar lugar a un melanoma. Aunque los pacientes experimentan un alto nivel de satisfacción con la cirugía desde una perspectiva estética, sigue siendo un tema de debate si las intervenciones quirúrgicas pueden reducir el riesgo de padecer melanoma cutáneo. La mayor parte de los nevos melanocíticos congénitos no tratados se aclaran espontáneamente con el tiempo y el color final del nevo melanocítico congénito no se ve afectado por la eliminación superficial. Por el momento, no hay consenso sobre si, cuándo y cómo debe tratarse el nevo melanocítico congénito y los cambios histológicos de éste con la edad no están bien caracterizados.

**Objetivo:** investigar la evolución histológica del nevo melanocítico congénito con insistencia en el grande y gigante y las posibles implicaciones para el manejo clínico de estas lesiones.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio longitudinal retrospectivo que examinó los cambios histológicos de los nevos melanocíticos congénitos extirpados en serie, en la base de datos de dermatopatología el término “nevo melanocítico congénito” de 2008 a 2019, y se identificaron 21 pacientes con escisiones seriadas del mismo nevo melanocítico congénito durante 0.3 años. Todos los nevos analizados estaban presentes al nacer y todos los pacientes fueron sometidos a su primera y todas las escisiones consecutivas en el mismo hospital. La profundidad de las escisiones incluyó el tejido subcutáneo. Revisaron 183 muestras teñidas con hematoxilina y eosina y realizaron inmunohistoquímica de la primera y última escisión disponible con anticuerpos contra Ki-67, HMB-45 y p16. El tamaño adulto proyectado del nevo melanocítico congénito se clasificó de acuerdo con Krengel y su grupo. La celularidad se clasificó en “baja”, “intermedia” y “alta” y el porcentaje de melanocitos dérmicos inmunorreactivos en 5%; -5%; 25%; 26%; -50% y 50% de células positivas.

**Resultados:** de los 21 pacientes con nevos melanocíticos congénitos, 12 eran hombres y 9 eran mujeres. La mediana de edad al momento de la primera escisión fue de 12 meses, la mediana de tiempo entre la primera y la última escisión fue de 53 meses, y el número de escisiones seriadas por paciente fue de 6. El tamaño adulto proyectado del nevo melanocítico congénito extirpado fue “grande” o “gigante” en 14 de las 21 lesiones y “mediano” en las lesiones restantes. Ninguno

de los pacientes manifestó una lesión cutánea o extracutánea, melanoma y no se observó involución del nevo melanocítico congénito con o sin fenómeno de halo. Dos nevos melanocíticos congénitos pudieron extirparse por completo durante el periodo de estudio. En términos histológicos, todos los nevos melanocíticos congénitos mostraron un componente dérmico desde el inicio, y los melanocitos mostraron un patrón perivasculoso, perianexial o ambos, infiltración intersticial difusa o diferenciación neural focal con corpúsculos pseudomeisnerianos. Un componente de unión con hiperplasia, nidos melanocíticos lentiginosos o ambos estaba presente al menos de manera focal en 19 de las 21 lesiones. La mayor parte eran predominantemente intradérmicos y mostraban una zona de Grenz subepidérmica. La pigmentación y la expresión de HMB-45 fue más pronunciada en la epidermis y la dermis superior y disminuyó hacia la base de la lesión (patrón superior pesado). Todos los nevos melanocíticos congénitos se extendieron a la dermis reticular, 19 de los 21 nevos melanocíticos congénitos a la subcutis a lo largo de los tabiques fibrosos y 16 de los 21 nevos melanocíticos congénitos involucraron el margen de resección inferior en al menos una de las escisiones seriadas. Ninguno demostró atipia citológica grave o características pseudomelanomatosas. Para investigar los cambios dependientes de la edad dentro del nevo melanocítico congénito individual, compararon la primera y la última muestra de escisión disponible de cada paciente.

**Discusión:** el patrón histológico y la profundidad del componente intradérmico no cambiaron apreciablemente con el tiempo y no hubo caída de las células del nevo intraepidérmico o dérmico. Si inicialmente observaron nidos melanocíticos pigmentados en la dermis superior, todavía estaban presentes en el mismo plano en las siguientes escisiones. No encontraron signos histológicos de regresión, como un infiltrado linfocítico difuso o aumento de las

coleccionas de melanófagos que reemplazan a los melanocitos. La celularidad y la expresión de HMB-45 de los melanocitos dérmicos disminuyeron en 16 de los 21 pacientes y en 15 de los 21 pacientes. Las lesiones restantes no mostraron cambios sustanciales. Los 6 pacientes con expresión de HMB-45 sin cambios eran mayores en la primera escisión (mediana de 176 meses) que los 15 pacientes con expresión de HMB-45 disminuida en su curso posterior (mediana de 6 meses). Ki-67 reveló una tasa de proliferación baja (5%) en todos y p16 tiñó una proporción variable, pero a menudo sin cambios de melanocitos. En general, los hallazgos microscópicos e inmunohistoquímicos fueron bastante homogéneos dentro del mismo nevo y el patrón histológico predominante y la profundidad de la afectación de las células del nevo fueron muy similares en la mayor parte de la lesión. Sin embargo, también hubo diferencias regionales menores, como una distribución irregular de los nidos intraepidérmicos o agregaciones dérmicas de melanocitos más pigmentados con mayor expresión de HMB-45. De 10 nevos melanocíticos congénitos con fotodocumentación, 9 eran clínicamente homogéneos con sólo pequeños focos de pigmentación aumentada, mientras que uno era clínicamente heterogéneo con múltiples nódulos y variedad de colores.

**Limitaciones:** incluyen la falta de escisiones seriadas dentro de las primeras semanas de vida y después de varias décadas.

**Conclusión:** este estudio demostró que 1) la celularidad y la producción de pigmento del nevo melanocítico congénito disminuye con la edad, 2) el patrón histológico y la extensión en profundidad permanecen estables, y 3) raras veces pueden lograrse márgenes de resección claros en nevos melanocíticos congénitos más grandes.

