



Stadler PC, Oschmann A, Kerl-French K et al. Acute generalized exanthematous pustulosis: clinical characteristics, pathogenesis, and management. (Pustulosis exantemática generalizada aguda: características clínicas, patogenia y tratamiento). *Dermatology*. 2023; 239: 328-333. doi: 10.1159/000529218.

Introducción

La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) es una reacción cutánea grave, que se produce como efecto adverso por ingesta de fármacos. Su incidencia es de uno a cinco casos por millón al año. Se presenta como una erupción pustulosa generalizada que puede estar asociada con síntomas sistémicos.

Presentación clínica

La enfermedad afecta sobre todo a mujeres, y se caracteriza clínicamente por la presencia de numerosas pústulas pequeñas, en su mayoría no foliculares, estériles, sobre piel eritematosa. Inician en la cara o en las zonas intertriginosas y después se van diseminando al resto del cuerpo. A menudo se acompañan de fiebre y síntomas sistémicos. Estas manifestaciones se presentan de 24 a 48 horas posterior a la ingesta del fármaco; la mayoría de los casos se resuelven de manera espontánea dentro de las dos primeras semanas. Se ha reportado una mortalidad de 5%.

Etiología y patogenia

Más de 90% de los casos se asocian al consumo de algún fármaco, principalmente de antibióticos betalactámicos. La patogénesis de la PEGA sugiere la activación de la inmunidad innata por el fármaco desencadenante; en especial se encuentran implicadas las citoquinas IL-36 e IL-8, así como los neutrófilos. En algunos casos, se han detectado mutaciones en el gen IL-36RN, relacionado con la psoriasis pustulosa, lo que sugiere un vínculo en la fisiopatología de ambas enfermedades.

Diagnóstico

Para su diagnóstico existe una escala de 12 puntos que incluye características sobre la morfología, la evolución y la histopatología de las lesiones, siendo la puntuación mayor de 8 diagnóstico definitivo de PEGA. El diagnóstico diferencial incluye principalmente la psoriasis pustulosa, así como otras afecciones como la pustulosis subcórnea de Sneddon-Wilkinson y el síndrome de Stevens-Johnson. A diferencia de la PEGA, estas enfermedades no se resuelven tan rápido y tienen diferentes factores desencadenantes o síntomas clínicos.

Tratamiento

Su manejo se basa en la suspensión inmediata del fármaco causante. En casos leves, el tratamiento tópico con corticosteroides potentes suele ser suficiente, mientras que en casos

graves o con afectación sistémica, se puede requerir terapia sistémica con corticosteroides. La mayoría de los casos se resuelven en dos semanas, pero en los pacientes que desarrollan complicaciones graves, es necesaria un manejo multidisciplinario.

Conclusión

La PEGA es una reacción cutánea grave que se presenta generalmente dentro de los cuatro días posteriores al uso de un fármaco, aunque puede ser causada por infecciones. El diagnóstico requiere una buena historia clínica, exámenes de laboratorio y biopsia. El tratamiento incluye suspender el fármaco y la aplicación de esteroides tópicos potentes.

Cynthia Guadalupe Reyes Hernández, R3D.

Dessinioti C, Katsambas A. Antibiotics and antimicrobial resistance in acne: epidemiological trends and clinical practice considerations. (Antibióticos y resistencia a los antimicrobianos en el acné: tendencias epidemiológicas y consideraciones para la práctica clínica). *Yale J Biol Med*. 2022; 95: 429-443.

La resistencia a los antimicrobianos es una preocupación creciente de salud pública a nivel mundial. El uso de antibióticos en el tratamiento del acné ha contribuido significativamente a este problema. El acné *vulgaris*, que afecta a 80% de los adolescentes y hasta 50% de los adultos en alguna etapa de su vida, es una enfermedad inflamatoria crónica de los folículos pilosebáceos. En su patogénesis, el *Cutibacterium acnes* juega un papel clave, aunque esta bacteria también forma parte del microbioma normal de la piel.

La terapia del acné ha dependido en gran medida del uso de antibióticos, tanto tópicos como sistémicos, no sólo por sus efectos antibacterianos, sino también por sus propiedades antiinflamatorias. Sin embargo, el uso prolongado de antibióticos para tratar el acné ha llevado al desarrollo de cepas resistentes de *C. acnes* y otras bacterias comensales de la piel. Los primeros informes de resistencia clínicamente relevante de *C. acnes* se documentaron en la década de 1980 y, desde entonces, la resistencia a los antibióticos ha ido en aumento, en especial en los casos donde se usan antibióticos tópicos como la clindamicina o la eritromicina.

El desarrollo de resistencia a los antimicrobianos en *C. acnes*

El surgimiento de cepas resistentes de *C. acnes* se ha vinculado con el uso excesivo de antibióticos, en particular en periodos prolongados que superan los tres meses recomendados por las guías actuales. Un estudio en Estados Unidos mostró que 64% de los pacientes tratados con antibióticos orales para el acné excedieron el límite de tres meses. En algunos casos, los antibióticos se prolongaron por más de seis meses, lo que aumenta significativamente el riesgo de resistencia. En otro estudio retros-



pectivo, sólo 15.3% de los pacientes recibió antibióticos durante menos de tres meses.

La resistencia de *C. acnes* se debe, en gran medida, a mutaciones en los genes que codifican las subunidades ribosómicas. Estas mutaciones generan resistencia a antibióticos como la eritromicina, la clindamicina y las tetraciclinas. La resistencia a las tetraciclinas, en particular, se ha relacionado con una mutación en la subunidad ribosomal 16S, mientras que la resistencia a los antibióticos macrólidos como la eritromicina se debe a mutaciones en la subunidad ribosomal 23S.

Impacto del uso de antibióticos en el microbioma cutáneo

El microbioma de la piel, compuesto por una variedad de bacterias, hongos y otros microorganismos, juega un papel importante en la salud cutánea. El uso prolongado de antibióticos en el tratamiento del acné no sólo afecta a *C. acnes*, sino que también altera el equilibrio de otras bacterias comensales, lo que puede llevar a la colonización por patógenos resistentes. Además, el uso de antibióticos puede provocar disbiosis, un desequilibrio en el microbioma que se ha relacionado con varias enfermedades cutáneas, como las heridas crónicas.

Investigaciones previas han demostrado que el uso de antibióticos como la minociclina y la doxiciclina puede causar cambios significativos en la diversidad y composición del microbioma cutáneo. Por ejemplo, un estudio observó reducción en los niveles de *C. acnes* tras la terapia con minociclina, acompañada de un aumento en bacterias como *Pseudomonas* y *Streptococcus*, lo que sugiere que el uso de antibióticos puede tener efectos a largo plazo en la microbiota de la piel.

