

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

<http://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i5.8142>

Elhage KG, St. Claire K, Daveluy S. Acetic acid and the skin: a review of vinegar in dermatology (Ácido acético y la piel: una revisión del vinagre en dermatología). Int J Dermatol 2021; 61 (7): P804-811. doi: 10.1111/ijd.15804.

Introducción: el ácido acético se produce por fermentación alcohólica. El uso del vinagre en enfermedades de la piel y en heridas se utiliza desde los tiempos de Hipócrates. En ocasiones, se ha usado para tratar el acné, eccema y onicomicosis. Los dermatólogos deben reconocer la importancia y utilidad con base en evidencia del uso del vinagre.

Efectos antimicrobianos: el ácido acético tiene actividad bacteriostática a concentración del 0.1% y actividad bactericida a concentración del 2.5 y 10%. A concentración del 5-10% se utiliza como desinfectante económico y no tóxico. El uso de ácido acético al 1% durante 15 minutos en heridas posinfecciosas en un lapso de 7 a 21 días impidió el crecimiento de bacterias, hongos e incluso redujo el tamaño de las heridas. Además, redujo también el tiempo de tratamiento para la eliminación de *P. aeruginosa*. Se ha utilizado también para la prevención de infecciones cutáneas en la epidermólisis ampollosa aplicando ácido acético diluido al 0.25-1% directamente en las lesiones durante 15-20 minutos. Se observó que la combinación de gotas de esteroides más ácido acético en comparación con esteroides más antibióticos

en otitis externa no tuvo diferencia significativa, pues cumplían con tasas de curación similares. El vinagre de sidra de manzana al 4% mostró propiedades antifúngicas contra 8 cepas de *Candida* en estomatitis por dentadura postiza. En la pitiriasis versicolor, se encontró que el vinagre de sidra de manzana a una concentración del 0.5% más champú de ketoconazol al 2% tuvo mejor resultado en cuanto a la disminución de prurito, descamación y eritema provocados por la enfermedad, en comparación con el uso sólo de champú de ketoconazol al 2%. Recomendaron ácido acético al 5% en onicomicosis para permitir una mejor penetración de los antifúngicos. Se observó que la aplicación diaria de ácido acético al 1% en tejido de hipergranulación postcirugía durante una a dos semanas resultó en cicatrización completa. El ácido acético al 0.5% funciona como antimicrobiano en heridas crónicas. Disminuye el pH epidérmico, evitando infecciones por *S. aureus* y logrando menor duración del tratamiento con antibióticos. Al 4-5%, el ácido acético contrarresta la existencia de amoníaco en pacientes con sonda urinaria, lo que evita la aparición de pápulas pseudoverrugosas. La aplicación de ácido acético al 3-5% se usa como método diagnóstico de condilomas acuminados, ya que la aplicación directa a la mucosa genital afectada le da apariencia acetoblanca. Los CDC no aconsejan usarlo para la detección de VPH. No existe evidencia suficiente del uso de ácido acético en esta enfermedad debido a que hay

estudios que han demostrado que es un irritante potencial y otros evidencian alivio de la enfermedad. En pacientes con prurito urémico, la aplicación de vinagre blanco al 5% en zonas pruriginosas dos veces al día durante dos semanas disminuye significativamente la intensidad del prurito. El vinagre es una de las sustancias utilizadas en primeros auxilios para desactivar la liberación de veneno, incluyendo el de las medusas de tipo *Cubozoa*, como *Carybdea* mora, limitando la liberación de veneno de los nematocistos presentes en los tentáculos de la medusa. El vinagre de manzana al 2% aplicado en algodón a las estrías abdominales de mujeres postparto redujo el ancho y longitud de las estrías. Respecto a la queratosis seborreica, la combinación de ácido nítrico, sales de cobre y azufre y ácidos orgánicos (ácido acético, láctico y oxálico) alivia las lesiones y puede ser alternativa al procedimiento de intervención. Actúa sobre la biopelícula de *C. acnes*, reduciendo la inflamación y liberación de citocinas. Para la eliminación de pediculosis de la cabeza, se recomienda remojar el cabello en ácido acético al 4% durante 3 minutos.

Conclusiones: existe evidencia que respalda la utilidad del vinagre en afecciones dermatológicas. Destaca la evidencia del ácido acético al 5%. Respecto a su efectividad antimicrobiana y antifúngica, puede variar respecto a su concentración.