*Karina Elizabeth Bravo-Cañar*

**Bravo-Cañar KE, Vega-Memije ME, Hernández-Ramírez H. Características histopatológicas no clásicas en pacientes con psoriasis cutánea. Patología Rev Latinoam 2021; 59: 1-6. <https://doi.org/10.24245/patrl.v59id.5369>**

**Introducción:** la psoriasis es una enfermedad inflamatoria caracterizada por placas eritematoescamosas. Es una enfermedad mediada por mecanismos inmunológicos y múltiples factores ambientales. El diagnóstico suele establecerse por clínica; sin embargo, puede realizarse biopsia en pacientes en quienes haya una variante no clásica o sean resistentes al tratamiento. No se han establecido de manera definitiva los criterios histopatológicos de tal enfermedad, motivo por el cual, el objetivo principal de este estudio fue estimar la frecuencia y tipo de características histopatológicas no clásicas de la psoriasis cutánea.

**Material y método:** estudio observacional prolectivo, descriptivo y transversal. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico histológico de psoriasis cutánea en el Departamento de Dermatopatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González de enero de 1999 a diciembre de 2019. Se realizó revisión con microscopía óptica de las laminillas teñidas con hematoxilina-eosina.

**Resultados:** se encontraron 88 biopsias de pacientes con psoriasis. La mayoría eran mujeres, el grupo de edad predominante fue de 41 a 60 años. La psoriasis en placas fue la más frecuente, seguida de la *guttata* e invertida.

**Conclusiones:** este estudio describe las características histopatológicas clásicas y no clásicas de la psoriasis. La psoriasis en placas es el tipo más frecuente en el medio, y predomina en mujeres 41 a 60 años de edad. La característica histopatológica clásica más relevante fue la paraqueratosis en todos los tipos de psoriasis analizados en

este estudio. La característica histopatológica no clásica predominante fue la coexistencia de neutrófilos dérmicos, sobre todo en pacientes con psoriasis en placas, *guttata* e invertida. Es raro que las características no clásicas superen en número a las clásicas. Estos hallazgos permiten ampliar las características histopatológicas en el diagnóstico de psoriasis.

Karen Uriarte

**Mahlangeni G, Tod B, Jordaan HF. Clinicopathological features of seborrheic-like dermatitis in HIV-infected adults: A single institutional descriptive cross-sectional study (Características clínico-patológicas de la dermatitis de tipo seborreico en adultos infectados por el VIH: un único estudio transversal descriptivo institucional). Am J Dermatopathol 2021; 43 (1): 27-34. doi: 10.1097/DAD.0000000000001670.**

**Introducción:** la dermatitis seborreica es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica y recidivante que afecta principalmente a las áreas ricas en glándulas sebáceas, como la piel cabelluda, los pliegues nasolabiales, las cejas, las orejas y la parte superior del tórax. Las manifestaciones clínicas atípicas y las formas más graves de dermatitis seborreica se asocian con la infección por VIH y se correlacionan con enfermedad avanzada o recuentos bajos de CD4. En 1986, Soeprono y su grupo describieron los hallazgos histológicos específicos de la dermatitis seborreica en pacientes VIH positivos, que eran diferentes de los hallazgos descritos anteriormente en individuos VIH negativos. Estos hallazgos incluyeron: paraqueratosis generalizada, queratinocitos necróticos, obliteración dermoepidérmica focal por grupos linfoides con espongirosis escasa, vasos dérmicos de paredes gruesas, mayor número de células plasmáticas y algunos neutrófilos con leucocitoclasia focal. Con base en estos hallazgos, los autores postularon que la dermatitis seborreica en pacientes VIH

positivos representa una afección separada para la que sugirieron el término dermatitis del SIDA de tipo seborreico. Ésta se manifiesta como una dermatosis inflamatoria atípica e inusualmente grave con algunas características de dermatitis seborreica. Afecta a pacientes que superan las edades típicas de la dermatitis seborreica y, a menudo, es resistente al tratamiento; surge en las áreas seborreicas, pero luego típicamente se disemina a otras áreas no seborreicas, incluidas las extremidades, y puede resultar en eritrodermia. Puede manifestarse como una dermatitis agudamente inflamada o placas escamosas crónicas. Una manifestación alternativa son las áreas anulares, hipopigmentadas y escamosas, denominadas dermatitis seborreica petaloide por algunos autores. La hiperpigmentación posinflamatoria puede ser prominente. El diagnóstico diferencial clínico puede incluir psoriasis (incluida sebpsoriasis), eccema (atópico, alérgico por contacto e indiferenciado), reacciones eczematosas a fármacos, dermatitis infecciosa asociada con HTLV-1 e, incluso, sarna, pitiriasis versicolor o infecciones por dermatofitos.

**Objetivo:** ampliar el conocimiento actual de las características clínico-patológicas de la dermatitis del SIDA de tipo seborreico en personas seropositivas al VIH de Sudáfrica.

**Materiales y métodos:** estudio prospectivo que incluyó a pacientes adultos seropositivos al VIH que manifestaban síntomas clínicos y signos de dermatitis del SIDA de tipo seborreico en la clínica de Dermatología del *Tygerberg Academic Hospital* del 1 de marzo de 2017 al 1 de abril de 2018. Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 18 años, la existencia de características clínicas de dermatitis del SIDA de tipo seborreico, seropositividad al VIH y consentimiento informado para biopsia de piel. Un médico capacitado en dermatología evaluó a todos los pacientes para establecer un diagnóstico clínico de dermatitis del SIDA de tipo seborreico

y registrar los datos demográficos del paciente, las manifestaciones clínicas, la duración y la gravedad de la enfermedad. La gravedad se basó en la Escala de síntomas de DS (SSSD) adaptada para este estudio para reflejar la afectación de la superficie corporal (ASC) típicamente grande en pacientes VIH positivos. Se utilizó la escala analógica visual (EVA) para evaluar el prurito. El estado del VIH y, desde la fecha de manifestación hasta 6 meses antes del estudio, los detalles sobre la terapia antirretroviral, incluida la duración del tratamiento, los datos clínicos relevantes, el último recuento de CD4 y la carga viral. Se tomó una biopsia de piel del área más afectada o cosméticamente aceptable. Se realizaron tinciones con hematoxilina y eosina (H&E) y ácido periódico de Schiff (PAS). Un solo observador evaluó todas las secciones en busca de características histopatológicas de dermatitis seborreica y características adicionales descritas previamente en asociación con el VIH. En casos seleccionados se agregaron tinción de Gram Brown-Hopps y tinción inmunohistoquímica para *Treponema pallidum*. Los hallazgos histopatológicos se analizaron y compararon con los hallazgos histopatológicos bien documentados de la dermatitis seborreica en poblaciones no infectadas por el VIH.