Prescripción y duración de los tratamientos con antibióticos

Las guías internacionales actuales recomiendan limitar el uso de antibióticos sistémicos a un máximo de tres meses, y evitar el uso de antibióticos tópicos como monoterapia. En lugar de ello, se aconseja combinar los antibióticos tópicos con otros tratamientos, como el peróxido de benzoilo, que ha demostrado ser eficaz para reducir la carga bacteriana sin inducir resistencia. No obstante, en la práctica clínica, muchos médicos continúan prescribiendo antibióticos por periodos más largos, lo que refleja la falta de conciencia o preocupación por el problema de la resistencia a los antimicrobianos.

Alternativas a los antibióticos en el tratamiento del acné

Ante el creciente riesgo de resistencia, hay un fuerte impulso hacia el desarrollo y uso de terapias no antibióticas. Entre las alternativas más utilizadas se encuentran el peróxido de benzoilo y los retinoides tópicos. El peróxido de benzoilo, en particular, ha demostrado ser eficaz para reducir tanto *C. acnes* como otras bacterias resistentes, sin inducir resistencia bacteriana. Además, la combinación de peróxido de benzoilo con antibióticos tópicos puede mejorar la eficacia de estos últimos contra cepas resistentes. También se han explorado otros tratamientos emergentes, como los probióticos tópicos y los moduladores de receptores de andrógenos. Los probióticos, al restaurar la diversidad del microbioma cutáneo, podrían ofrecer una vía prometedora para el tratamiento del acné sin el riesgo de inducir resistencia.

Conclusión

El uso excesivo de antibióticos en el manejo del acné ha contribuido al desarrollo de resistencia antimicrobiana, no sólo en *C. acnes*, sino también en otras bacterias comensales de la piel. La resistencia a antibióticos como la eritromicina y la clindamicina es especialmente preocupante, ya que limita las opciones de tratamiento disponibles. Para mitigar este problema, es esencial limitar el uso de antibióticos a corto plazo y buscar alternativas no antibióticas cuando sea posible. La concienciación entre los profesionales de la salud sobre el riesgo de resistencia y la implementación de estrategias de gestión de antibióticos serán clave para abordar este desafío en el futuro.

Diana Miroslava Zamora Benze, R3D.

Lee WG, Koh YG, Shin SH et al. Case series of acanthosis nigricans treated with topical trifarotene cream. (Serie de casos de acantosis nigricans tratada con trifaroteno tópico). *J Cosmet Dermatol.* 2023; 22: 2862-2864.

En el presente artículo se describe un estudio realizado utilizando crema tópica de trifaroteno al 0.005% para el tratamiento de la acantosis nigricans (AN). La AN es una afección caracterizada clínicamente por la presencia de áreas de piel oscura, engrosada y aterciopelada, que afecta por lo común las zonas flexurales, como el cuello y las axilas. El trifaroteno es un retinoide de cuarta generación que ha sido aprobado, en especial, para el manejo del acné; sin embargo, este estudio explora su empleo para el tratamiento de la AN.

El estudio incluye una serie de casos que presentan mejoría significativa en la apariencia de las lesiones de AN tras el uso de trifaroteno. En particular, se observa reducción de la hiperpigmentación y el grosor de la piel afectada, lo que sugiere que el trifaroteno podría ser una opción efectiva para este padecimiento, el cual es difícil de manejar con terapias tradicionales.

Uno de los puntos clave es que los pacientes toleraron bien el tratamiento, reportándose sólo efectos secundarios menores, como irritación leve en algunas áreas. La eficacia del trifaroteno en la mejora de la textura de la piel se atribuye a su capacidad para modular la diferenciación celular y la queratinización, procesos que están alterados en la AN.

El artículo concluye que el trifaroteno puede ofrecer una opción terapéutica innovadora y eficaz para la acantosis nigricans, aunque se requieren más estudios para confirmar estos hallazgos en una mayor población y a largo plazo.

Luis Gerardo Cruz Gómez, R3D.

Tan J, Thiboutot D, Popp G et al. Randomized phase 3 evaluation of trifarotene 50 µg/g cream treatment of moderate facial and truncal acne. Estudio aleatorizado fase 3 para evaluar el empleo de trifaroteno 50 µg/g en crema para el tratamiento de acné facial y troncal moderado. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 80: 1691-1699.

El estudio aleatorizado fase 3 utilizando crema de trifaroteno 50 µg/g para tratar acné facial y troncal moderado analiza dos estudios doble ciego, de 12 semanas de duración, que evaluaron la seguridad y eficacia del trifaroteno en pacientes con acné mo-

derado en la cara y el tronco. Los resultados mostraron mejora significativa en las lesiones inflamatorias y no inflamatorias, con tasas de éxito superiores al grupo de control, el cual utilizó sólo un vehículo.

El trifaroteno fue bien tolerado, con efectos secundarios leves, como irritación localizada. Esta investigación respalda el uso del trifaroteno como tratamiento efectivo para el acné en áreas faciales y troncales.

La crema de trifaroteno mostró un buen perfil de seguridad y es eficaz en ambos tipos de acné, facial y corporal, lo que supone un avance relevante en el manejo terapéutico de esta condición. No obstante, el estudio no incluyó tratamientos sistémicos ni tópicos adicionales, por lo que se sugieren estudios complementarios que amplíen su evaluación a largo plazo. El artículo concluye que el trifaroteno es una opción prometedora para mejorar tanto el acné facial como el troncal. Una de las limitantes de estos estudios es que no fue comparado contra las principales líneas de tratamiento, como adapaleno o tretinoína.

Luis Gerardo Cruz Gómez, R3D.

Kaur HS, Chen JS, Doolan BJ et al. Narrow-band UVB phototherapy-Australian consensus-based recommendations. (Consenso y recomendaciones australianas de la fototerapia con UVB de banda estrecha (UVB-BE)). *Australas J Dermatol.* 2022; 63: 387-391.

La fototerapia es el empleo de un tipo de luz ultravioleta que en medicina es usada para el tratamiento de múltiples enfermedades de la piel. Dicha luz ha demostrado ser efectiva en la psoriasis, eczema, micosis fungoide, vitiligo, entre otras. En Australia, debido a la migración, los dermatólogos enfrentan un desafío para tratar diferentes fototipos cutáneos. Para poder efectuar una adecuada atención y tratamiento, nueve dermatólogos australianos expertos en fototerapia realizaron recomendaciones y un consenso para la práctica de la fototerapia con UVB BE. El encuentro se llevó a cabo vía zoom con técnica de grupo nominal. Se les hicieron 32 preguntas, moderadas por un único coordinador y se definió como consenso con 100% de participantes de acuerdo con las declaraciones.

Se obtuvo como resultado 30 afirmaciones completas y una parcial que respaldan las pautas propuestas. Sólo dos preguntas no alcanzaron consenso, las cuales trataban sobre los niveles séricos de folato en mujeres en riesgo antes y durante el embarazo.