Silvia Coria Vázquez

Nguyen B, Tosti A. Alopecia in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis (*Alopecia en pacientes con COVID-19: revisión sistemática y metanálisis*). *J Am Acad Dermatol* 2022; 7: 67-77. doi: 10.1016/j.jdin.2022.02.006.

Introducción: en este artículo se documentaron asociaciones entre COVID-19 y alopecia an-

drogenética, alopecia areata, efluvio telógeno, efluvio anágeno y la alopecia inducida por presión. Podría estar relacionada con respuestas inmunológicas inducidas por virus o retardadas a la infección.

Métodos: se incluyeron los siguientes datos: país de los pacientes, tipo de estudio, incidencia de alopecia, edad media, sexo y tasa de supervivencia. Se caracterizó si la alopecia era de nueva aparición o exacerbación del diagnóstico previo de alopecia.

Resultados: se identificaron 826 pacientes con alopecia y COVID-19. La edad media fue de 54.5 años, con predominio en hombres (54.3%), aunque en 709 (38.8%) pacientes no se notificó el sexo. Los tres tipos de alopecia más comunes fueron alopecia androgenética, efluvio telógeno y alopecia areata. Los menos comunes fueron el efluvio anágeno y alopecia inducida por presión. Los pacientes con COVID-19 y alopecia androgenética ya tenían diagnóstico previo de la misma. De igual manera los pacientes con diagnóstico previo de alopecia areata infectados por COVID-19 experimentaron nuevo brote de alopecia areata. Los pacientes que manifestaron efluvio telógeno no tenían diagnóstico previo del mismo, aunque algunos tenían diagnósticos de alopecia areata o alopecia androgenética. La duración media de inicio de los síntomas de efluvio telógeno fue de 56.5 días y se curó en aproximadamente uno a seis meses después. En la mayoría de los casos no se requirió tratamiento, aunque en algunos casos se administró minoxidil, finasterida y clobetasol tópico.

Discusión: únicamente se discutieron las implicaciones para alopecia androgenética, efluvio telógeno y alopecia areata, debido a que no hubo suficiente muestra de efluvio anágeno y alopecia inducida por presión para las conclusiones significativas.

Alopecia androgenética: factor de riesgo de COVID-19: se documentó aumento de la prevalencia en pacientes con COVID-19 grave en la mayor parte de los estudios. No pudo establecerse una relación causal a partir de esos estudios, pero se sugirió que alopecia androgenética puede ser un factor de riesgo de COVID-19 grave. Se cree que el mecanismo de esta asociación se relaciona con regulación ascendente mediada por andrógenos de la serina proteasa 2 transmembrana que facilita la entrada del SARS-CoV-2 a las células a través del receptor de la enzima convertidora de angiotensina.

Efluvio telógeno: activado por el COVID-19: probablemente desencadenado por una tormenta de citocinas proinflamatorias (IL-1b, IL-6, TNF- α e IFN- γ), que inducen el desarrollo de catágenos y el posterior efluvio telógeno. Las mujeres notan el adelgazamiento del cabello más rápido respecto a los hombres, por tanto, buscan tratamiento. Se comenta que también pueden ser más susceptibles por cambios hormonales postparto.

Alopecia areata: se exacerbó por COVID-19: se manifestó como recaída. Sólo el 4.9% de los pacientes manifestaron alopecia areata a partir de COVID-19 y hubo recaídas del 42.5% después de COVID-19 en comparación con la tasa de recaída sin COVID-19 que fue del 12.5%, lo que sugiere que la alopecia areata sí puede exacerbarse con la infección por SARS-CoV-2.

Limitaciones: sesgos de notificación y muestreo.

Conclusión: la alopecia androgenética es factor de riesgo de COVID-19 grave y el efluvio telógeno es secuela de nueva aparición por COVID-19. La alopecia areata se manifiesta como recaída y sólo en muy raras ocasiones se desencadena como nueva aparición por COVID-19. Se nece-

sitan más estudios para conocer el mecanismo y origen de alopecia y COVID-19.

Silvia Coria-Vázquez

Rutter KJ, Farrar MD, Marjanovic EJ, Rhodes LE. Clinicophotobiological characterization of photoaggravated atopic dermatitis (Caracterización clinicofotobiológica de la dermatitis atópica fotoaggravada). JAMA Dermatol 2022. doi:10.1001/jamadermatol.2022.2823.

Introducción: se estima que la dermatitis atópica fotoaggravada afecta del 1.4 al 16% de los pacientes con dermatitis atópica, pero sigue estando mal caracterizada con datos publicados limitados.