**Resultados:** 30 pacientes cumplieron los criterios de inclusión para este estudio, 13 mujeres y 17 hombres con edad media de 39 años (límites: 22-62 años). El tipo de piel varió entre el tipo de piel de Fitzpatrick 4 a 6, con 18 pacientes de tipo 5. La duración de los síntomas fue entre 2 semanas y 17 años. La superficie corporal afectada fue del 3 al 90%. Dieciséis pacientes mostraron un 10% o más de afectación de superficie corporal. Los pacientes se agruparon en 5 categorías de la siguiente manera: muy leve: un paciente, leve: 2 pacientes, moderado: 12 pacientes, grave: 4 pacientes, y muy grave: 11 pacientes. El prurito era muy severo en 12 pacientes y sólo 6 informaron que el prurito era

menor de 50 mm. La piel cabelluda fue el sitio más afectado en 28 pacientes, seguido de la cara y las axilas. El recuento de CD4 estuvo disponible para 29 pacientes y variaron de 7 a 745 células/ $\mu$ L e incluyeron las siguientes categorías: < 50 células/ $\mu$ L en 6 pacientes, 51-200 células/ $\mu$ L en 7 pacientes, 201-500 células/ $\mu$ L en 15 pacientes y > 500 células/ $\mu$ L en un paciente. El sitio de biopsia más común fue la piel cabelluda, seguida de la cara y las axilas. Las características histopatológicas incluyeron paraqueratosis en el 87%, neutrófilos en paraqueratosis en 63.3%, acantosis en el 100%, hipogranulosis en 53.3%, espongirosis en 96.7%, exocitosis en 66.7%, queratinocitos necróticos en 63.3%, incontinencia pigmentaria en el 100% y vasos dilatados en el 90% de los casos. La inflamación dérmica comprendía: linfocitos perivasculares, células plasmáticas, neutrófilos y eosinófilos. Las células plasmáticas se produjeron en 23 casos y 10 de ellos se clasificaron como infiltrados de moderados a graves. La tinción inmunohistoquímica para *T. pallidum* no reveló espiroquetas. Los eosinófilos se observaron con menor frecuencia, los histiocitos estaban presentes, pero la inflamación granulomatosa estaba ausente. Las tinciones de PAS mostraron levaduras de *Malassezia* dentro del estrato córneo en 4 de los 30 casos. La tinción de Gram se realizó en 12 casos con sospecha de impetiginización en la tinción H&E, revelando en 6 casos colonias de cocos grampositivos dentro del estrato córneo.

**Conclusiones:** los pacientes con VIH que padecen dermatitis del SIDA de tipo seborreico comúnmente demuestran un fenotipo de enfermedad grave. Las formas clínicamente graves de dermatitis del SIDA de tipo seborreico, incluido el eritrodérmico, pueden ocurrir con diferentes recuentos de CD4. Este estudio no demostró una asociación entre el recuento de CD4 o la carga viral y la gravedad de la enfermedad. La dermatitis del SIDA de tipo seborreico en pacientes con VIH puede mostrar rasgos característicos,

como paraqueratosis confluyente, queratinocitos necróticos, exocitosis moderada de linfocitos y células plasmáticas perivasculares importantes, estas características histológicas, aunque no son diagnósticas *per se*, en una biopsia de piel de un paciente con sospecha de dermatitis seborreica debe impulsar a determinar el estado del VIH del paciente.

Karina Elizabeth Bravo Cañar

**Chaithirayanon S. Comparative study between talcum and zinc oxide cream for the prevention of irritant contact diaper dermatitis in infants (Estudio comparativo entre talco y crema de óxido de cinc para la prevención de dermatitis del pañal en lactantes). J Med Assoc Thai 2016; 99 Suppl 8: S1-S6.**

**Introducción:** la dermatitis del pañal es una enfermedad frecuente en la infancia, la causa más común es la dermatitis por contacto irritativa. La crema de óxido de cinc es uno de los tratamientos de barrera tópicos más efectivos para su prevención y tratamiento. Tiene efectos antiinflamatorios, promueve la curación y provee un efecto de barrera adecuado contra agentes irritantes, sobrehidratación y fricción cutánea. El talco de bebé, que contiene silicato de magnesio, tiene propiedades absorbentes que disminuyen la fricción y es muy utilizado en diversos países, incluido Tailandia; sin embargo, no se ha investigado su efectividad en la prevención de dermatitis del área del pañal.

**Objetivo:** comparar la efectividad entre el talco de bebé y la crema de óxido de cinc para la prevención de dermatitis del pañal irritativa.

**Materiales y métodos:** se distribuyeron al azar 50 niños tailandeses de entre 6 y 12 meses de edad en 2 grupos, polvo de talco tópico y crema de óxido de cinc, que se aplicaron en la piel con cada cambio de pañal. Se realizó seguimiento en

las semanas 0, 2 y 8 para evaluar la aparición de dermatitis del pañal. Se tomaron en cuenta los siguientes desenlaces: incidencia de dermatitis del pañal, tiempo al evento, severidad y duración de la dermatitis del pañal.