Las recomendaciones más destacables fueron: la dosis inicial de UVB BE debe ser determinada por el fototipo cutáneo, según Fitzpatrick, se recomienda la dosis de inicio en psoriasis, eczema y vitiligo en fototipos I y II de 100 mJ/cm², fototipos III y IV de 200 mJ/cm², y para los fototipos V y VI 300, mJ/cm².

Los incrementos de la dosis pueden ser lineales: 50 a 100 mJ/cm² o por porcentajes, 15 a 20%, dependiendo de la enfermedad. Como dosis máxima en psoriasis y vitiligo: fototipos I y II de 2,000 mJ/cm², fototipos III y IV 3,000 mJ/cm² y fototipos V y VI 4,000 mJ/cm². Y para eczema 50 mJ/cm² menos en cada fototipo.

Los tratamientos deben ser evaluados y registrados cada 18 a 24 sesiones después del inicio y cada 24 a 36 sesiones.

Los autores señalan que el dermatólogo puede determinar la terapia de mantenimiento, si la considera necesaria, de acuerdo con la enfermedad y extensión del padecimiento.

Una limitación de la validez del estudio fue que no todos los estados australianos estaban representados en el grupo de consenso.

Mariana Campos Gómez, R3D.

Meixiong J, Ricco C, Vasavda C et al. Diet and acne: a systematic review. (La dieta y el acné: una revisión sistemática). *JAAD Int.* 2022; 7: 95-112. doi: 10.1016/j.jdin.2022.02.012.

El acné vulgar es una enfermedad de la piel relacionada con la pubertad, donde las hormonas juegan un papel crucial en su desarrollo y severidad. Se ha observado que dietas ricas en productos lácteos y alimentos de alto índice glucémico, típicas de los países occidentales, afectan los niveles hormonales implicados en la patogénesis del acné, como el aumento de los niveles de insulina y del factor de crecimiento similar a la insulina. En cambio, las dietas de bajo índice glucémico, asociadas con poblaciones no occidentalizadas, se han relacionado con una menor prevalencia de acné. En estudios etnográficos, comunidades como los Kitavans de Papúa, Nueva Guinea, y los Aché de Paraguay, quienes siguen dietas bajas en índice glucémico y prácticamente sin lácteos, mostraron una incidencia nula de acné, en comparación con otras poblaciones con estilos de vida más occidentalizados.

Métodos

El análisis se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en la base de datos MEDLINE, sin restricciones de tiempo, siguiendo las directrices PRISMA de 2020. La búsqueda incluyó términos relacionados con «acné y lácteos» y «acné y carbohidratos de alto índice glucémico», identificando 410 artículos, de los cuales 34 cumplían con los criterios de inclusión. Estos estudios se centraron en la relación entre el acné, los productos lácteos y la carga glucémica.

Resultados

De los estudios observacionales seleccionados, 82.4% eran de naturaleza observacional y 17.6% fueron ensayos controlados; 35.7% comentó exclusivamente sobre la asociación entre los productos lácteos y el acné y 46.4% describió las asociaciones de los productos lácteos y el índice glucémico/carga glucémica con el acné. Un porcentaje significativo de estos estudios (77%) sugieren una asociación positiva entre la ingesta de alimentos de alto índice glucémico y la exacerbación del acné. Asimismo, 70% de los estudios que analizaron el consumo de lácteos también vincularon al menos un producto lácteo con un aumento en la severidad o aparición del acné, aunque no todos los tipos de lácteos tuvieron el mismo impacto.

Se encontró que los estudios realizados en países con dietas predominantemente occidentales mostraban mayor correlación entre el consumo de lácteos y la gravedad del acné. Sin embargo, no se encontraron ensayos clínicos que analizaran directamente la relación entre el acné y el consumo de suero de leche o caseína, dos componentes comunes en los productos lácteos.

Discusión y conclusiones

La mayoría de los estudios revisados respalda la hipótesis de que una dieta alta en carga glucémica y un mayor consumo de lácteos pueden empeorar el acné, especialmente en poblaciones jóvenes de países occidentales. No obstante, aún se requieren más ensayos clínicos controlados y estudios longitudinales para establecer con mayor precisión el papel de los lácteos en el acné, particularmente en función de las diferencias étnicas y geográficas.

El estudio concluye que, aunque el efecto de la dieta sobre el acné puede variar según la población, hay evidencia suficiente para sugerir que reducir el consumo de alimentos de alto índice glucémico y lácteos podría ayudar a disminuir la aparición y severidad del acné. Si bien, dada la falta de ensayos controlados sobre los lácteos, se recomienda realizar más investigaciones en esta área para entender mejor las variaciones según la región y la etnia.

Diana Miroslava Zamora Benze, R3D.

Roh YS, Choi J, Sutaria N et al. Itch: Epidemiology, clinical presentation, and diagnostic workup. (Prurito: epidemiología, presentación clínica y estudio diagnóstico). *J Am Acad Dermatol.* 2022; 86: 1-14. doi: 10.1016/j.jaad.2021.07.076.

Introducción

El prurito es una sensación incómoda que genera la necesidad de rascarse y es un problema común a nivel mundial, afectando entre 8 y 25% de la población. Es más frecuente en mujeres y personas de edad avanzada. El prurito crónico puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, alterando el sueño y causando trastornos del estado de ánimo.

Etiologías del prurito

El prurito puede estar asociado con enfermedades dermatológicas (hasta en 50% de los casos), así como con causas sistémicas, neuropáticas y psicogénicas. Entre las causas sistémicas destacan las alteraciones renales, presentes en la mayoría de los pacientes en hemodiálisis, debido a neuropatía urémica, inflamación sistémica y aumento de la actividad del receptor opioide μ . Otras condiciones que pueden provocar prurito incluyen la colestasis, donde la acumulación de ácidos biliares afecta inicialmente las palmas y plantas. Asimismo, la diabetes mellitus y el hipertiroidismo pueden causar prurito debido a alteraciones nerviosas, vasodilatación y activación de cininas.

El prurito también puede manifestarse en diversas enfermedades reumatológicas, como la esclerosis sistémica, la dermatomiositis y el lupus eritematoso. Además, es un síntoma que puede presentarse en algunas neoplasias, principalmente hematológicas, debido a reacciones inflamatorias locales al tumor o como un fenómeno paraneoplásico. Otras causas son efectos adversos a medicamentos. Por otro lado, el prurito neuropático surge por desregulación neural, con afecciones como el prurito braquiorradial y la notalgia parestésica. A nivel psicogénico, la ansiedad y la depresión agravan la severidad del prurito, en estos pacientes, debido a los efectos negativos en el sueño y en la calidad de vida, el prurito crónico aumenta la carga psiquiátrica y las probabilidades de ideación suicida.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación del prurito requiere determinar si está asociado con lesiones cutáneas primarias. En los casos sin lesiones visibles, se debe realizar una biometría hemática, así como evaluar la función hepática, renal y tiroidea para descartar causas sistémicas. Existen múltiples escalas para evaluar la severidad del prurito, así como su impacto en la calidad de vida. En caso de que no se identifique alguna enfermedad sistémica específica, a los pacientes se les puede diagnosticar como «prurito crónico de origen desconocido».

