



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

Herrmann J, Syklawer E, Tarrillion M, Duvic M, Hughey L. Concomitant mycosis fungoides and vitiligo: how mycosis fungoides may contribute to melanocyte destruction (*Micosis fungoide y vitiligo: cómo puede contribuir la micosis fungoide a la destrucción de melanocitos*). *Dermatology* 2015;230:143-149.

Introducción: pocos reportes describen la evolución de vitiligo en pacientes con linfoma cutáneo de células T.

Objetivo: identificar los posibles factores de riesgo que pueden predisponer a pacientes con linfoma cutáneo de células T a padecer vitiligo.

Material y método: se analizaron las características demográficas, de la enfermedad y de los tratamientos de 25 pacientes con linfoma cutáneo de células T que resultaron con vitiligo. Se usó el modelo de riesgo proporcional de Cox para identificar la asociación de factores de riesgo con la aparición de vitiligo.

Resultados: factores como edad temprana, estadios avanzados de linfoma cutáneo de células T (IIB-IV) y existencia de micosis fungoides fenotipo CD8+CD4- se asociaron con la aparición de vitiligo. El incremento de riesgo de vitiligo se asoció con la administración de metotrexato y tratamientos de anticuerpos anti-CD4 (aunque el número de pacientes fue pequeño); mientras que el riesgo disminuyó en los pacientes que se trataron con mostaza nitrogenada y psoraleno y radiación ultravioleta A (PUVA).

Conclusión: ninguna característica fue común en todos los pacientes, lo que sugiere que múltiples factores pueden contribuir a la aparición de vitiligo en un grupo de pacientes específico.

Oswaldo Colmenero Mercado

Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P. Clinical and dermoscopic criteria for the preoperative evaluation of cutaneous melanoma thickness (*Criterios clínicos y dermatoscópicos para la evaluación preoperatoria del grosor del melanoma*). *JAAD* 1999;40:61-68.

Introducción: el grosor o profundidad del melanoma se mide de acuerdo con el índice de Breslow y esta medición dictamina los márgenes quirúrgicos a seguir. La dermatoscopia es una herramienta no invasiva que puede servir en la evaluación preoperatoria del índice de Breslow. Los estudios previos no confirman que la palpación confirme este índice de mayor profundidad al correlacionarse con el estudio histopatológico.

Objetivo: determinar si la combinación de la historia clínica con los criterios dermatoscópicos incrementa la eficacia preoperatoria de seleccionar el área con mayor profundidad, a diferencia de usarlos por separado.

Material y método: estudio ciego, retrospectivo, en el que se evaluaron 122 melanomas cutáneos con correlación dermatoscópica e histológica. Se construyó un algoritmo de criterios combinados, para después someterlo a análisis estadístico.



Resultados: la combinación del área más palpable, red de pigmento, áreas azul-gris y patrón vascular atípico predice correctamente un mayor índice de Breslow en 89% de los melanomas. Se encontró que la red de pigmento tiene una asociación significativa con los melanomas delgados y es inversamente proporcional con el índice de Breslow; las áreas azul-gris, las áreas vasculares irregulares, o ambas, tuvieron asociación significativa con los melanomas con índice de Breslow mayor de 0.75 mm.

Conclusiones: debe combinarse la apreciación clínica o área más palpable y la dermatoscopia para evaluar el área con mayor índice de Breslow para la evaluación quirúrgica.

Ana Cecilia González de Cossío Hernández

Mir-Bonafé JM, Vilalta A, Alarcón I, Carrera C, et al. Electrochemotherapy in the treatment of melanoma skin metastases: a report on 31 cases (Electroquimioterapia en metástasis cutáneas de melanoma: experiencia en 31 casos). Actas Dermosifiliogr 2015;106:285-291.

Antecedentes: la electroquimioterapia es una técnica terapéutica indicada en tumores cutáneos y subcutáneos no resecables quirúrgicamente. Se fundamenta en la acción sinérgica de un fármaco antineoplásico junto con la electroporación de las membranas celulares para aumentar su citotoxicidad.

Objetivo: estudiar la eficacia clínica y el perfil de seguridad de la electroquimioterapia como tratamiento en pacientes con recidivas o metástasis cutáneas locorregionales de melanoma no abordables quirúrgicamente.