**Resultado:** la edad promedio de los lactantes fue de 8.8 meses. La dermatitis del pañal ocurrió en 13 (52%) pacientes del grupo de talco y en 8 (32%) de los pacientes del grupo de crema de óxido de cinc, sin diferencia significativa. La incidencia fue de 4 por cada 1000 personas-día (IC95%: 2-7) en el grupo de polvo de talco y de 2 por 1000 personas por día (IC95%: 1-5) en el grupo tratado con crema de óxido de cinc. El tiempo promedio hasta el desenlace fue de 19 días en el grupo de talco y de 39 en el grupo de óxido de cinc, con diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.03$ ). La gravedad de la dermatitis fue equivalente en ambos grupos, la mayor parte de los casos fueron leves. Mediante el análisis de riesgo proporcional de Cox se determinó que el grupo con uso de talco tuvo un riesgo 5.3 veces mayor de padecer dermatitis del pañal en comparación con el uso de óxido de cinc (IC95%: 1.4-20,  $p = 0.01$ ).

**Conclusión:** la crema tópica de óxido de cinc fue mejor que el talco en polvo para la prevención de la dermatitis del pañal.

*Dalit Zajdman-Faitelson*

**Chiu Y, Abban C, Konicke K, Segura A, Olayemi Sokumbi O. Histopathologic spectrum of morphea (Espectro histopatológico de la morfea) Am J Dermatopathol 2021; 43 (1): 1-8. doi: 10.1097/DAD.0000000000001662.**

**Introducción:** la morfea es un trastorno fibroso autoinmunitario que puede afectar la piel, el tejido subcutáneo, los músculos y los huesos. Aunque también se denomina esclerodermia localizada, existe un reconocimiento

cada vez mayor de que la morfea es distinta de la esclerosis sistémica. Se cree que es causada por la combinación de susceptibilidad genética y factores ambientales que se combinan para desencadenar una cascada inflamatoria y activación de fibroblastos. En muchos pacientes, la morfea entra en remisión. A pesar de la inactividad clínica, a menudo quedan cambios posinflamatorios en la piel. Se describen cinco subtipos de morfea: placa (también conocida como circunscrita), lineal, generalizada, mixta y pansclerótica; otros sistemas de clasificación incluyen subtipos, como atrofodermia, morfea *guttata*, morfea queloide y fascitis eosinofílica, cada uno con diferentes manifestaciones clínicas. Pueden realizarse biopsias de piel para confirmar el diagnóstico de morfea, pero las características histopatológicas no siempre son diagnósticas.

**Objetivo:** caracterizar el espectro histopatológico de la morfea y determinar claves para el diagnóstico.

**Materiales y métodos:** estudio retrospectivo efectuado en dos hospitales, uno para adultos y otro pediátrico. Se incluyeron en el estudio a los pacientes que tenían una muestra histológica obtenida entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2015; se excluyeron del estudio si el diagnóstico clínico final no era morfea. Los datos clínicos incluyeron características demográficas, edad de inicio, edad de biopsia, subtipo de morfea de la lesión (placa, lineal, generalizada, pansclerótica), antecedente de tratamiento y medicamentos al momento de la biopsia. La actividad de la lesión fue determinada por un dermatólogo pediátrico con experiencia en morfea según la revisión de registros. La enfermedad activa se definió como la existencia de cualquier característica de actividad de la enfermedad según lo definido por el índice de actividad cutánea de esclerodermia localizada (mLoSAI); incluyeron eritema, color violáceo,

induración o agrandamiento en el último mes. Las lesiones también se clasificaron como tratadas (si estaban recibiendo tratamiento con terapia tópica o sistémica) o no tratadas. Las características histopatológicas registradas incluyeron la presencia o ausencia de queratinocitos necróticos, atrofia epidérmica, cambios en el liquen escleroso, inflamación perineural, homogeneización del colágeno, pérdida de grasa perianexial-disminución de apéndices cutáneos, engrosamiento dérmico, atrofia dérmica, esclerosis dérmica (combinación de engrosamiento y homogeneización del colágeno), esclerosis subcutánea, ensanchamiento de los tabiques subcutáneos y atrofia subcutánea (definida como disminución del tejido subcutáneo y reemplazo por tejido conectivo hialinizado). La ubicación del infiltrado se categorizó como superficial y profundo. El grado de inflamación se categorizó como ausente, escasa (pocas células inflamatorias dispersas que no formaban agregados), moderada (células cohesivas que formaban algunos agregados) o abundante (láminas de linfocitos agrupados en grandes agregados). La proporción de células plasmáticas en el infiltrado se clasificó como ausente, escasa (pocas células plasmáticas dispersas), moderada (células plasmáticas cohesivas que formaban algunos agregados) o abundante (láminas de células plasmáticas agrupadas en grandes agregados).

**Resultados:** se incluyeron 40 pacientes y 51 biopsias en el estudio. Predominó el sexo femenino y las lesiones de morfea en placa fueron el subtipo más común de biopsia. La edad al momento de la biopsia fue de 11 años (intervalo: 3 a 82 años), con mediana de tiempo hasta la biopsia después del inicio de la enfermedad de un año (intervalo: 0 a 16). Siete pacientes tuvieron múltiples biopsias. Las características histopatológicas: infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas estuvieron presentes en todas las muestras, mientras que los eosinófilos estuvieron presentes en 4 muestras. Esclerosis

dérmica (90%), homogeneización del colágeno (86%), engrosamiento dérmico (78%), infiltrado superficial y profundo (73%), infiltrado inflamatorio moderado-abundante (73%), pérdida de grasa perianexial/disminución de apéndices cutáneos (71%), inflamación perineural (63%) y células plasmáticas moderadamente abundantes (57%) estuvieron presentes en la mayor parte de las lesiones. Había 14 especímenes con características suprayacentes de liquen escleroso; 4 biopsias fueron inicialmente interpretadas como liquen escleroso por el patólogo en el informe clínico. Había 24 muestras de biopsia que no eran diagnósticas de morfea en el informe de patología, pero posteriormente el médico tratante las diagnosticó como morfea. Los principales indicios de morfea en las muestras no diagnósticas fueron la existencia de esclerosis dérmica (79%), homogeneización sutil del colágeno (75%), engrosamiento dérmico (58%), células plasmáticas moderadas a abundantes (50%) e inflamación perineural (50%). Las biopsias de lesiones clínicamente activas fueron diagnósticas de morfea en el 57% de las muestras, mientras que las biopsias de lesiones clínicamente inactivas sólo fueron diagnósticas de morfea en el 33% de las muestras.