Conclusión

El prurito es un síntoma complejo que puede tener diversas causas, tanto dermatológicas como sistémicas. Un enfoque diagnóstico detallado, que incluya exámenes de laboratorio y evaluación clínica exhaustiva, es esencial para su manejo adecuado. La identificación temprana de enfermedades subyacentes es crucial para mejorar la calidad de vida del paciente.

Cynthia Guadalupe Reyes Hernández, R3D.

Spicer MS, Goldberg DJ. Lasers in dermatology. (Láser en dermatología). *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 1-25; quiz 26-28.

Láser es el acrónimo de *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*, en español: amplificación de luz por estimulación de emisión de radiación.

Es un dispositivo que puede generar un haz de luz colimada con las siguientes características:

Unidireccional: cada rayo se considera paralelo a lo demás.

Monocromática: una sola longitud de onda de un solo color.

Coherente: todas las ondas están acopladas en longitud, amplitud y número en la misma fase de tiempo y espacio.

Esta tecnología puede ser de emisión espontánea, cuando consta de una fuente energética externa, óptica, mecánica, química o eléctrica, que está encargada de excitar electrones que liberan energía en forma de fotones dentro una cámara que en su interior contiene un medio productivo, que determinará la longitud de onda. Estos pueden ser sólidos (rubí o cobre), líquidos (colorantes o Dye láser), semiconductores (galio) o gaseosos (diodo). La cámara también contiene dos espejos reflectores que reflejan los fotones que emiten los átomos excitados. Finalmente, se conduce el rayo a través de fibra óptica.

Las características de la luz emitida deben ser: continua, con onda constante de bajo poder que producirá destrucción no selectiva del tejido (CO_2 y argón), casi continua (KTIPO4) pulsada que emite pulsos ultracortos con intervalos.

En la piel la luz penetra hasta en 96%, después se dispersa, se transmite profundizándose en la zona y se absorbe mediante la emisión de un fotón que cede a un cromóforo, los cuales pueden ser: la hemoglobina, el agua y la melanina. Para que estos cromóforos sean destruidos se necesita que la duración de pulso del rayo de energía sea más corta o igual que el tiempo de relajación térmica de la estructura a tratar.

Los espectros alejados del infrarrojo y de la luz visible penetran menos la dermis.

Los usos del láser en la dermatología son múltiples: lesiones vasculares (telangiectasias, hemangiomas), depilación, fotoenvejecimiento e hiperpigmentaciones.

Mariana Campos Gómez, R3D.

Siqueira SOM, Campos-do-Carmo G, Dos Santos ALS et al. Merkel cell carcinoma: epidemiology, clinical features, diagnosis and treatment of a rare disease. (Carcinoma de células de Merkel: epidemiología, características clínicas, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad rara). *An Bras Dermatol.* 2023; 98: 277-286. doi: 10.1016/j.abd.2022.09.003.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tipo raro y agresivo de cáncer de piel. Aunque es poco frecuente, su incidencia ha ido en aumento en las últimas décadas, especialmente en personas mayores de 50 años, con fototipos cutáneos I y II, y a aquellos con un sistema inmunológico comprometido, como los pacientes con VIH o aquellos que han recibido trasplantes de órganos. Se ha observado una relación con la exposición a la radiación UV y la infección por el virus de las células de Merkel, un virus oncogénico.

Características clínicas

El CCM suele presentarse como una lesión cutánea indolora, que puede ser de color rojo, azul o púrpura, localizada en áreas expuestas al sol, como la cabeza, el cuello y las extremidades. Su diagnóstico es difícil, ya que estas lesiones pueden parecerse a otros tipos de lesiones cutáneas. La rápida evolución del tumor, junto con la posibilidad de metástasis a ganglios linfáticos y órganos distantes, son características alarmantes.

Diagnóstico

El diagnóstico del carcinoma de células de Merkel generalmente se realiza a través de una biopsia de la lesión cutánea. Se utilizan técnicas histológicas para identificar las características celulares específicas. Además, se pueden emplear estudios de imagen, como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), para evaluar la extensión de la enfermedad y detectar metástasis.

Tratamiento

El tratamiento del CCM puede incluir una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. La extirpación quirúrgica es el tratamiento principal y se busca lograr márgenes negativos. La radioterapia se utiliza a menudo como adyuvante para reducir el riesgo de recurrencia, en especial en casos donde la cirugía no ha sido suficiente. La quimioterapia puede ser considerada en casos avanzados o metastásicos, aunque su efectividad varía. Recientemente, la inmunoterapia ha surgido como una opción prometedora, especialmente en pacientes con enfermedad metastásica, debido a su capacidad para activar el sistema inmunológico contra las células cancerosas.

Conclusión

El carcinoma de células de Merkel es un tipo de cáncer de piel raro, aunque agresivo, que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo. La detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar la morbimortalidad en los pacientes. Con el avance de la investigación, se están explorando nuevas opciones terapéuticas que podrían mejorar el pronóstico de esta enfermedad desafiante.

Diana Guadalupe Arzola Alanís, R3D.

Kim HJ, Kim YH. Molecular frontiers in melanoma: pathogenesis, diagnosis, and therapeutic advances. (Fronteras moleculares en melanoma: patogénesis, diagnóstico y avances terapéuticos). *Int J Mol Sci.* 2024; 25: 2984. doi: 10.3390/ijms25052984.

Este artículo ofrece un análisis profundo sobre los mecanismos moleculares clave que impulsan el desarrollo de un melanoma, destacando mutaciones comunes en genes como BRAF, NRAS y KIT. Explica cómo estas alteraciones influyen en la proliferación celular descontrolada y la resistencia terapéutica. Además, examina avances en la identificación de biomarcadores y las nuevas estrategias de diagnóstico molecular, como la biopsia líquida y la secuenciación de nueva generación. En el campo terapéutico, se destacan los progresos en inmunoterapia (inhibidores de puntos de control como anti-PD1) y terapias dirigidas a mutaciones específicas, que han mejorado significativamente la supervivencia en pacientes con melanoma avanzado.

Se subraya también el papel del microambiente tumoral en la progresión del melanoma, donde las interacciones entre las células tumorales y el sistema inmunológico desempeñan un papel crucial. Este conocimiento ha dado lugar al desarrollo de terapias combinadas, que buscan superar las limitaciones de las terapias convencionales y mejorar la respuesta clínica. El artículo concluye abordando los desafíos restantes, como la resistencia a las terapias y la necesidad de desarrollar tratamientos más personalizados y efectivos en las etapas tempranas y avanzadas del melanoma.