Material y método: de enero de 2007 a diciembre de 2012 se incluyeron 31 pacientes. Todos los tratamientos se realizaron de acuerdo con las guías de Consenso de *European Standard*

Operating Procedures of Electrochemotherapy (ESOPE). La respuesta se calculó por paciente; se obtuvo la media del conjunto de las lesiones.

Resultados: en 49% de los casos se demostró respuesta parcial y en 23% se obtuvo respuesta completa. Diecisiete pacientes mantuvieron la respuesta al año de seguimiento; en 28% hubo progresión de la enfermedad. Las complicaciones locales inmediatas (dolor, edema, eritema) fueron leves y en la mayoría de los casos desaparecieron en las primeras 48 horas. Ocho pacientes tuvieron complicaciones locales posteriores, como ulceración y sobreinfección, secundarias a la necrosis de las lesiones, que se aliviaron con tratamientos tópicos.

Conclusiones: la electroquimioterapia tiene un excelente perfil de eficacia, eficiencia y seguridad; es de gran utilidad en el control de la enfermedad locorregional avanzada en el melanoma en lesiones no resecables quirúrgicamente.

Elisa González

Donahue T, et al. Immunosuppression is an independent prognostic factor associated with aggressive tumor behavior in cutaneous melanoma (La inmunosupresión es un factor pronóstico independiente asociado con comportamiento tumoral agresivo en el melanoma cutáneo). J Am Acad Dermatol 2015;73:461-466.

Introducción: otros factores, además de los identificados por la Junta del Comité Americano en Cáncer (AJCC), pueden tener pronóstico significativo en la evaluación del melanoma.

Objetivo: evaluar los datos clínicos registrados comúnmente con potencial de asociación con melanoma agresivo.

Material y método: estudio retrospectivo de casos y controles, en el que se incluyeron pacientes con



diagnóstico de melanoma cutáneo con seguimiento mínimo de cinco años o metástasis documentadas. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con el comportamiento clínico: agresivo y no agresivo. Se realizó análisis uni y multivariado para buscar la asociación entre las características clínicas, parámetros histológicos y metástasis.

Resultados: se incluyeron 141 pacientes. Los factores significativos en el análisis univariado asociados con enfermedad no agresiva fueron: antecedente personal de síndrome de nevo displásico y criterios ABCDE. Los factores asociados con enfermedad agresiva por este análisis fueron la edad y la inmunosupresión; sólo la edad y la inmunosupresión se mantuvieron significativas en el análisis multivariado.

Limitaciones: estudio retrospectivo y muestra pequeña.

Conclusión: los pacientes de mayor edad y los que tienen antecedente personal de inmunosupresión pueden estar en mayor riesgo de enfermedad más agresiva, por lo que deben vigilarse de manera cercana luego del diagnóstico de melanoma.

Leopoldo de Velasco Graue

Sánchez-Viera M. Management of acne scars: fulfilling our duty care for patients (*Tratamiento de cicatrices de acné: cumpliendo nuestro deber en el cuidado de los pacientes*). Br J Dermatol 2015;172:47-51.

El acné es una enfermedad común, con prevalencia mayor a 80% en adolescentes; afecta la calidad de vida de los pacientes cuando se manifiesta de manera inflamatoria o con lesiones cicatriciales. La intervención temprana en el acné reduce la aparición de cicatrices; sin embargo, el abordaje dermatológico del acné debe considerar el tratamiento de cicatrices.

Existen diferentes tratamientos de acuerdo con el tipo de cicatriz. El conocimiento de éstas y de su relación anatómica e histológica son esenciales para la elección del tratamiento adecuado.

Cicatrices atróficas: conforman alrededor de 75% de las cicatrices por acné; en la clasificación según su apariencia están las cicatrices en picahielo, en caja y en rollo.

Cicatrices hipertróficas: la sobreproducción de colágeno o su alteración en la producción en el sitio de inflamación causa cicatrices rosadas, firmes y elevadas. Su localización es más frecuente en el tronco que en la cara y predominan en las personas de fototipos oscuros. Las cicatrices queloides se localizan en la topografía habitual de las hipertróficas, como pápulas y nódulos eritematovioláceos, extendiéndose por fuera de los bordes de la lesión original. En general, no tienen involución espontánea con el tiempo.