**Discusión:** hubo algunas diferencias entre las lesiones activas e inactivas, aunque ninguna fue estadísticamente significativa. Las lesiones activas tenían más probabilidades de mostrar homogeneización de colágeno y células plasmáticas abundantes moderadas. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre las lesiones tratadas y no tratadas. Las lesiones no tratadas tenían más probabilidades de mostrar queratinocitos necróticos e inflamación perineural.

**Conclusión:** las características histopatológicas de la morfea son variables y las características que se observan en las biopsias individuales son inconsistentes. Casi la mitad de las biopsias

de morfea no son diagnósticas y requieren un alto grado de sospecha diagnóstica. Las claves histopatológicas para el diagnóstico incluyen la existencia de células plasmáticas y la homogeneización del colágeno.

*Karina Elizabeth Bravo-Cañar*

**Sampogna F, Campana I, Fania L, Mastroeni S, et al. Pain as defining feature of health status and prominent therapeutic target in patients with hidradenitis suppurativa (Dolor como característica que define el estado de salud y blanco terapéutico prominente en pacientes con hidradenitis suppurativa). J Clin Med 2021; 10 (16): 3648. <https://doi.org/10.3390/jcm10163648>.**

**Introducción:** la hidradenitis suppurativa es una afección cutánea crónica e inflamatoria que se caracteriza por la aparición de abscesos en las zonas del cuerpo que contienen glándulas apocrinas. Debido a los brotes recurrentes, los abscesos, las fístulas y las cicatrices, la hidradenitis suppurativa es una enfermedad extremadamente dolorosa y afecta en gran medida la calidad de vida de los pacientes. El dolor agudo es de origen neuropático y se caracteriza por ser ardoroso y punzante. Es el resultado de la rápida evolución de la inflamación de los quistes, nódulos y abscesos. Por otro lado, un estadio más avanzado de la hidradenitis suppurativa puede causar dolor crónico, que es un dolor nociceptivo caracterizado por el aumento con el roce, la sensibilidad y la pulsación. En la hidradenitis suppurativa de curso crónico, el dolor nociceptivo puede interactuar con el dolor neuropático de aparición aguda, dando lugar a un dolor mixto. Scheinfeld reconoció siete tipos de dolor asociado con la hidradenitis suppurativa: 1) dolor neuropático; 2) dolor inflamatorio-articular; 3) dolor no inflamatorio-no neuropático; 4) dolor isquémico; 5) dolor relacionado con mediadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) y la IL-1 $\beta$ ; 6) do-

lor asociado con la depresión, la ansiedad y el estrés emocional, y 7) dolor asociado con la artritis. La hidradenitis suppurativa se considera la afección dermatológica con más deterioro de la calidad de vida.

**Objetivo:** explorar la relación entre el dolor y la gravedad clínica, así como su papel en la definición del estado de salud de los pacientes con hidradenitis suppurativa, utilizando diferentes mediciones de dolor.

**Métodos:** se trata de un estudio transversal y observacional, efectuado en pacientes con hidradenitis suppurativa, realizado en un hospital en Roma, Italia. Se incluyeron en el estudio pacientes de 16 años o más; con diagnóstico nuevo de hidradenitis suppurativa o que acudían por primera vez al hospital; con antecedente de al menos 6 meses de nódulos, abscesos, fístulas y cicatrices secundarias retráctiles en sitios intertriginosos afectados y que firmaron un consentimiento informado. El dolor se definió mediante tres mediciones: a) la pregunta 1 (“me duele la piel”) del Skindex-17; b) la escala de dolor corporal del SF-36, y c) la escala visual análoga de dolor. La gravedad clínica de la hidradenitis suppurativa se evaluó mediante el sistema de estadificación de Hurley, la puntuación de Sartorius y el sistema internacional de puntuación de la gravedad de la HS (IHS4). El sistema Hurley describe tres estadios de gravedad clínica. La puntuación de la hidradenitis suppurativa de Sartorius se basa en la región anatómica afectada, el número de abscesos, nódulos, fístulas, cicatrices y la distancia entre las lesiones. El IHS4 es el resultado de una fórmula que incluye el número de nódulos, abscesos, túneles y fístulas, senos. La hidradenitis suppurativa se define como leve-moderada si la puntuación es menor de 11 puntos y grave si la puntuación es de 11 puntos o más.

**Resultados:** la población del estudio incluyó a 341 pacientes con datos completos para la escala

visual análoga del dolor, 316 para la pregunta 1 del Skindex-17 y 294 para la escala de dolor corporal del SF-36. La pregunta del Skindex-17 se refiere a la frecuencia del dolor durante la semana anterior, las dos preguntas de dolor del SF-36 preguntan por la intensidad del dolor y el grado en que el dolor interfirió con las actividades diarias en las cuatro semanas anteriores, y la escala visual análoga del dolor evalúa la intensidad del dolor durante la semana anterior. La gravedad clínica se asoció positivamente con el dolor. Este resultado se observó para las tres puntuaciones de gravedad y los tres métodos de evaluación del dolor. Se compararon los ítems del cuestionario de salud SF-36 con respecto a la escala visual análoga del dolor (EVA). La diferencia fue significativa en las categorías de menos de 5 y de 5 a 6.99 de la escala visual análoga del dolor con afectación de los ítems de dolor, función social y rol emocional del SF-36. También estos ítems resultaron peores al comparar con la primera pregunta del Skindex 17 en la categoría de algunas veces/siempre contra nunca/rara vez. Además, el número de fístulas, abscesos y nódulos se asoció de forma significativa con las tres mediciones de intensidad del dolor, mientras que la asociación con las cicatrices no se observó para la pregunta 1 del Skindex-17.