El desarrollo del melanoma, desde los nevos benignos hasta la metástasis, implica factores genéticos y daño inducido por rayos UV. Los nevos benignos suelen tener mutaciones como BRAFV600E, mientras que los nevos displásicos muestran alteraciones adicionales en genes como MAPK, el promotor de TERT y CDKN2A. El melanoma avanza con mutaciones en NRAS, influido por la vía de señalización WNT. La clasificación de la OMS distingue melanomas de baja exposición solar (CSD) con mutaciones en BRAF, y de alta CSD con NRAS, NF1 y KIT, mientras que melanomas no relacionados con CSD incluyen los acrales y mucosos con otras alteraciones genéticas.

Principales mutaciones en melanoma:

1. Mutaciones en BRAF: presentes en 50% de los melanomas, especialmente V600E, que activan la vía MAPK/ERK, promoviendo la proliferación celular. Estas mutaciones son frecuentes en melanomas cutáneos y están relacionadas con la exposición a UV. Han surgido terapias dirigidas como vemurafenib y dabrafenib, específicas para BRAFV600E,

con buenos resultados en el tratamiento de melanomas metastásicos.

2. Mutaciones en NRAS: aparecen en 15-20% de los casos de melanoma, activando la vía MAPK por un mecanismo distinto al de BRAF. Estas mutaciones son exclusivas de BRAF y su identificación es clave para decisiones terapéuticas. Aunque aún no existen terapias específicas efectivas para NRAS, la investigación continúa.
3. Mutaciones en c-KIT: son más comunes en melanomas mucosos, acrales y en piel con daño solar crónico. Aunque las terapias para estas mutaciones no están aprobadas formalmente, los inhibidores de c-KIT han mostrado resultados prometedores en pacientes seleccionados.
4. Mutaciones en GNAQ/GNA11: se encuentran comúnmente en melanomas uveales, representando un subgrupo genético distinto. Estas mutaciones no responden bien a las terapias actuales, y aunque se está investigando, el tratamiento de estos melanomas sigue siendo un desafío.

La clasificación de la OMS de 2018 organiza los melanomas según su exposición solar (CSD), correlacionando con mutaciones específicas para entender mejor su biología y guiar el tratamiento.

En el diagnóstico molecular del melanoma, las técnicas más avanzadas incluyen la secuenciación de nueva generación (NGS) para detectar mutaciones en genes clave como BRAF, NRAS y c-KIT. También, la transcriptómica de célula única permite estudiar el microambiente tumoral, mejorando el conocimiento sobre la progresión y respuesta a tratamientos. Las biopsias líquidas, que detectan ADN tumoral circulante en sangre, son herramientas prometedoras para monitorear el progreso de la enfermedad. Los biomarcadores moleculares como BRAF, NRAS y la carga mutacional tumoral son esenciales para diagnóstico, pronóstico y tratamiento del melanoma.

Las terapias moleculares para el melanoma han avanzado notablemente, mejorando la supervivencia. Los principales tratamientos incluyen:

Terapia dirigida: inhibidores de BRAF (vemurafenib, dabrafenib) y de MEK (trametinib) bloquean la vía MAPK/ERK, evitando el crecimiento tumoral. La combinación de inhibidores BRAF-MEK disminuye la resistencia.

Inmunoterapia: inhibidores de PD-1 y CTLA-4 (pembrolizumab, nivolumab) estimulan la respuesta inmune, a veces combinados con tratamientos como T-VEC.

Nuevas investigaciones exploran vacunas, transferencia adoptiva de células, microbioma e inhibidores de la respuesta a daños en el ADN.

Estas estrategias buscan prolongar la vida y mejorar la calidad de los pacientes con melanoma.

Diana Guadalupe Arzola Alanís, R3D.

Nazarali S, Sajic D. Cryosurgery and 5-Fluorouracil combination therapy for treatment of Bowen's disease and superficial basal cell carcinoma. (Criocirugía y combinación de 5-fluorouracilo en el tratamiento de la enfermedad de Bowen y

carcinoma basocelular superficial). *J Drugs Dermatol.* 2023; 22: 1166-1171.

El cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: el no melanoma y el melanoma *per se*. Dentro del primer grupo se incluyen el carcinoma basocelular (CBC) que es el más frecuente a nivel mundial, y corresponde a 75-80% de todos los cánceres de piel, seguido del carcinoma espinocelular con 15%, dependiendo de las series analizadas. La variante más común del CBC es la forma plana superficial; la enfermedad de Bowen (EB) constituye una variante *in situ* del carcinoma espinocelular.

Ambas formas de cáncer no representan riesgo de metástasis, y podrían ser tratadas en años próximos con técnicas menos invasivas. En esta revisión se examina la tasa de curación, tanto del carcinoma basocelular plano superficial y de la EB utilizando la combinación de un ciclo de crioterapia seguido de tratamiento tópico con 5-fluorouracilo de 3-4 semanas.

Se recabaron los datos de pacientes con estudio histopatológico de carcinoma basocelular superficial (CBCs) y EB tratados con esta modalidad combinada, o bien con 5-fluorouracilo exclusivamente. Se analizaron un total de 310 biopsias con diagnóstico de EB, y 176 biopsias con diagnóstico confirmado de CBCs, de los cuales 229 y 61, respectivamente, fueron tratados con dicha modalidad. Se obtuvo una tasa de curación de 90% para EB y de 86.9% para el CBCs con un ciclo de crioterapia y cuatro semanas de aplicación tópica de 5-fluorouracilo a los seis meses de seguimiento.

La conclusión es que dicha modalidad terapéutica podría ser considerada para tratar a estos pacientes en donde la preservación de tejido resulta importante, disminuyendo la necesidad de procedimientos invasivos. Se requieren más estudios aleatorizados comparados junto con grandes tamaños de muestras para probar su efectividad.

Luis David Segundo López, R3D.

Saggini A, Fink-Puches R, Cota C et al. Papular mycosis fungoides is a distinctive variant of early-stage mycosis fungoides: extended retrospective study with long-term follow-up. (La micosis fungoide papular es una variante distinta de un estado temprano de micosis fungoide: estudio retrospectivo extendido con un seguimiento a largo plazo). *Am J Surg Pathol.* 2019; 43: 1129-1134.

Introducción

La micosis fungoide (MF) papular es una variante rara de MF. Actualmente, su comportamiento clínico y su pronóstico son inciertos, aunque se cree que es similar a una fase temprana de MF.