Tratamiento de cicatrices: se elige de acuerdo con el tipo de cicatriz. Pueden combinarse procedimientos para tratar una sola cicatriz.

Tratamiento con láser: se prescribe en casos de cicatrices en caja y rollo, así como algunas en picahielo que son superficiales. El tratamiento con láser fraccional es altamente efectivo con pocas reacciones adversas.

Láser CO₂ y ErYAG: pueden dar resultados favorables en cicatrices hipertróficas y queloides. El rejuvenecimiento fraccional depende más del número de pases por sesión y el número de sesiones, que de la fluidez y la densidad utilizadas en cada sesión.

Láseres vasculares, especialmente pulsados y Nd:YAG y los láseres de Ktp han demostrado beneficios solos o en combinación con inyecciones intradérmicas en el tratamiento de cicatrices queloides e hipertróficas.



Tratamiento de radiofrecuencia fraccional: es un nuevo método no invasivo de estiramiento de los tejidos que puede usarse para el tratamiento de todos los tipos de cicatrices atróficas. Estimula la producción de proteínas de choque térmico y promueve la respuesta reparadora. La remodelación, neocolagenogénesis y neoelastogénesis mejora la apariencia de la cicatriz; es un régimen de tratamiento muy similar al láser de CO₂ fraccional ablativo.

Incisión subcutánea: utiliza diferentes tipos de agujas hipodérmicas insertadas a través de una pequeña punción en la superficie de la piel para socavar haces fibróticos en cicatrices de rollo, con poca interrupción epidérmica. Los bordes afilados de la aguja se maniobran debajo de la cicatriz para hacer recortes subcuticulares. El efecto de liberación de las incisiones y el nuevo tejido conectivo que se forma durante el curso de la curación normal añaden volumen, lo que da una apariencia plana y más regular.

Microagujas (needling): pueden utilizarse varios instrumentos, que incluyen *dermaroller*, *dermapen* o *dermastamp*. El procedimiento debe realizarse cada 2-4 semanas y en la experiencia del autor debe repetirse frecuentemente con el fin de lograr buenos resultados. El procedimiento crea una distribución uniforme de sangrado milimétrico, lo que causa múltiples microabrasiones en la dermis que a su vez favorecen factores de crecimiento y producción de colágeno. Tienen efecto inmediato en las cicatrices en rollo, aunque están contraindicadas para tratar cicatrices hipertróficas o queloides.

Microdermoabrasión y exfoliaciones químicas: estimulan la producción de colágeno. Hay pocos estudios clínicos publicados acerca de dermoabrasiones químicas en el acné y los que existen no siguen un formato estandarizado. El resultado es muy dependiente de la profundidad del agente dermoabrasivo utilizado; existen buenos resul-

tados con la aplicación de ácido tricloroacético focal en cicatrices en picahielo. La microdermoabrasión es un procedimiento más sencillo que no requiere anestesia, elimina la capa superior de la epidermis y puede inducir mejoría lenta en las cicatrices superficiales después de procedimientos repetidos con frecuencia. Por lo general, se usa como complemento a otras técnicas, especialmente en cicatrices distensibles y pigmentadas.

Rellenos: se usan para dar o restaurar volumen, firmeza, densidad, elasticidad y forma a los tejidos. Muchas cargas diferentes se usan para corregir las cicatrices deprimidas de acné e incluyen ácido hialurónico, colágeno, hidroxipatita, fosfato tricálcico, fibroblastos autólogos y geles de silicona. Pueden dar un aspecto más suave y ayudan a lograr un resultado final agradable en combinación con otras técnicas.

Escisión con bisturí de sacabocados: se usa en cicatrices profundas no distensibles, en picahielo y en caja. El procedimiento consiste en la extirpación quirúrgica de la cicatriz y sus paredes hasta el tejido celular subcutáneo, con cierre de la herida mediante sutura cuidadosa para evitar nuevas cicatrices; se usa en combinación con otras técnicas para lograr mejores resultados.