**Limitaciones:** el diseño transversal de este estudio no permite definir la dirección de la asociación entre el dolor y los problemas psicológicos

**Conclusiones:** el dolor es una característica decisiva de la hidradenitis supurativa y un factor esencial para definir el estado de salud de los pacientes. Cuando el objetivo es evaluar la intensidad del dolor en la práctica clínica diaria, una medición sencilla puede ser adecuada, como la escala visual análoga del dolor. Debería ser un objetivo terapéutico en los pacientes que sufren esta dermatosis crónica. Además, los cambios en la intensidad del dolor pueden

ser una buena medición indirecta de la eficacia del tratamiento.

*Jaquelyne García-Tirado*

**Goto K, Ishikawa M, Daisuke Aizawa D. Nuclear  $\beta$ -catenin immunexpression in scars (*Inmun expresión de  $\beta$ -catenina nuclear en cicatrices*). *J Cutan Pathol* 2021; 48 (1): 18-23. doi: 10.1111/cup.13806.**

**Introducción:** la formación de cicatrices cutáneas a menudo puede surgir después de una lesión e irritación de los tejidos como resultado de un traumatismo, picaduras de insectos, quemaduras, cirugía, perforaciones en la piel, acné, foliculitis y diversas infecciones. Las cicatrices hipertróficas o queloides son lesiones elevadas que aparecen después de una cicatrización anormal causada por condiciones fibrosantes. Una cicatriz queloide se define como la que se extiende más allá de los límites de la herida original, mientras que una cicatriz hipertrófica es una cicatriz elevada que permanece dentro de los límites de la herida. En términos histopatológicos, las cicatrices pueden parecerse a las fibromatosis superficiales; por tanto, pueden mostrar dificultad diagnóstica, especialmente en las lesiones acrales y en los casos sin antecedente clínico de traumatismo. Las fibromatosis superficiales se clasifican en tres tipos según los sitios anatómicos: fibromatosis palmar (contractura de Dupuytren), fibromatosis plantar (enfermedad de Ledderhose) y fibromatosis del pene (enfermedad de Peyronie). A pesar del parecido morfológico con las fibromatosis superficiales, la fibromatosis profunda (tumor desmoide) es genéticamente diferente porque este tipo de tumor suele asociarse con mutaciones CTNNB1 (casos familiares) o APC (casos esporádicos). Las mutaciones en CTNNB1 o APC dan como resultado la acumulación nuclear de la proteína  $\beta$ -catenina. La inmunorreactividad de  $\beta$ -catenina en las cicatrices no está bien documentada.

**Objetivo:** investigar la inmunexpresión de  $\beta$ -catenina nuclear en las cicatrices en comparación con la de las fibromatosis superficiales.

**Materiales y métodos:** un total de 22 casos de cicatrices y 8 casos de fibromatosis superficial participaron en el estudio. Para los 22 casos de cicatrices, se investigaron los intervalos de tiempo desde su evento etiológico hasta la resección quirúrgica y la ubicación de las lesiones a partir de los registros médicos. Los casos de cicatriz convencional se dividieron en tres grupos: antes de 3 meses, 3-12 meses y mayores de 12 meses. Los ocho casos de fibromatosis superficiales incluyeron seis fibromatosis palmares y dos fibromatosis plantares. Se reconfirmaron los diagnósticos clínico-patológicos. Se utilizó un anticuerpo primario monoclonal de ratón contra la  $\beta$ -catenina. Sólo la tinción nuclear en las células fusiformes de la lesión se consideró positiva y el nivel de tinción se clasificó como: negativo (< 10%), focalmente positivo (11-49%) y difusamente positivo (50-100%). La intensidad se calificó como: débil (visualizada con un objetivo de x 20), moderada (visualizada con un objetivo de x 10) y fuerte (visualizada fácilmente con un objetivo de x 10). Cuando la intensidad de la tinción fue heterogénea, se registró la intensidad predominante. En todos los casos se utilizaron controles internos negativos de tinción con  $\beta$ -catenina en los núcleos de queratinocitos epidérmicos o células endoteliales. Además de las lesiones de cicatrices y fibromatosis superficial, se evaluó la tinción nuclear de  $\beta$ -catenina en fibroblastos normales de la dermis papilar y reticular fuera de las lesiones.

**Resultados:** 22 casos de cicatrices incluían 12 cicatrices convencionales, 6 cicatrices hipertróficas y 4 queloides. Se resecaron cinco casos de cicatrices de regiones acrales, todas eran cicatrices histopatológicamente convencionales. Las otras ubicaciones de los casos de cicatrices

fueron la cabeza y el cuello (n = 2), el hombro (n = 1), la parte superior del brazo (n = 1), la mama (n = 3), el abdomen (n = 7), la espalda (n = 2) y el muslo (n = 1). El tejido dérmico normal estuvo implicado en 20 de 22 casos de cicatrices. Se observó expresión de  $\beta$ -catenina nuclear en fibroblastos de la dermis papilar normal (20/20) y fue focal (13/20) o difusa (7/20), así como débil (14/20) o moderada (6/20). Los fibroblastos de la dermis reticular no demostraron expresión de  $\beta$ -catenina en sus núcleos. De los 22 casos de cicatrices, 21 mostraron expresión de  $\beta$ -catenina nuclear en los núcleos de fibroblastos/miofibroblastos lesionados. La extensión de la tinción fue principalmente difusa (16/21), la intensidad fue moderada (14/21) a fuerte (5/21). Independientemente del tiempo transcurrido desde el inicio de la lesión, la  $\beta$ -catenina nuclear se observó en todas las cicatrices. De las ocho fibromatosis superficiales, siete casos mostraron expresión de  $\beta$ -catenina nuclear, con focal (3/7) o difusa (4/7) y débil (2/7), moderada (3/7) o fuerte (2/7) positividad.