Objetivo: proporcionar una caracterización clínica y fotobiológica detallada de la dermatitis atópica fotoaggravada.

Diseño, entorno y participantes: este estudio de serie de casos utilizó datos transversales recopilados de 120 pacientes consecutivos diagnosticados con dermatitis atópica fotoaggravada de enero de 2015 a octubre de 2019 en una unidad de referencia de fotobiología de un centro terciario.

Principales resultados y medidas: los datos clínicos y fotobiológicos estandarizados recopilados de forma rutinaria se analizaron mediante estadísticas descriptivas y el análisis de la regresión exploró las asociaciones entre los datos demográficos y clínicos.

Resultados: de 869 pacientes que se sometieron a fotoinvestigación, 120 (14%) fueron diagnosticados con dermatitis atópica fotoaggravada (69 mujeres [58%]; mediana de edad, 45 [IQR; 31-61]), tenían eccema provocado por la luz solar o fotodistribuido; la mediana de edad al inicio de la fotosensibilidad fue de 37 años (intervalo:

1-72 años). La puntuación del índice de calidad de vida dermatológica del último año fue superior a 10 para 80 de 103 adultos (78%) y 82 de 119 (69%) tenían suficiencia o deficiencia de vitamina D (25-hidroxivitamina D; < 20 ng/mL: para convertir ng/mL a nmol/L, multiplique por 2.496). Los resultados de la prueba de provocación con radiación UV de banda ancha fueron positivos en 112 pacientes (93%). En 28 pacientes (23%) con hallazgos anormales en la fotopueba del monocromador se produjo sensibilidad a los rayos UV-A, UV-B, luz visible o las tres, y UV-A de 350 ± 10 nm fue la longitud de onda más prevalente. Las reacciones de la prueba fotoparche fueron positivas en 18 pacientes (15%). Los pacientes con fototipo V a VI (31 [26%] frente a fototipo I a IV (89 [74%]) eran más jóvenes al inicio de la fotosensibilidad (mediana de edad, 24 años (IQR, 15-37 años) frente a 40 años [IQR; 25-55 años]; $p = 0.003$) y tenían concentraciones más bajas de vitamina D y mayor frecuencia de hallazgos anormales en la fotopueba del monocromador.

Conclusiones y relevancia: en esta serie de casos, la dermatitis atópica fotoagravada afectó a pacientes con diferentes edades y fototipos de piel, y se asoció con calidad de vida sustancialmente deteriorada. Los hallazgos sugieren que la confirmación de la dermatitis atópica fotoagravada y confirmada a través de pruebas de fotoparche puede proporcionar una mejor atención personalizada para los pacientes a través de la identificación de longitudes de onda causantes de alergias de fotocontacto relevantes y consejos de fotoprotección adecuados.

Zaira Milena Barbosa-Quintero

Holcomb ZE, Rosales Santillan M, Morss-Walton PC, Gianotti NM, Kimball AB, Porter ML. Risk of COVID-19 in dermatologic patients receiving long-term immunomodulatory therapy (Riesgo de COVID-19 en pacientes dermatológicos

que reciben terapia inmunomoduladora a largo plazo). J Am Acad Dermatol 2020; 83 (4): P1215-P1218. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.999.

Existe preocupación hacia los pacientes con terapia inmunomoduladora y la susceptibilidad a la infección por SARS-CoV-2. Los resultados de pacientes infectados con SARS-CoV-2 con terapia inmunomoduladora sistémica son similares a los de la población general. En el análisis transversal retrospectivo se analizaron 412 pacientes que recibieron tratamiento biológico e inmunomoduladores clásicos en el último año. No hubo diferencias estadísticas en la edad, el sexo o los medicamentos entre los pacientes a los que se contactó y los que no se logró contactar para corroborar los datos para el estudio. La edad media de los pacientes fue de 48.2 años, predominaron las mujeres (216 [52%] vs 196 hombres [48%]) con residencia en Massachusetts (93% de los pacientes estudiados). El fármaco biológico prescrito con más frecuencia fue el inhibidor de TNF-alfa con un 28.4% y el menos frecuente el inhibidor de JAK en un 2.9%. En cuanto al fármaco inmunomodulador más frecuente fue el metotrexato en el 11.7% y el menos frecuente el micofenolato mofetilo en el 1.9% de los pacientes. El lugar ideal de estudio de los efectos de la transmisión viral fue Boston y sus alrededores. En cuanto a los resultados de las pruebas y síntomas en relación con COVID-19, el 8% tuvo resultado positivo en prueba por PCR a COVID-19 y manifestó síntomas, el 36% con síntomas más prueba de PCR a COVID-19 negativa y un 56% de pacientes con síntomas, pero sin prueba de COVID-19. El riesgo de COVID-19 y de sus complicaciones se ve mínimamente afectado por los medicamentos, aunque muchos cumplieron con las medidas de aislamiento y distanciamiento social. Se determinó que la educación y motivación ante el paciente minimiza el riesgo de exposición, por lo que las terapias inmunomoduladoras sistémicas contra enfermedades cutáneas en el servicio de Dermatología