Tratamiento láser de bajo nivel: implica el uso de la luz en niveles de irradiación no térmicos. La absorción de las frecuencias infrarrojas cerca de las mitocondrias estimula una serie de procesos biológicos implicados en la proliferación celular, supervivencia, reparación de tejidos y regeneración de los mismos. Se propone para la reparación de cicatrices hipertróficas de acné y se utiliza con éxito en combinación con la ablación con láser CO₂.

Trasplante autólogo de células madre: nuevo tratamiento en investigación. Se prescribe en el tratamiento de cicatrices moderadas a severas



atróficas. Consiste en la inyección intradérmica de células madre en la cicatriz, con mejoría seis meses después del procedimiento.

Conclusión: las cicatrices del acné son parte del proceso general del padecimiento y su tratamiento debe considerarse en los pacientes con esta afección. Existen diferentes modalidades de tratamiento que están disponibles y la elección de éste debe individualizarse. Los láseres fraccionales se convirtieron en una herramienta poderosa en el tratamiento, de las cicatrices del acné y ofrecen resultados particularmente buenos cuando se combinan con otras modalidades de tratamiento, como subincisión, ácido tricloroacético, escisión por medio de bisturí de sacabocados y rellenos. Los láseres vasculares combinados con terapia intralesional han demostrado eficacia en el tratamiento de cicatrices queloides.

Lilian Elizabeth Andrade Morelos

Puri N. Efficacy of modified Jessner's peel and 20% TCA vs 20% TCA alone for the treatment of acne scars (Eficacia de la dermoabrasión con Jessner modificado y TCA a 20% vs TCA solo a 20% en el tratamiento de cicatrices de acné). J Cutan Aesthet Surg 2015;8:42-45.

Objetivo: comparar la eficacia del ácido tricloroacético a 20% y Jessner contra ácido tricloroacético a 20% solo en el tratamiento del acné.

Material y método: estudio conformado por dos grupos de 25 pacientes cada uno. Se realizaron dermoabrasiones químicas a los pacientes de cada grupo. En el grupo 1 se usó Jessner seguido de la aplicación de ácido tricloroacético a 20% y en el grupo 2 únicamente se aplicó ácido tricloroacético a 20%.

Resultados: en el grupo 1 hubo disminución leve de las cicatrices de acné en 8% de los casos,

disminución moderada en 32% y disminución marcada en 60%. En el grupo 2 se reportó disminución leve en 32% de los casos, moderada en 40% y marcada en 28%; sin embargo, la diferencia en la disminución de las cicatrices no fue estadísticamente significativa en ambos grupos ($p > 0.05$).

Julietta Carolina Corral Chávez

Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, De Paula RP, et al. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of plantar hyperhidrosis (Resultados a largo plazo de la prescripción de oxibutinina en el tratamiento de hiperhidrosis plantar). Int J Dermatol 2015;54:605-611.

Antecedentes: la hiperhidrosis plantar es una enfermedad común con repercusión significativa en la calidad de vida. La oxibutinina tiene buenos resultados a corto plazo, pero se carece de resultados a largo plazo.

Objetivo: evaluar la efectividad de la oxibutinina en pacientes no tratados quirúrgicamente que tuvieron al menos seis meses de seguimiento.

Material y método: estudio de 85 pacientes consecutivos que se reclutaron en nuestro protocolo institucional de tratamiento farmacológico de la hiperhidrosis plantar primaria con oxibutinina, de septiembre de 2007 a septiembre 2013. Ocho pacientes se perdieron en el seguimiento, 15 pacientes no tuvieron tratamiento durante seis meses; los datos de 39 pacientes (todas mujeres) tratadas por al menos seis meses estuvieron disponibles. Se analizaron los datos obtenidos al inicio del protocolo, seis semanas después de iniciar el tratamiento y en la visita final.

Resultados: 23 de los 77 pacientes (30%) no tuvieron alivio después del tratamiento farmacológico. De los 39 pacientes con más de seis



meses de seguimiento (mediana de 16.8 meses, intervalo de 9-71 meses), 79.5% reportó una disminución moderada a importante en la sudoración plantar excesiva después de seis semanas de tratamiento; este intervalo se incrementó a 85% en la última visita de seguimiento; 83% mostró mejoría en otros sitios con hiperhidrosis. La boca seca fue el efecto adverso más común; 52% de los pacientes lo reportaron como moderado-severo en la última visita.