Metodología

De forma retrospectiva se identificaron los casos de MF papular que fueron atendidos en el Departamento de Dermatología de la Universidad Médica de Graz, Austria, del año 2005 al 2019. Se realizó una revisión de expedientes para obtener variedades clínicas, histopatológicas y de seguimiento. El estudio fue sometido a valoración por el Comité de Ética de la Institución.

Resultados

Se identificaron 18 casos (13 hombres y 5 mujeres) con una mediana de edad de 57.5 años (RIC 13-77 años). En cuatro pacientes el diagnóstico histopatológico inicial fue pitiriasis liquenoide crónica quienes posteriormente fueron reclasificados como MF papular por el desarrollo de lesiones típicas de MF a lo largo de su padecimiento. Los pacientes fueron seguidos durante aproximadamente 92 meses (RIC 6-304 meses). Se observó que cuatro pacientes tuvieron remisión completa, 10 cursaron con enfermedad estable, dos más desarrollaron progresión después de 215 y 300 meses, y tres pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad a los 50 y 199 meses del diagnóstico inicial.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio confirman que la MF papular corresponde a una variante clínico-patológica temprana de MF, con pronóstico similar a otras formas clínicas frecuentes de la enfermedad. El conocimiento de esta variante es necesario para un diagnóstico y tratamiento precisos.

Mariana de la Vega de la Peña, R3D.

Mori S, Lee EH. Beyond the physician's perspective: A review of patient-reported outcomes in dermatologic surgery and cosmetic dermatology. (Más allá de la perspectiva del médico: una revisión de pacientes-reportes de evolución en cirugía dermatológica y dermatología cosmética). *Int J Womens Dermatol.* 2018; 5: 21-26.

Introducción

Las medidas de desenlaces reportados por el paciente (PROMs, por sus siglas en inglés) se utilizan en investigación en ciencias de la salud para cuantificar la perspectiva del paciente según su enfermedad o su tratamiento. En dermatología estas mediciones son relevantes porque la perspectiva del paciente es crítica para evaluar el resultado de un procedimiento cosmético, incluyendo aquellos que se realizan en la reconstrucción de una extirpación de cáncer de piel.

Metodología

Revisión bibliográfica en PubMed con los términos «*patient reported outcome*», «*dermatologic surgery*» o «*cosmetic dermatology*». Se incluyeron estudios originales, de revisión y series de casos. Se excluyeron reportes de caso, artículos en idiomas diferentes al inglés, estudios en especies no humanas, investigaciones en niños y adolescentes, estudios de procedimientos no dermatológicos e investigaciones sin desenlaces reportados por el paciente. Se identificaron 460 artículos, y posterior a la revisión del título y del resumen se incluyeron 104 para revisión de texto completo. Se incluyeron siete PROMs comúnmente utilizados en cirugía dermatológica y cosmética.

Resultados

En paciente con cáncer de piel, las mujeres experimentan mayor impacto en el índice de calidad de vida relacionado a la salud

(HRQoL) durante su tratamiento, datos obtenidos gracias al uso de PROMs. El reciente desarrollo de nuevos instrumentos como el FACE-Q o FACE-Q Skin Cancer han facilitado la comprensión de algunos ítems sobre tratamiento que impactan en múltiples dominios de HRQoL.

Conclusiones

El uso de PROMs ayuda a los dermatólogos a capturar de forma objetiva las preocupaciones del paciente según su enfermedad o su tratamiento, mejorando así la experiencia del paciente.

Mariana de la Vega de la Peña, R3D.

Blauvelt A, Teixeira HD, Simpson EL et al. Efficacy and safety of upadacitinib vs dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. (Eficacia y seguridad del upadacitinib vs dupilumab en adultos con dermatitis atópica moderada-severa: ensayo clínico aleatorizado). *JAMA Dermatol.* 2021; 157: 1047-1055.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de la piel, con un sinnúmero de tratamientos que ayudan a mejorar la sintomatología de los pacientes. Recientes avances han demostrado mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

El presente ensayo clínico aleatorizado, randomizado, cabeza a cabeza, doble ciego, multicéntrico, se llevó a cabo en América del Norte y Europa, de febrero del 2019 a diciembre del 2020. El objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad del upadacitinib vs dupilumab en adultos con dermatitis atópica moderada a severa. El objetivo primario del estudio fue lograr una mejoría de 75% en la escala del EASI75 que es áreas de eccema e índice de severidad a la semana 16. Los objetivos secundarios fueron evaluar la mejoría en la puntuación de la peor escala del prurito (NRS) (la cual es una puntuación numérica semanal), así como la proporción de pacientes que alcanzaron el EASI100 y el EASI90 a la semana 16, entre otras.

Se incluyeron un total de 342 pacientes en el grupo de upadacitinib 30 mg vía oral diario y 331 pacientes en el grupo de dupilumab 300 mg subcutáneos semanal.

Resultados

Se concluyó que 248 pacientes en el grupo de upadacitinib (72.4%) y 207 pacientes del grupo de dupilumab (62.6%) lograron el objetivo primario. De los objetivos secundarios, el upadacitinib mostró ser superior frente al dupilumab. Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Dentro de los efectos adversos no se presentaron tasas de infecciones serias como sería de esperar.

Luis David Segundo López, R3D.

Liu M, Chen H, Xu F. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis: a cross-sectional study. (Dermatoscopia de sarcoidosis cutánea: un estudio transversal). *An Bras Dermatol.* 2023; 98: 750-754. doi: 10.1016/j.abd.2022.12.006.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, multisistémica. Las manifestaciones clínicas de la sarcoidosis cutánea son polimorfas; a nivel histopatológico se caracterizan por la presencia de granulomas histiocíticos con escasos linfocitos. La diversidad en la presentación clínica ocasiona dificultades para sugerir un diagnóstico, por lo que los autores de este artículo decidieron realizar un estudio retrospectivo para analizar las características dermatoscópicas y poder así describir los hallazgos útiles que incrementan la sospecha diagnóstica.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo con 39 pacientes con sarcoidosis cutánea, estudiados en el Departamento de Dermatología del Hospital Huashan, afiliado a la Universidad de Fudan, de agosto 2014 a febrero 2021, evaluando las características clínicas y dermatoscópicas. Las imágenes dermatoscópicas fueron obtenidas con el DermLite 3Gen, con aumento 10x. Se confirmó el diagnóstico mediante estudio histopatológico.

Resultados

Se incluyeron 39 pacientes, 35 mujeres y cuatro hombres, con edad media de 56.2 años. La evaluación dermatoscópica evidenció lesiones globulares translúcidas, anaranjadas. En 38 casos se observaron vasos lineales, y en 26 casos se apreciaron lesiones centrales similares a cicatrices, parecidas a áreas blancas, sin estructuras o líneas blancas entre las lesiones globulares anaranjadas translúcidas. Finalmente, 15 lesiones mostraron tapones queratósicos.