pueden continuar de manera segura durante la pandemia por COVID-19. Algunas limitaciones incluyen el número desconocido de infecciones asintomáticas y falta de pruebas confirmatorias. Además, se produjo confusión respecto a las tasas de infección debido al supuesto distanciamiento social. No se mostró evidencia de mayor riesgo infeccioso a pesar de estas limitaciones.

Silvia Coria-Vázquez

Magyari A, Ye M, Margolis D, McCulloch C, Cummings S, Yaffe K, Langan S M and Abuabara K. Adult atopic eczema and the risk of dementia: A population-based cohort study (Eccema atópico en adultos y el riesgo de demencia: Estudio de cohorte basado en una población). J Am Acad Dermatol 2022; 87 (2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.03.049>

Introducción: la inflamación o los procesos inflamatorios han tomado gran importancia en el área de investigación, ya que se ha visto una estrecha asociación entre procesos inflamatorios crónicos y cambios neurofisiopatológicos observados en pacientes con demencia. Por ello, la dermatitis atópica en adultos, al ser un padecimiento crónico con afección en la regulación del sistema inmunitario, que genera un estado inflamatorio, se ha convertido en un amplio campo de investigación sobre la asociación con procesos de instauración y aparición de demencia.

Objetivo: determinar si la dermatitis o eccema atópico en adultos está asociado con la aparición de la demencia y observar si esta asociación se ve afectada por la gravedad del cuadro clínico de la dermatitis atópica.

Materiales y métodos: a partir de datos electrónicos obtenidos de la Red de Mejoramiento de la Salud (*The Health Improvement Network*), representativa de la población general de Inglaterra, se realizó un estudio de cohorte longitudinal con

1,767,667 pacientes. Se seleccionaron pacientes de 60 a 100 años de edad, con registro en el sistema de por lo menos un año y que no tuvieran el diagnóstico previo de demencia. Para identificar de forma estandarizada el correcto diagnóstico de eccema atópico en estos pacientes, así como su gravedad (leve, moderado y severo), se utilizó un algoritmo validado con valor predictivo positivo del 82%. De igual forma se unificaron criterios para pacientes diagnosticados con algún tipo de demencia, incluyendo Alzheimer y demencias vasculares y se excluyeron las relacionadas con otras causas, como VIH, consumo de alcohol o de drogas o traumatismos.

Resultados: de 1,767,667 participantes incluidos en el estudio, 57,263 fueron diagnosticados con demencia durante 12,618,801 años-persona de seguimiento (tasa de incidencia de 45/10,000 años-persona). La mediana de edad de los pacientes con demencia fue de 82 años (intervalo: 77-87 años), predominantemente eran mujeres (65%). El eccema atópico se diagnosticó en 213,444 participantes (12%). De éstos, 94,926 cumplieron los criterios de eccema atópico antes del inicio del seguimiento y 118,518 los cumplieron durante el seguimiento. En cuanto a la gravedad, el 44% de las personas con eccema atópico se clasificaron con enfermedad moderada y el 5% con enfermedad grave. La incidencia de demencia fue de 57 por 10,000 años-persona, entre los que tenían eccema atópico (IC95%, 56-59) y de 44 por 10,000 años-persona entre los que no lo tenían (IC95%, 44-45). En general, los participantes con eccema atópico tenían un riesgo 27% mayor de demencia después de ajustar los posibles factores de confusión (HR, 1.27; IC95%, 1.23-1.30). La magnitud del riesgo se incrementó con el aumento de la gravedad del eccema atópico.