Conclusión: en los pacientes con buena respuesta inicial a la oxibutinina, más de 82% tuvo moderada o gran mejoría en la región plantar y otros sitios con sudoración excesiva; la boca seca fue el efecto adverso más común, pero fue tolerable y no ocasionó la interrupción del tratamiento en ningún paciente.

Yevher Lorena Barrón Hernández

Hayderi L, Bontems S, et al. Satellite lesions accompanying herpes zoster: a new prognostic sign for high-risk zoster (Lesiones satélite que acompañan a herpes zoster: un nuevo signo pronóstico de zoster de alto riesgo). Br J Dermatol 2015;172:1530-1534.

Introducción: aún no están claras la incidencia, relevancia clínica y patogénesis de las lesiones aisladas tipo varicela que aparecen más allá del herpes zoster primario que afecta dermatomas.

Objetivo: buscar de manera prospectiva lesiones satélite en 120 paciente con herpes zoster y correlacionar su aparición con una serie de datos clínicos, histológicos y virológicos.

Material y método: estudio en el que se recabaron los datos clínicos relevantes de 109 pacientes con herpes zoster confirmado por inmunohistoquímica o prueba de Tzank. Además, se obtuvieron biopsias de la piel y muestras de sangre de un subgrupo de pacientes que tenían

herpes zoster primario con o sin lesiones satélite para estudio patológico, inmunohistología, serología y reacción en cadena de la polimerasa.

Resultados: se identificaron lesiones satélite en 21% de pacientes con herpes zoster. Su aparición transmitió un riesgo relativo estadísticamente significativo de herpes zoster grave (RR 3.17 p <0.001), multidermatoma (RR 10.6 p < 0.001) y multiestadio (RR 3.30 p <0.001), signos sistémicos (RR 2.08 p 0.0031), inmunosupresión (RR 2.38 p 0.0014) y hospitalización (RR 2.94 p <0.001). La viremia del virus de varicela zoster fue alta (promedio 4,075 copias por mL). En contraste con las lesiones de herpes zoster, en algunos pacientes las lesiones satélite tuvieron inmunotinciones positivas para virus de la varicela zoster en células endoteliales, lo que sugirió una patogénesis similar a la varicela. Una limitación del estudio fue la sobrepoblación de pacientes inmunodeprimidos.

Conclusión: el examen de cuerpo completo en búsqueda de lesiones satélite es rápido, simple, y es una herramienta confiable para identificar a pacientes con herpes zoster en alto riesgo.

Juan Oswaldo Colmenero Mercado

Langan SM, Groves RW, West J. The relationship between neurological disease and bullous pemphigoid: a population-based case-control study (Relación entre enfermedad neurológica y penfigoide ampolloso: estudio de casos y controles basado en una población). J Invest Dermatol 2011;131:631-636.

Antecedentes: estudios pequeños y reportes de caso sugieren que las enfermedades neurológicas pueden estar asociadas con penfigoide ampolloso.

Objetivo: evaluar el riesgo de penfigoide ampolloso en pacientes con enfermedades neurológicas.



Material y método: estudio en el que se realizó un análisis pareado de casos y controles con los expedientes clínicos de la Red para Mejorar la Salud, una importante base de datos formada por la práctica clínica general en la población del Reino Unido. Se usó la regresión logística condicional para calcular la razón de momios para enfermedades neurológicas específicas.

Resultados: al comparar los casos (n=868) y controles (n=3,453), la enfermedad vascular cerebral se observó en 8 vs 5%, con razón de momios 1.8 (1.3-2.5); demencia en 7 vs 2%, razón de momios 1.7 (1.0-3.0), y esclerosis múltiple en 1 vs 0.1%, razón de momios 10.7 (2.8-40.2). Los cálculos no se alteraron en gran medida cuando se excluyeron los diagnósticos hasta tres años antes de la aparición del penfigoide ampolloso, excepto la asociación con epilepsia, que no fue estadísticamente significativa. Se observaron asociaciones significativas sólo en los casos en los que la enfermedad neurológica se diagnosticó previo a la aparición del penfigoide ampolloso.