Discusión

En este estudio, la mayoría de los pacientes presentaron un fototipo cutáneo III. De las lesiones evaluadas, 74.4% fueron placas, 23.1% lesiones de aspecto nodular y 2.6% úlceras; 56.4% fueron lesiones purpúricas o violáceas, 23.1% eritematosas, 17.9% anaranjadas-rojizas, y 2.6% rojas.

Los hallazgos dermatoscópicos más comunes fueron estructuras ovoides translúcidas en 100% de los pacientes, seguido de vasos lineales en 97.4%, líneas blancas brillantes en 76.9%, zonas similares a cicatrices en 66.7% y tapones queratósicos en 38.5%. Estos hallazgos son consistentes con los datos reportados en la literatura que favorecen la sospecha diagnóstica. El diagnóstico diferencial se realiza con otras lesiones cutáneas, incluyendo lupus eritematoso discoide, leishmaniasis, y otras enfermedades granulomatosas, como el granuloma anular.

Conclusión

Los autores concluyen que la presencia de estructuras globulares amarillas o anaranjadas, o la presencia de áreas sin estructura, incrementan la sospecha de dermatosis granulomatosas, especialmente sarcoidosis cutánea. La dermatoscopia es una herramienta auxiliar, cuyo empleo no es suficiente

para confirmar el diagnóstico, el cual se realiza mediante un estudio histopatológico, complementándose con exámenes de laboratorio y de imagen.

Alejandra Angulo Rodríguez, R3D.

González González M, Torres González S, Trejo Acuña JR et al. Is follicular porokeratosis a distinct clinical variant? (Poroqueratosis folicular ¿es una variedad clínica distinta?). *Actas Dermosifiliogr.* 2024; 115: 417-419. doi: 10.1016/j.ad.2022.07.037.

La poroqueratosis es un trastorno de la queratinización que se caracteriza por la presencia de placas anulares con un borde queratósico. Se han descrito seis tipos, incluyendo la poroqueratosis de Mibelli, poroqueratosis actínica superficial y diseminada, poroqueratosis *palmaris plantaris et diseminata*, poroqueratosis lineal y algunas variantes menos frecuentes. Todas comparten la característica histopatológica distintiva de este padecimiento: la laminilla cornioide.

En este artículo se comunica el caso de dos pacientes: el primero es un hombre de 52 años, con una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores, constituida por lesiones eritematosas, con descamación folicular. Tras la sospecha de queratosis actínicas múltiples, se realizó biopsia de una de las lesiones, evidenciando la presencia de laminillas cornoides conectadas con el epitelio folicular, con ausencia de capa granulosa.

El segundo caso corresponde a un hombre de 58 años, con una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores y tronco, con lesiones de aspecto papular queratósicas. El estudio histopatológico mostró hiperqueratosis paraqueratósica compacta dentro del infundíbulo folicular, ausencia de capa granulosa y células disqueratósicas, compatibles con laminilla cornioide.

La poroqueratosis folicular fue descrita en 2009 por Pongpudpunth y colaboradores, como una variedad diferente de la poroqueratosis. Estas lesiones se han observado en aproximadamente 21 casos, con predominio en mujeres entre 19 y 85 años. La topografía más frecuente son las zonas fotoexpuestas, como cara, tronco y extremidades, con lesiones eritematosas o café claro, anulares, de aspecto folicular y borde discretamente queratósico, por lo general asintomáticas o ligeramente pruriginosas.

La histopatología muestra laminilla cornioide confinada al folículo piloso, con ausencia focal de capa granulosa y la presencia de células disqueratósicas. El diagnóstico diferencial se realiza con otras variedades de poroqueratosis, queratosis actínicas, lupus discoide y carcinoma espinocelular superficial.

El tratamiento no está claramente establecido, aunque se han empleado imiquimod al 5%, queratolíticos, 5-fluorouracilo, curetaje y escisión quirúrgica, con respuestas variables.

Hasta el momento, se han reportado pocos casos de la poroqueratosis folicular, incluyendo los dos descritos en este artículo, sugiriendo que se trata de una variedad nueva, la cual debería incluirse en la clasificación de los subtipos de poroqueratosis ya descritos.

Alejandra Angulo Rodríguez, R3D.

Gilkey T, Hammond A, Gurnani P et al. Subtype transition from pemphigus vulgaris to pemphigus foliaceus. (Transición de subtipo de pénfigo vulgar a pénfigo foliáceo). *JAAD Case Rep.* 2022; 31: 31-34. doi: 10.1016/j.jocr.2022.10.036.

Introducción

El artículo describe cuatro casos clínicos de transición de pénfigo vulgar (PV) a pénfigo foliáceo (PF), dos trastornos ampollosos autoinmunes caracterizados por la presencia de anticuerpos contra las desmogleínas (Dsg) 1 y 3. El PV presenta anticuerpos anti-Dsg3, y en ocasiones anticuerpos anti-Dsg1, mientras que el PF cursa con anticuerpos anti-Dsg1 y afecta principalmente la piel. La transición entre estos dos subtipos es poco común y se considera un fenómeno inmunológico interesante.

Casos clínicos

Caso 1: hombre de 62 años con PV que desarrolló PF un año después de la remisión. Se identificaron anticuerpos anti-Dsg1, pero no anti-Dsg3.

Caso 2: mujer de 49 años con diagnóstico inicial de PV, que cinco años después presentó características clínicas de PF y se confirmó el diagnóstico mediante ELISA con niveles elevados de anticuerpos anti-Dsg1.

Caso 3: hombre de 38 años con PV que, tras 16 años, desarrolló lesiones compatibles con PF, mostrando anticuerpos anti-Dsg1.

Caso 4: mujer de 28 años con PV que, tras un año, presentó transición a PF con identificación únicamente de anticuerpos anti-Dsg1.

Discusión y conclusión

Los cuatro pacientes experimentaron remisiones después de tratamientos inmunosupresores y mostraron transición a PF con anticuerpos anti-Dsg1 predominantes. Se sugiere que la transición de PV a PF puede estar mediada por la supresión preferencial de los autoanticuerpos anti-Dsg3 después de la terapia inmunosupresora. Aunque la transición de PV a PF es más común que la inversa, se resalta la necesidad de un seguimiento adecuado en pacientes con PV para detectar cambios en el perfil de la enfermedad. El artículo concluye que es crucial el uso de técnicas diagnósticas precisas y sugiere la realización de estudios más amplios para entender mejor los factores de riesgo y la patogénesis de esta transición.

María Fernanda Pérez Barragán, R3D.

Gómez-Quispe H, Muñoz Moreno-Arrones O, Hermosa-Gelbard A et al. Trichoscopy in alopecia areata. (Tricoscopia en la alopecia areata). *Actas Dermosifiliogr.* 2023; 114: 25-32. doi: 10.1016/j.ad.2022.08.018.