Discusión: en el análisis de esta cohorte se logró asociar la existencia de eccema atópico en adultos con la aparición de demencia con

un aumento del 27%, incluso en enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Además, se logró documentar que esta asociación se incrementa de forma directamente proporcional con el aumento de la gravedad del eccema atópico, lo cual no se explicó completamente por comorbilidades. Durante el estudio pudo haber existido sesgo en cuanto a la clasificación de los pacientes con dermatitis atópica, así como el grado de severidad, ya que, a pesar de haber realizado un algoritmo para estandarizar los criterios diagnósticos, al final este proceso dependió del criterio y la habilidad clínica del médico que realizó la valoración de cada caso. Pudiendo ser difícil diferenciar afecciones, como el penfigoide ampolloso y el linfoma cutáneo de células T del eccema atópico en etapas tempranas. De igual forma, a pesar de haber incluido una cohorte muy extensa que permitió identificar de manera confiable el eccema atópico activo en la edad adulta, hubo limitación en cuanto a la confirmación de la edad inicial en el momento del diagnóstico debido a que los datos retrospectivos sólo estaban disponibles hasta un máximo de 20 años. Se cree que esta asociación puede deberse al estado inflamatorio generado por el eccema atópico, ya que los pacientes con este padecimiento tienen concentraciones más altas de marcadores inflamatorios séricos, que se han relacionado con cambios estructurales en la sustancia blanca, deterioro cognitivo y demencia.

Conclusiones: en el análisis de esta población se encontró un leve incremento en la aparición de demencia en pacientes adultos con eccema atópico. Lo anterior abre un gran campo para la investigación; una vez detectada esta asociación, es necesario profundizar en estudios para aclarar la causa fisiológica de la demencia en estos pacientes, así como el efecto del tratamiento del eccema atópico en el riesgo de demencia.

Ximena Milián-Solís

Joon MJ, Hanju Y, Dong JL, Chong HW, Sung EC, Mi WL, Woo JL. Clinicoprognostic implications of head and neck involvement by mycosis fungoides: A retrospective cohort study (*Implicaciones clínico-pronósticas de la afectación de la cabeza y cuello por micosis fungoide: estudio de cohorte retrospectivo*). *J Am Acad Dermatol* 2021; 86 (6): P1258-1265. doi: 10.1016/j.jaad.2021.03.056.

Introducción: se han limitado los datos respecto a la incidencia de afectación por micosis fungoide en la cabeza y el cuello. Se propuso que esta enfermedad, que es de mal pronóstico, se relaciona con la afectación de la cabeza y el cuello, por lo que se compararon características clínico-pronósticas de pacientes con micosis fungoide con y sin afectación en la cabeza y el cuello al momento del diagnóstico.

Métodos: búsqueda en base de datos Asan Medical Center sobre casos de micosis fungoide confirmados por biopsia de piel de 1997 a 2020. Se designaron como grupos A y B a los pacientes con afectación en la cabeza y el cuello y a los que no, respectivamente. *Variables clínicas de interés:* edad del diagnóstico, sexo, duración antes del diagnóstico, morfología y topografía, variantes, análisis de TCR, adenomegalias, afectación a órganos, TNMB en el diagnóstico, DHL y tratamiento. La supervivencia global se calculó desde la fecha del diagnóstico inicial hasta la muerte o último examen de seguimiento. La supervivencia libre de progresión se calculó desde el diagnóstico inicial hasta la fecha de progresión de la enfermedad o último seguimiento. *Análisis de resultados de supervivencia:* realizados para cada etapa de la micosis fungoide, desde la tumoral (T), hasta etapas tempranas (IA-IIA) y etapas avanzadas (IIB-IVB) para controlar la enfermedad. *Análisis de subgrupos:* comparación de grupos A y B.

Resultados: se incluyeron 124 casos de micosis fungoide (43 mujeres, 34.7% y 81 hombres,