Conclusiones: los hallazgos del estudio, excepto la asociación con epilepsia, fueron importantes en el análisis de sensibilidad. Se observaron fuertes asociaciones entre enfermedades neurológicas específicas y la aparición posterior de penfigoide ampolloso, lo que apoya las posibles asociaciones causales. Los mecanismos para la aparición de la enfermedad, basados en estos hallazgos, incluyen inmovilidad o autoinmunidad relacionada con la edad.

Fátima Tinoco-Fragoso

Nofal A, Nofal E, Yosef A, Nofal H. Treatment of recalcitrant warts with intralesional measles, mumps, and rubella vaccine: a promising approach (Tratamiento de verrugas resistentes con la vacuna de sarampión, parotiditis y rubéola intralesional: un enfoque prometedor). Int J Dermatology 2015;54:667-671.

Antecedentes: las verrugas resistentes representan un reto frustrante para médicos y para pacientes. Actualmente están disponibles muchas modalidades inmunoterapéuticas en el tratamiento de las verrugas; sin embargo, hasta la fecha no se cuenta con una opción que sea eficaz de manera universal. Recientemente, la inmunoterapia antigénica intralesional mostró eficacia prometedora en el tratamiento de verrugas.

Objetivo: evaluar la eficacia y la seguridad de la aplicación de la vacuna del sarampión, parotiditis y rubéola intralesional en el tratamiento de verrugas resistentes.

Material y método: estudio que incluyó a 70 pacientes adultos con múltiples verrugas extragenitales resistentes de diferente tamaño y evolución, con o sin verrugas distantes. Sin una prueba de sensibilización cutánea previa, se inyectaron 0.3 cc de vacuna intralesional en la verruga de mayor tamaño, a intervalos de dos semanas, hasta el aclaramiento completo, o un máximo de cinco tratamientos. Se realizó el seguimiento cada mes durante seis meses, para detectar cualquier recurrencia.

Resultados: 65 pacientes, 35 hombres y 30 mujeres, completaron el estudio; cinco pacientes lo abandonaron por diversas razones. Se observó respuesta completa en 41 pacientes (63%), respuesta parcial en 15 pacientes (23%) y no hubo respuesta en nueve pacientes (14%). La respuesta completa se demostró en 74.5% de los pacientes que tenían verrugas distantes. Los efectos secundarios fueron leves, únicamente dolor durante la inyección, prurito, eritema y edema en el sitio de inyección y síntomas similares a los de la gripe. Se detectó recurrencia únicamente en dos pacientes.

Conclusiones: la inmunoterapia intralesional por la vacuna triple viral es una modalidad de



tratamiento prometedora, eficaz y segura contra las verrugas resistentes.

Érika Rodríguez Lobato

Chu TW, AlJasser M, Alharbi A, Abahussein O, et al. Benefit of different concentrations of intralesional triamcinolone acetonide in alopecia areata: an intrasubject pilot study (Efecto de diferentes concentraciones de acetato de triamcinolona intralesional en la alopecia areata: estudio piloto intrasujeto). J Am Acad Dermatol 2015;73:338-340.

Antecedentes: en la actualidad no existen ensayos controlados con distribución al azar de las inyecciones de corticosteroides intralesionales para el tratamiento de la alopecia areata. Los corticosteroides intralesionales, particularmente acetato de triamcinolona, aún son el tratamiento de primera línea en adultos con alopecia areata en parches. Por lo general, las concentraciones de acetato de triamcinolona de 2.5 y 5 mg/mL se recomiendan para la cara (barba y cejas) y el cuero cabelludo, respectivamente, con una dosis máxima de 20 mg por sesión mensual.

Material y método: estudio piloto doble ciego y controlado con placebo; se realizaron inyecciones intralesionales intrasujeto para comparar el efecto de las concentraciones de acetónido de triamcinolona en el tratamiento de la alopecia areata del cuero cabelludo. La muestra incluyó 4 pacientes no tratados con alopecia areata en parches (dos varones y dos mujeres, con edad media de 34 años). En cada paciente un área del cuero cabelludo alopécico de 3 x 3 cm se dividió en cuadrantes de 1.5 cm utilizando una plantilla. Los cuadrantes se asignaron al azar a tratamiento con concentraciones de 2.5, 5 o 10 mg/mL de acetónido de triamcinolona en solución salina o inyecciones de placebo de solución salina cada seis semanas (seis tratamientos en total).