**Conclusión:** la inmunexpresión de  $\beta$ -catenina nuclear generalmente se detecta en cicatrices y en fibromatosis superficiales. Por tanto, la inmunohistoquímica de la  $\beta$ -catenina no es útil para distinguir las fibromatosis superficiales de las cicatrices. Se necesitan más estudios para revelar el beneficio diagnóstico potencial del uso de  $\beta$ -catenina para distinguir las cicatrices de otras imitaciones histopatológicas, incluido el melanoma desmoplásico.

*Karina Elizabeth Bravo-Cañar*

**Mardini J, Rahme C, Matar O, Abou-Khalil S, Hallit S, Fadous-Khalife MC. Newborn's first bath: any preferred timing? A pilot study from Lebanon (Primer baño del recién nacido: ¿cuál es el momento ideal? Estudio piloto de Líbano) BMC Res Notes 2020; 13: 430. doi: 10.1186/s13104-020-05282-0.**

**Antecedentes:** la recomendación de la Organización Mundial de la Salud establece que no debe bañarse a los recién nacidos en las primeras 24 horas de vida y debe esperarse hasta que los signos vitales estén estables, dejar el vermis residual intacto y mínimo se debe esperar 6 horas posterior al nacimiento. Otra recomendación es realizar el primer baño después de alcanzar la estabilidad cardiorrespiratoria, que se traduce en dos horas después del nacimiento mientras que las guías NICE sólo recomiendan que no se bañe a los recién nacidos en la primera hora de vida.

**Objetivo:** encontrar el momento más apropiado para el primer baño del recién nacido.

**Método:** se realizó un estudio prospectivo en el departamento de maternidad en el *Notre-Dame des Secours University Hospital Center*, de julio a septiembre de 2017. Los recién nacidos se dividieron al azar en tres grupos. El grupo 1 recibió el primer baño en las primeras 2 horas de vida, el grupo 2 baño en las primeras 6 y grupo 3 a las 24 horas. Si las madres solicitaban el baño antes del tiempo correspondiente al que eran asignados, se les excluía del estudio. Además, se realizó un cuestionario con las características demográficas de la madre.

**Resultados:** se reclutaron 125 neonatos, de los que 51 se incluyeron en el grupo 1, 51 en el grupo 2 y 23 en el grupo 3. El análisis bivariado mostró asociación en las siguientes variables: menor porcentaje de contacto piel con piel en los neonatos del grupo de baño en las primeras 2 horas, mayor asociación entre el primer baño asistido por la madre en los del grupo de 24 horas, mayor tiempo de incubadora en los neonatos con baño en las primeras dos horas, mayor porcentaje de neonatos clínicamente "tranquilos" en el grupo de baño a las 24 horas contra mayor porcentaje de neonatos llorando o irritables del grupo de 2 y 6 horas.

Andrea Romo-López

Yoo H, Kim H, Kwon ST, Jo S, et al. Tumor invasion in the hyponychium is associated with distant metastasis and poor prognosis in subungual melanoma: A histologic landscape of 44 cases (*La invasión tumoral en el hiponiquio se asocia con metástasis a distancia y mal pronóstico en el melanoma subungueal: un panorama histológico de 44 casos*). *J Am Acad Dermatol* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.847>.

**Antecedentes:** el melanoma subungueal (MSU) comprende entre el 0.7 y el 3.5% de todos los subtipos de melanoma. Su pronóstico es malo debido a que existe retraso en el diagnóstico, con tasa de supervivencia a 5 años que varía del 16 al 80%. La progresión del melanoma subungueal, un consenso sobre el tratamiento quirúrgico y la correlación con los resultados clínicos siguen sin estar claros.

**Objetivo:** identificar el patrón de invasión dérmica en diferentes localizaciones del aparato ungueal y su relación con hallazgos clínicos, como metástasis ganglionares, metástasis a distancia, recidiva local y supervivencia.

**Método:** revisión retrospectiva de pacientes con melanoma subungueal tratados quirúrgicamente entre enero de 2011 y abril de 2019. El aparato ungueal se dividió en cinco subunidades anatómicas: techo dorsal del pliegue ungueal proximal, piso ventral del pliegue ungueal proximal, matriz germinal, lecho ungueal e hiponiquio. La sección de las cinco subunidades anatómicas del aparato ungueal fue revisada por dos patólogos. Las invasiones en las subunidades se categorizaron utilizando tres criterios: sin tumor, tumor *in situ* o invasión. Los métodos de biopsia incluyeron biopsias por punción (n = 30), en cuña (n = 3), tangenciales (n = 4) y por escisión (n = 7).

**Resultados:** entre los 44 casos de melanoma subungueal, la invasión dérmica ocurrió prin-

principalmente en las áreas distales: 30 en lecho ungueal, 18 en la matriz germinal, 11 en el hiponiquio, 7 en el piso ventral del pliegue ungueal proximal y 4 en el techo dorsal del pliegue ungueal proximal. Los pacientes con invasión hiponiquial mostraron una profundidad de Breslow significativamente mayor ( $p = 0.009$ ), una tasa más alta de metástasis ganglionares ( $p = 0.019$ ), metástasis a distancia ( $p = 0.036$ ) y una supervivencia libre de enfermedad más corta ( $p = 0.001$ ).

**Limitaciones:** las limitaciones del estudio incluyen su tamaño de muestra insuficiente, la falta de un grupo de control y la imposibilidad de una observación en serie de la progresión de la enfermedad debido a la naturaleza transversal y retrospectiva del estudio. Sin embargo, hasta donde sabemos, éste es el primer estudio que informa la correlación entre la invasión de melanoma subungueal en subunidades anatómicas y los hallazgos clínicos que podrían ayudar a predecir el curso clínico y el pronóstico de melanoma subungueal.

**Conclusión:** la invasión en hiponiquio es un factor pronóstico importante de melanoma subungueal debido a su fuerte asociación con profundidad de la invasión, progresión metastásica y supervivencia libre de enfermedad. Los pacientes con invasión en el hiponiquio deben someterse a una evaluación, tratamiento y vigilancia más meticolosos.