65.3%) y de éstos, 39 pacientes tenían afectación de la cabeza y el cuello al momento del diagnóstico (Grupo A) y 85 pacientes no (Grupo B). Se realizó biopsia de piel en la cabeza y el cuello en el 41% (16/39) de los pacientes del grupo A. *Características clínicas al momento del diagnóstico:* la edad media de la cohorte al momento del diagnóstico fue de 42 años. En el grupo A la edad media fue de 48.9 años con $p = 0.004$. La variante foliculotrópica afectó al 28.2% (11/39) de pacientes del grupo A y al 10.6% (9/85) del grupo B ($p = 0.027$). El estadio T1 fue menos frecuente en el grupo A (6/39, 15.4%) que en el grupo B (62/85, 72.9%). El estadio T1 a T4 fue más frecuente en el grupo A (33/39, 85.6%) que en el B (23/85, 27.1%). Los estadios más avanzados (IIB-IVB), la elevación de LDH sérica y la existencia de adenopatías fueron más frecuentes en el grupo A, así como el reordenamiento de TCR. *Tratamiento y curso clínico:* en el grupo A se administró con mayor frecuencia metotrexato o terapia con retinoides, quimioterapia en un 38.5% y radioterapia en un 43.6% de los pacientes. La progresión de la enfermedad fue más frecuente en este grupo, así como la aparición de adenomegalias, afectación de médula ósea en un 15.4% y transformación de células grandes de micosis fungoide, sin diferencia en la frecuencia de linfoma secundario. *Resultados de supervivencia:* las tasas de supervivencia global a 10 años de los grupos A y B fueron del 53.4 y 94.6%, respectivamente. La supervivencia libre de progresión fue peor en el grupo A. El estadio IV se asoció con peor supervivencia global y supervivencia libre de progresión. *Resultados de supervivencia:* la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión en etapa T2 fue peor en el grupo A y no hubo diferencias respecto a etapas avanzadas T1, T3 y T4 IIB-IVB en ambos grupos, pues la progresión fue igual.

Discusión: la variante foliculotrópica, la elevación de DHL, b2-microglobulina y transformación de células grandes se asocian con mal

pronóstico. Los resultados sugirieron un curso clínico agresivo asociado con la manifestación inicial en la cabeza y el cuello. Debido al estadio avanzado y la progresión de la enfermedad, se administró con frecuencia la quimioterapia sistémica y radioterapia en el grupo A. En etapas tempranas se prescribieron: fototerapia y esteroides tópicos en los grupos A y B. El curso clínico agresivo y poca supervivencia del grupo A se mantuvieron después de excluir la micosis fungoide foliculotrópica. Las razones de mal pronóstico no son claras. Se concluye que la micosis fungoide que afecta la cabeza y el cuello se asocia con edad avanzada al momento del diagnóstico, foliculotropismo, transformación de células grandes, adenopatías, estadios T y en general avanzados y elevación de DHL.

Silvia Coria-Vázquez

Norden A, Rekhtman S, Strunk A, Garg A. Risk of psoriasis according to body mass index: A retrospective cohort analysis (Riesgo de psoriasis de acuerdo a índice de masa corporal: un análisis de cohorte retrospectivo). J Am Acad Dermatol 2022; 86 (5): 1020-1026. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.012>

Introducción: la psoriasis es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por la sobreexpresión de citocinas inflamatorias, de las que el tejido adiposo blanco en la obesidad secreta un perfil de citocinas similar. Si bien ya se ha establecido la asociación entre psoriasis y obesidad, la temporalidad aún no está bien establecida.

Objetivo: evaluar la incidencia de psoriasis de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC) y si la asociación difiere entre subgrupos de pacientes.

Métodos: se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 461,236 pacientes de 18 a 89 años entre el 1 de enero de 2008 y

el 9 de septiembre de 2019. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de psoriasis. La exposición primaria fue IMC basal clasificado en 4 categorías (peso normal/bajo peso, sobrepeso, obesidad grado I y obesidad grado 2/3) con resultado primario de nuevo diagnóstico de psoriasis.

Resultados: la incidencia de psoriasis por 10,000 personas fue del 9.5% en pacientes con peso normal/bajo peso, del 11.9% en sobrepeso, del 14.2% en obesidad grado I y del 17.4% en pacientes con obesidad grado 2/3. En comparación con pacientes con IMC menor de 25, los pacientes con sobrepeso, obesidad grado 1 y obesidad grado 2/3 el cociente de riesgo aumentó 1.19, 1.43 y 1.83, respectivamente. Dentro de cada categoría de IMC no difirió la incidencia de psoriasis entre sexo; sin embargo, incrementó a mayor edad y fue mayor en fumadores y pacientes blancos. La asociación entre IMC y riesgo de psoriasis disminuyó a edad más avanzada.

Discusión: se demostró un alto riesgo de incidencia de psoriasis en pacientes con sobrepeso y obesidad de acuerdo con el IMC basal. Existen 2 estudios previos en población de Estados Unidos que evaluaron la misma relación con resultados similares; sin embargo, se realizaron en mujeres enfermeras. Por tanto, este estudio extiende los hallazgos a una población heterogénea en Estados Unidos, además de que se evaluaron otras variables, como edad, raza, tabaquismo y sexo. Estudios realizados en el Reino Unido, Italia, Noruega, Taiwán y Korea también demostraron un riesgo elevado de psoriasis en pacientes con sobrepeso y obesidad. Existen varios mecanismos ligados a la asociación entre psoriasis y obesidad, uno de ellos es el aumento de la vía Th17 con aumento de interleucina 16 y 6; otro es la vía Th1 con incremento de factor de necrosis tumoral alfa.