Resultados: la inyección de 2.5 mg/mL de acetónido de triamcinolona fue tan benéfica como la administración de 5 o 10 mg/mL para tratar la alopecia areata. Con la concentración efectiva más baja se minimizan los efectos secundarios locales de atrofia de la piel y telangiectasia y probablemente se reduce el potencial para la supresión adrenal sistémica. La administración de concentraciones inferiores de acetónido de triamcinolona también permite el aumento de la zona de tratamiento. Para 20 mg de acetónido de triamcinolona recomendado por sesión mensual máximo, 2.5 mg/mL producen 8 mL de volumen por tratamiento. La capacidad de inyectar un volumen mayor a una concentración de acetónido de triamcinolona menor puede ser potencialmente útil para el tratamiento de alopecias areatas más extensas.

Elisa González Medina

Rosenblatt AE, Stein SL. Cutaneous reactions to vaccinations (Reacciones cutáneas a las vacunas). Clin Dermatol 2015;33:327-332.

Las vacunas son importantes para la prevención de enfermedades infecciosas; sin embargo, existen efectos adversos secundarios a su aplicación y muchos de ellos son cutáneos. Algunas de estas reacciones se deben a la inflamación inespecífica e irritación en el sitio de la inyección, mientras que otras reacciones están directamente relacionadas con los virus vivos atenuados. En raras ocasiones, las vacunas están asociadas con reacciones de hipersensibilidad generalizadas, como eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, urticaria, pustulosis exantemática generalizada aguda y síndrome de hipersensibilidad a medicamentos. La aparición de determinadas enfermedades dermatológicas inflamatorias, como el liquen plano, el granuloma anular y el penfigoide, se reportó luego de la administración de la vacuna. La dermatitis de contacto alérgica puede aparecer en el sitio



de la aplicación y por lo general se debe a los ingredientes coadyuvantes en la vacuna, como timerosal y aluminio. Las vacunas son importantes para promover el desarrollo de inmunidad. Aunque la mayor parte de las vacunas se consideran relativamente seguras, pueden aparecer efectos adversos asociados con su aplicación.

Elisa González Medina

Tauber G, Pavlovsky L, Fenig E, Hodak E. Vismodegin for radiation-induced multiple basal cell carcinomas [BCCs] of the scalp (*Vismodegib para el tratamiento de carcinomas basocelulares [CBC] múltiples del cuero cabelludo inducidos por radiación*). *J Am Acad Dermatol* 2015;73:799-801.

Antecedentes: vismodegib está aprobado en el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado o metastásico; no obstante, aún no se reporta su administración en el tratamiento de carcinomas basocelulares múltiples posirradiación.

Objetivo: investigar la eficacia y seguridad de vismodegib en el tratamiento de carcinomas basocelulares múltiples y recurrentes inducidos por radiación.

Material y método: estudio que incluyó a pacientes con carcinomas basocelulares múltiples y recurrentes tratados con vismodegib y con antecedentes de exposición a un tratamiento de radiación, que tuvieron seguimiento prospectivo en una clínica de Dermatooncología, durante un periodo de 19 meses.

Resultados: ocho pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La duración media del tratamiento fue de 29 semanas con vismodegib (intervalo 2-52), y del seguimiento, 34 semanas (intervalo 8-64). La tolerancia del fármaco fue aceptable en siete pacientes; de éstos, cuatro

tuvieron una respuesta parcial y tres tenían enfermedad estable; en un paciente, la administración de vismodegib se interrumpió poco después de su inicio debido a una erupción grave inducida por el fármaco.

Limitaciones: tamaño pequeño de la muestra y tiempo de seguimiento corto.

Conclusión: vismodegib tiene muy buenos resultados en el tratamiento de carcinomas basocelulares inducidos por radiación o radioterapia, en los que los tratamientos eran limitados.