*Daniela Attili Castro*

**Wang B, Yan B, Zhao Z, Tang Y, et al. Relationship between tea drinking behaviour and rosacea: A clinical case-control study (*Relación entre el comportamiento de consumo de té y la rosácea: estudio clínico de casos y controles*). *Acta Derm Venereol* 2021; 101 (6): 1-7. doi:10.2340/00015555-3849.**

**Introducción:** diversos estudios han demostrado que intervienen múltiples factores en la etiopatogenia de la rosácea. Está demostrado que cambios en la dieta pueden desempeñar un papel importante en la prevención de la rosácea. Algunos estudios han demostrado que los polifenoles y la cafeína del té proporcionan efectos antioxidantes, inmunomoduladores y antiinflamatorios, que pueden ser benéficos para el tratamiento de los síntomas de la rosácea. Por otra parte, el calor y las bebidas calientes también han demostrado ser factores desencadenantes.

**Objetivo:** explorar la relación entre la rosácea y el consumo de té y proporcionar a los pacientes con rosácea orientación sobre el consumo de té.

**Métodos:** estudio clínico de casos y controles realizado en el Hospital Xiangya de la Universidad Central del Sur en China. El estudio incluyó a 1056 pacientes que fueron diagnosticados con rosácea y 1202 controles sanos. Toda la información sobre los participantes se recogió mediante un cuestionario estandarizado, que incluía información sobre las características demográficas y el comportamiento de consumo de té, que se definió como beber una taza de té de menos de 50 mL al menos una vez por semana. El periodo comprendido en el cuestionario fueron los dos años anteriores a la aparición de los síntomas. El té se dividió en dos tipos: té no fermentado (té verde) y té fermentado (té negro y té blanco), pues la cantidad de polifenoles en ambos tipos de té es distinta. El estudio registró los siguientes datos: frecuencia de consumo de té por semana, por día, cantidad de té en gramos por bebida, consumo total de té mensual, temperatura de consumo y el antecedente de consumo de té en años. Se utilizó el método de emparejamiento de propensión para generar 619 casos y 619 controles.

**Resultados:** el consumo de té (aOR 1.631; IC95%: 1.244-2.319) fue un factor de riesgo de rosácea. El consumo de té con alta frecuencia (tres veces al día: aOR 2.592; IC95%: 1.225-5.485;  $\geq 4$  veces al día: aOR 8.86; IC95%: 3.43-22.887), té no fermentado (aOR 2.172; IC95%: 1.562-3.022), té caliente (aOR: 2.793; IC95%: 1.796-1.344), antecedente corto de consumo de té ( $< 2$  años; aOR 1.72; IC95%: 1.18-2.50) y antecedente largo de consumo de té ( $> 5$  años; aOR 1.531; IC95%: 1.077-2.177) se asociaron con mayor riesgo de rosácea. Además, la frecuencia de consumo de té a la semana ( $\leq 3$  días/semana: aOR 1.545; IC95%: 1.090-2.191; 7 días a la semana: aOR 1.770; IC95%: 1.162-1.265), la cantidad de té por bebida ( $< 3$  g: aOR 1.639; IC95%: 1.219-2.203;  $> 5$  g: aOR 1.69; IC95% 1.448-13.718), y el consumo mensual total ( $< 50$  g: aOR 1.712; IC95%: 1.208-2.4251; 125-249 g;  $\geq 250$  g: aOR 2.303; IC95%: 1.049-3.059; aOR: 1.21; IC95% 0.67-2.16) también estaban relacionados con la rosácea. La relación entre los factores mencionados y los fenotipos de la rosácea se examinó incluyendo el rubor, el eritema, las pápulas, las pústulas y las telangiectasias. Se observó que el consumo de té se asoció significativamente con mayor riesgo de rubor (aOR 1.41; IC95%: 1.07-1.87) y eritema (aOR 1.48; IC95%: 1.10-2.00). El consumo de té caliente se correlacionó positivamente con mayor riesgo de rubor (aOR 1.69; IC95%: 1.16-2.47) y eritema (aOR 2.76; IC95%: 1.88-4.05). Los autores sugieren que los polifenoles desempeñan un papel dominante en la aparición de la rosácea, debido a su alto contenido en el té no fermentado y los resultados comunicados previamente. Algunos estudios han demostrado que los polifenoles del té tienen efectos antioxidantes, inmunomoduladores y antiinflamatorios que pueden ser benéficos para tratar los síntomas

de la rosácea; sin embargo, los resultados de este estudio sugieren lo contrario. Se ha demostrado que los polifenoles inducen la vasodilatación, lo que contribuye al proceso fisiopatológico de la rosácea.

**Limitaciones:** los datos proceden de una encuesta por cuestionario, que puede tener un sesgo de recuerdo. En la encuesta no se ajustaron los hábitos dietéticos que pueden interferir en los resultados. Debido a que la producción y los tipos de té tienen ciertas características regionales, la encuesta se limita a la población china y puede no ser totalmente válida para los pacientes con rosácea de otras regiones. Sin embargo, los resultados proporcionan una base teórica para posteriores estudios sobre los polifenoles del té y la rosácea.

**Conclusiones:** este estudio describió que el comportamiento de consumo de té está estrechamente relacionado con la rosácea y ocasiona principalmente rubor y eritema. Las asociaciones se relacionan con el tipo de té consumido (té no fermentado), la frecuencia de consumo de té al día ( $\geq 3$  veces al día), la temperatura de consumo (té caliente), la cantidad de té por bebida ( $< 3$  o  $> 5$  g), el consumo mensual total ( $< 50$  o  $\geq 125$  g) y los antecedentes de consumo de té ( $< 2$  o  $> 5$  años). Este estudio puede aportar algunas pruebas de que la modificación de la conducta de consumo de té de los pacientes con rosácea podría aliviar sus síntomas. Por tanto, se recomienda que los pacientes con rosácea moderen la frecuencia de consumo de té al día, sobre todo de té caliente, pero pueden continuar con sus hábitos de consumo de té a largo plazo.

*Jaquelyn García-Tirado*