Limitaciones: existen algunos sesgos inherentes a la naturaleza del estudio retrospectivo con

potencial de mala clasificación de psoriasis por error en la documentación. No pudo evaluarse la influencia de obesidad en la severidad de la psoriasis.

Conclusión: existe mayor riesgo de incidencia de psoriasis entre mayor IMC independientemente del sexo, la edad, el tabaquismo o la raza, lo que puede apoyar la investigación del papel del manejo del sobrepeso y obesidad en el tratamiento de la psoriasis.

Carla Ivonne Fernández-Guerrero

Palich R, Makinson A, Veyri M, Guihot A, et al. Kaposi's sarcoma in virally suppressed people living with HIV: An emerging condition (Sarcoma de Kaposi en personas con supresión viral que viven con VIH). Cancers 2021; 13 (22): 5702. doi: 10.3390/cancers13225702.

Introducción: el riesgo de sarcoma de Kaposi en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha disminuido en los últimos años gracias al amplio acceso al tratamiento antirretroviral combinado. No obstante, el sarcoma de Kaposi y el linfoma no Hodgkin continúan siendo los cánceres más frecuentes en este grupo de personas. El sarcoma de Kaposi generalmente ocurre cuando la infección por VIH está descontrolada. Sin embargo, el número de casos en pacientes con supresión viral ha ido en aumento incluso cuando se ha logrado la restauración de las concentraciones de linfocitos T CD4.

Epidemiología del sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH con supresión viral: en una cohorte de Francia de pacientes que vivían con VIH, los individuos que tuvieron supresión viral y restauración de las concentraciones de linfocitos T CD4 ($CD4 \geq 500/mm^3$ por al menos 2 años) persistían con aumento del riesgo de padecer sarcoma de Kaposi 35 veces mayor en

comparación con la población general (razón de incidencia estandarizada = 35.4; IC95% 18.3-61.9). Posteriormente, en una cohorte de Estados Unidos se encontró también un riesgo 50 veces mayor de padecer sarcoma de Kaposi en pacientes con supresión viral a largo plazo (≥ 2 años), en comparación con pacientes sin infección por VIH.

Manifestación clínica del sarcoma de Kaposi en pacientes con supresión viral: la manifestación clínica reportada en las principales series publicadas muestra que la mayoría de casos son indolentes cuando no hay viremia, aunque las manifestaciones agresivas no son excepcionales.

Hipótesis fisiopatológicas: se postula que hay un patrón específico en este tipo de pacientes, debido a la exposición antigénica crónica al virus herpes humano tipo 8 (VHH-8), a la inmunomodulación por proteínas virales del VHH-8 y al agotamiento de los linfocitos T.

Dificultades terapéuticas para tratar el sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH con supresión viral: el manejo se complica, ya que lograr el control de la replicación del VIH posterior al inicio del tratamiento antirretroviral combinado ya no es parte de las metas. Estos pacientes, una vez que la vigilancia y el tratamiento local fallan, requerirán quimioterapia sistémica. En caso de recurrencia, existe un riesgo inherente de toxicidad acumulada por quimioterapia, por lo que se consideran tratamientos alternativos. La inmunoterapia puede llegar a ser una opción en estos casos. Los anticuerpos monoclonales que bloquean puntos de control inmunitario (por ejemplo, ipilimumab que bloquea CTLA-4, o nivolumab y pembrolizumab que bloquean PD-1, etc.) podrían restaurar la respuesta inmunitaria contra el VHH-8 y controlar el sarcoma de Kaposi.

El papel de los inhibidores de proteasa en el tratamiento: *in vitro* estos fármacos mostraron

efectos en diversas vías que son importantes para la tumorigénesis, independientemente de su efecto en la replicación del VIH. No obstante, no hay datos clínicos que apoyen un efecto benéfico directo en el sarcoma de Kaposi en comparación con otras clases de antirretrovirales.

Conclusiones: el sarcoma de Kaposi y la supresión tumoral representan una afección poco comprendida. Es importante la exploración de vías inmunopatológicas para desarrollar estrategias terapéuticas más eficaces que eviten la quimioterapia repetitiva.