Orly Cheirif

Güntas G, Engin B, Ekmekci ÖB, Kutlubay Z, et al. Evaluation of advanced oxidation protein products, prooxidant-antioxidant balance, and total antioxidant capacity in untreated vitiligo patients (*Evaluación de productos de proteína avanzados de oxidación, equilibrio prooxidante-antioxidante y capacidad antioxidante total en pacientes con vitiligo no tratados*). *Ann Dermatol* 2015;27:178-183.

Antecedentes: el vitiligo es una enfermedad crónica, frecuente, de origen desconocido; se sugiere que el estrés oxidativo puede participar en su etiopatogenia.

Objetivo: evaluar los productos avanzados de oxidación de proteínas (AOPPs), el equilibrio prooxidante-antioxidante (PAB) y el poder antioxidante del reductor de hierro (FRAP), respecto a su papel en la patogénesis del vitiligo, así como su relación con la gravedad de la manifestación clínica y de la afección.

Material y método: estudio que incluyó 53 pacientes con vitiligo y 20 voluntarios sanos como grupo control. Se determinaron las concentraciones de productos proteínicos de oxidación avanzada (AOPP), equilibrio prooxidante-



antioxidante (PAB) y el poder antioxidante del reductor de hierro (FRAP) mediante métodos colorimétricos.

Resultados: los niveles de PAB y FRAP resultaron significativamente más elevados en pacientes con vitíligo que en los controles sanos ($p < 0.001$). Las concentraciones de AOPP en los pacientes con vitíligo no fueron estadística y significativamente superiores a las de los controles. El índice de puntuación de área de vitíligo se correlacionó positivamente con la duración de la enfermedad ($r_s: 0.531, p < 0.001$).

Conclusión: éste es el primer informe acerca del estado de los niveles de AOPP y PAB en el vitíligo. El equilibrio prooxidante-antioxidante puede usarse como indicador de estrés oxidativo en la etiopatogenia del vitíligo. Nuestros resultados muestran que estos parámetros pueden jugar un papel importante en el daño melanocítico observado en el vitíligo. Se requieren más estudios para confirmar los mecanismos que subyacen a este efecto.

Anika Ruiz Hernández

Mora AN, Karia SP, Nguyen BM. A quantitative systematic review of the efficacy of imiquimod monotherapy for lentigo maligna and an analysis of factors that affect tumor clearance (Revisión sistemática y cuantitativa de la eficacia de la monoterapia con imiquimod contra lentigo maligno y análisis de los factores que afectan al aclaramiento de tumor). J Am Acad Dermatol 2015;73:205-212.

Antecedentes: la eficacia reportada de imiquimod contra lentigo maligno es muy variable; aún no existe consenso acerca de los factores

tumorales o de tratamiento que pueden afectar el aclaramiento o curación del tumor.

Objetivo: proporcionar una estimación más precisa de la tasa de curación en pacientes con lentigo maligno que son tratados con imiquimod y analizar los factores que pueden repercutir en el aclaramiento o curación del tumor.

Material y método: se realizó una búsqueda bibliográfica de lentigo maligno diagnosticado por biopsia de pacientes tratados con monoterapia con imiquimod. Se relacionaron los datos de cada tumor con los resultados del tratamiento, se calculó la curación clínica e histológica con un intervalo de confianza de 95% y se analizó el efecto de los factores individuales de cada tumor con el tratamiento mediante regresión logística.

Resultados: con base en 347 tumores de 45 estudios, la tasa de curación histológica y clínica fue de 76% (IC 95%, 71-81%) y 78% (IC 95%, 74-83%), respectivamente. La incidencia de recurrencia clínica fue de 2% (IC 95%, 0.5-4%), con un seguimiento medio de 34.2 ± 11.8 meses. El tratamiento con más de 60 aplicaciones totales o con más de cinco aplicaciones del tratamiento por semana se asoció con mayor probabilidad de curación histológica, con razón de momios de 8.4 (IC 95%, 2.9-24.1) y 6.0 (IC 95%, 2.4-14.7), respectivamente.

Conclusión: imiquimod ofrece una tasa de curación histológica y clínica de 76 y 78%, respectivamente, de lentigo maligno. La dosis acumulada de imiquimod y la intensidad del tratamiento afectan la curación del tumor.

Hilayali Álvarez