Introducción

La alopecia areata es una enfermedad autoinmune no cicatricial, que afecta a un pequeño porcentaje de la población y puede presentarse de diversas formas. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física, siendo la tricoscopia una

herramienta útil para evaluar la actividad, gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Hallazgos tricoscópicos

1. Puntos amarillos: corresponden a un infundíbulo folicular dilatado y están presentes en un 60-94% de los casos, siendo un marcador de gravedad.
2. Puntos negros: pelos rotos a nivel de la piel cabelluda, indicativos de inflamación activa, presentes en 50% de los casos.
3. Pelos en signo de exclamación: indicativos de actividad de la enfermedad, observados en 39% de los casos.
4. Pelos afilados: señalan actividad de la AA, presentes en 51% de los casos.
5. Pelos acodados: indicadores de una lesión menos grave.
6. Pelos rotos: indican un mal pronóstico, presentes en 49% de los casos.
7. Pelos vellosos: señalan respuesta al tratamiento y remisión espontánea.
8. Pelos en recrecimiento: marcan un pronóstico positivo de tratamiento.
9. Constricciones de Pohl-Pinkus: reflejan episodios recurrentes, pero son poco frecuentes.

La tricoscopia ayuda a evaluar la actividad inflamatoria y la efectividad de los tratamientos. Los signos observados pueden indicar la respuesta al tratamiento y la gravedad de la enfermedad.

Conclusiones

La tricoscopia es una técnica no invasiva esencial en dermatología, que apoya en el diagnóstico y permite un mejor control de la alopecia areata, ayudando a personalizar el tratamiento según la actividad y gravedad de la enfermedad.

María Fernanda Pérez Barragán, R3D.

Thom H, Cheng V, Keeney E et al. Matching-adjusted indirect comparison of crisaborole ointment 2% vs. topical calcineurin inhibitors in the treatment of patients with mild-to-moderate atopic dermatitis. (Comparación indirecta ajustada por emparejamiento del crisaborol ungüento al 2% vs inhibidores de calcineurina en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica leve a moderada). *Dermatol Ther (Heidelb).* 2022; 12: 185-194. doi: 10.1007/s13555-021-00646-1.

Las guías para tratamiento de dermatitis atópica (DA) recomiendan el uso de corticoesteroides tópicos e inhibidores de calcineurina en los casos leves. El crisaborol ungüento al 2%, es un antiinflamatorio no esteroideo tópico que actúa inhibiendo la fosfodiesterasa-4 (PDE4), enzima asociada con la liberación de citocinas proinflamatorias, el cual ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la DA leve a moderada. No existen ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparen la eficacia y seguridad de crisaborol vs inhibidores de calcineurina.

Métodos

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de crisaborol al 2% vs pimecrolimus al 1%, tacrolimus al 0.03% y tacrolimus al

0.1% en pacientes ≥ 2 años con DA leve a moderada, mediante la mejoría en las puntuaciones de la Evaluación Global Estática del Investigador (EGEI), una escala de 5 puntos, donde 0/1 indican «claro o casi claro» a los 28-42 días. La eficacia del crisaborol se evaluó utilizando dos ECA de fase III, y la eficacia de los inhibidores de calcineurina se evaluó utilizando ECA incluidos en un metaanálisis. Los controles de vehículos no fueron comparables debido a diferencias en los ingredientes y al desequilibrio poblacional y, por lo tanto, se utilizó una comparación indirecta ajustada por emparejamiento no anclada (MAIC).

Resultados

Las probabilidades de lograr una mejora en la puntuación EGEI fueron mayores con crisaborol al 2% versus pimecrolimus al 1% (*odds ratio* [OR] 2.03; intervalo de confianza [IC] de 95%: 1.45-2.85; tamaño de muestra efectivo = 627, valor de $p < 0.001$) y para crisaborol al 2% versus tacrolimus al 0.03% (OR 1.50; IC95% 1.09-2.05; tamaño de muestra efectivo = 311, $p = 0.012$). La comparación de crisaborol vs tacrolimus al 0.1% no fue factible debido al bajo tamaño de muestra y el sesgo.

Conclusión

El MAIC no anclado sugiere que las probabilidades de lograr mejora en la puntuación EGEI son mayores con crisaborol al 2% que con pimecrolimus al 1% o tacrolimus al 0.03% en pacientes ≥ 2 años con EA de leve a moderada.

Marian Guadalupe Escribano Ponce, R3D.

Sompochpruetikul K, Khongcharoensombat T, Chongpison Y et al. Whey protein and male acne: A double-blind, randomized controlled trial. (Proteína de suero de leche y acné masculino: un ensayo controlado aleatorio, doble ciego). *J Dermatol.* 2024; 51: 1022-1025. doi: 10.1111/1346-8138.17109.

Antecedentes

La exacerbación del acné vulgar (AV) después de cierto consumo dietético sigue sin ser concluyente entre los expertos. Los

productos lácteos, incluidos proteína de suero de leche (PSL), son sospechosos debido a su impacto en incremento de insulina y factor de crecimiento insulínico tipo 1, que en última instancia contribuyen a la patogénesis. Sin embargo, las relaciones causales aún no se han demostrado debido al pequeño tamaño de muestra y la falta de controles.

Objetivos: investigar la asociación entre el consumo de PSL y la gravedad del acné en hombres.

Métodos

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, de no inferioridad, en hombres con acné facial y/o troncal de leve a moderado. Se incluyeron 49 pacientes, los participantes del grupo de intervención tomaron 30 g diarios de PSL asociado a un suplemento nutricional de 18 g (grupo con PSL, $n = 25$), mientras que el grupo de control tomó un suplemento nutricional sin PSL de 46 g (grupo sin PSL, $n = 24$). En cada cita de seguimiento, los investigadores evaluaron el recuento de lesiones totales de acné, lesiones comedónicas, lesiones inflamatorias y su gravedad. Se realizó seguimiento a seis meses.

Resultados

La edad media de los participantes fue de 19.7 años. Las diferencias medias en las lesiones totales de acné facial y troncal para el grupo PSL y no PSL fueron -5.99 (intervalo de confianza [IC] de 95%, -13.18 a 1.19, $p = 0.09$) y -2.18 (IC95%, -11.83 a 7.48, $p = 0.65$), respectivamente. Para los cambios de gravedad, sólo un participante (4.3%) en el grupo sin PSL informó un aumento en la escala de evaluación global del investigador de al menos dos niveles.

Conclusiones

En este ensayo se demostró que el consumo regular de PSL por seis meses no contribuyó al empeoramiento del AV en hombres con tendencia acnéica. Esto pudiera deberse al pequeño tamaño de muestra, y a la dosis de PSL utilizadas.

Marian Guadalupe Escribano Ponce, R3D.