Simón Guzmán-Bucio

Richey PM, Laageide L, Swick BL. Stimulant use in patients presenting with psychocutaneous disorders (Uso de estimulantes en pacientes con trastornos psicocutáneos). J Am Ac Dermatol 2021; 86 (5): 1002-1009. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.04.033>.

Introducción: los trastornos psicocutáneos son diversos y poco estudiados, muchos atribuidos a la administración de medicamentos estimulantes; sin embargo, no se ha estudiado la relación en concreto. Se han identificado dos tipos de trastornos psicocutáneos, el primero considerado psicótico o delirante y el segundo que comprende tendencias neuróticas. En comparación con la población general los usuarios de estimulantes tienen mayor neuroticismo y trastorno obsesivo compulsivo provocado por el consumo de estimulantes.

Objetivo: determinar si los pacientes con trastornos neuropsiquiátricos tienen mayor tendencia a padecer comorbilidades médicas o psiquiátricas subyacentes y si tienen mayor tendencia al consumo de estimulantes.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo de enero de 2020 a agosto de 2020 con una cohorte

de 317 pacientes con trastornos psicocutáneos, que incluyeron pacientes con diagnóstico de parasitosis delirante, acné excoriado, excoriaciones neuróticas-dermatitis facticia y dermatilomanía. Éstos se dividieron en dos grupos: trastornos psicóticos y neuróticos. Se excluyeron los pacientes con trastornos repetitivos, como tricotilomanía, onicotilomanía y onicofagia por su asociación con el trastorno obsesivo-compulsivo. El consumo de algún medicamento estimulante prescrito por indicación médica, sustancia ilegal o droga se determinó por el registro de éste en el historial clínico o prueba toxicológica en orina. También se capturaron diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, trastorno por déficit de atención, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, esquizofrenia, depresión psicótica y trastorno de la personalidad. Posteriormente se analizó la relación entre la existencia de trastorno neuropsiquiátrico *versus* el consumo de estimulantes y diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica.

Resultados: se encontró que en la demografía fueron predominantemente mujeres caucásicas. El grupo de trastornos psicóticos tuvo más comorbilidades médicas, como hipotiroidismo, diabetes mellitus, fibromialgia y consumo crónico de opioides en el 47.5% en comparación con un 30% del grupo de trastornos neuróticos. Del total de pacientes incluidos en el estudio, el 85.2% tenía diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. Los diagnósticos más comunes en ambos grupos fueron depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención, aunque el grupo de trastornos psicóticos tuvo mayor porcentaje de antecedente de psicosis. De total de pacientes el 60.2% consumía algún medicamento o droga estimulante, el 19.9% consumía más de un estimulante. Los pacientes del grupo de trastornos neuróticos mostraron mayor consumo de estimulantes en general con un 63.7%; sin embargo, el grupo

de trastornos psicóticos tuvo mayor consumo de drogas ilegales (21.2%).

Discusión: se ha descrito que el 5% de los pacientes en dermatología tienen algún trastorno psicocutáneo, lo importante de este estudio es que se encontró que, entre las causas de estos trastornos, el 60.2% se asocia con el consumo de estimulantes. Hubo resultados esperados, como mayor afectación a mujeres que a hombres y la asociación de trastornos neuróticos y psicóticos con comorbilidades psiquiátricas. Los trastornos neuróticos provienen de una irregularidad en el sistema de dopamina, como sucede con el consumo de anfetaminas o cocaína. Se encontró que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica como afecciones sistémicas se asocian con parasitosis delirante. Se sugiere evitar el consumo de estimulantes o considerar otra alternativa en pacientes con trastornos psicocutáneos, especialmente en los pacientes con historial psiquiátrico.

Limitaciones: existen limitaciones en los resultados por la naturaleza retrospectiva del estudio. También porque la obtención de datos del consumo de estimulantes dependía de lo proporcionado por el paciente o del reporte toxicológico, y que la documentación de un trastorno psicógeno se plasma con mayor cautela. Igualmente, los resultados no pueden generalizarse a la población por la demografía caucásica del estudio.

Conclusión: la mayoría de los pacientes con trastornos psicocutáneos tiene comorbilidad psiquiátrica y consumo de estimulantes, por lo que debe realizarse una historia clínica detallada y, de ser posible, realizar cambios de medicamento estimulante a no estimulante con apoyo del psiquiatra.

Carla Ivonne Fernández-Guerrero