

## Resúmenes

**Le Cleach L, Trinquart L, Penso-Assathiany D, Chosidow O. Comparative effectiveness of cryotherapy and salicylic Acid for plantar warts. (Comparación de efectividad entre crioterapia y ácido salicílico para el tratamiento de verrugas plantares.) Arch Dermatol. 2012; 148: 1311-1313.**

Se trata de un ensayo pragmático, aleatorizado y multicéntrico, con dos ramas paralelas y evaluadores cegados. Fue realizado en 13 clínicas podológicas, en escuelas universitarias de podología y en centros de salud primarios en el Reino Unido e Irlanda. Se estudiaron pacientes menores de 12 años con una o muchas verrugas plantares (en mosaico o no), susceptibles a tratamiento con crioterapia o ácido salicílico. De los 242 pacientes aleatorizados, 118 recibieron crioterapia y 124 ácido salicílico (50%). A las 12 semanas, los grupos no encontraron diferencia en cuanto a la desaparición de las verrugas, 15 de 110 (14%) fueron para crioterapia y 17 de 119 (14%) para ácido salicílico (diferencia 0.65%, 95%, IC -8.33 a 9.63;  $p = 89$ ).

Los grupos tampoco difirieron en la autoevaluación de la remoción de las verrugas plantares a los seis meses (29 de 95 [31%] versus 33 de 98 [34%]; diferencia -3.15%; IC 95%, -16.31 a 10.02;  $p = 64$ ), tiempo de remoción (rango de 0.80; IC 95%, 0.51 a 1.25;  $p = 33$ ) o número de verrugas plantares a la semana 12 (rango 1.08; IC 95%, 0.81 a 1.43;  $p = 62$ ). Se observaron 28 efectos adversos. En la semana 12, el 62% de los que recibieron crioterapia y un 41% de los tratados con ácido salicílico estaban satisfechos con su tratamiento. Concluyeron que la crioterapia y el ácido salicílico son igual de efectivos.

Este ensayo apoya la decisión de utilizar el ácido salicílico como primera línea de tratamiento para las verrugas plantares; sin embargo, no se puede generalizar. Es importante tener a la mano otras opciones en caso de que el tratamiento con ácido salicílico no funcione. Otro ensayo aún no concluido evaluará la eficacia a corto plazo, el riesgo de recurrencia a largo plazo y la tolerancia y preferencia de los pacientes por las diferentes estrategias.

Dra. Fabiola Soria, R4.

**Fartasch M, Taeger D, Broding HC et al. Evidence of increased skin irritation after wet work: impact of water exposure and occlusion. (Evidencia de aumento en la irritación de la piel posterior al trabajo con agua: impacto de la exposición y oclusión.) Contact Dermatitis. 2012; 67: 217-228.**

El constante contacto con agua y la oclusión con guantes impermeables incrementan el riesgo de desarrollar una dermatitis por contacto irritativa. En este estudio se evaluaron los efectos de la exposición continua a la humedad laboral y la oclusión.

Se tomó como grupo control un total de 763 voluntarios sin dermatosis previas a quienes se les solicitó no aplicar productos tópicos ni exponerse a radiación ultravioleta. Los participantes se clasificaron en cuatro grupos: grupo A, 20 pacientes con

exposición de dos horas diarias de humedad y oclusión por una semana; grupo B, 20 pacientes con tres horas de exposición por una semana; grupo C, 21 pacientes con cuatro horas de exposición diaria por una semana; grupo D, 12 pacientes con exposición combinada y seis horas de oclusión contra tres horas más de humedad.

La prueba se realizó en la cara anterior de los antebrazos. El izquierdo sirvió de control y el derecho se sometió a la humedad y oclusión. La primera se representó por medio de algodón mojado y la oclusión se realizó cubriendo un área con polivinil.

La segunda fase del estudio consistió en aplicar lauril sulfato de sodio sobre los antebrazos para comprobar una mayor susceptibilidad de la piel previamente expuesta a humedad. Las observaciones posteriores a la aplicación del factor irritante se realizaron a las 24 y a las 48 horas.

Las manifestaciones clínicas y la evaluación de la integridad de la barrera cutánea se midieron a través de la pérdida transepidérmica de agua y de la presencia o no de eritema.

**Resultados:** Se observó una mayor pérdida transepidérmica de agua en la piel expuesta a humedad, siendo proporcional al mayor tiempo de exposición. Los sitios expuestos mostraron mayor irritación posterior a la aplicación de lauril sulfato de sodio.

La oclusión con polivinil no afectó significativamente la barrera cutánea; sin embargo, posterior a la aplicación del irritante, sí hubo un aumento en la pérdida transepidérmica de agua y en las manifestaciones clínicas.

**Discusión:** El contacto prolongado con humedad y oclusión recibe el nombre de «actividad húmeda». Los cambios en la barrera cutánea se han explicado por la presencia de agua en los espacios intercelulares y por la alteración de estructuras lipídicas, así como en la síntesis de ADN epidérmico y la presencia de citocinas.

La humidificación de la piel, en comparación con la oclusión, mostró alteraciones en la barrera cutánea posterior a las tres horas de exposición diaria. Sin embargo, la oclusión de piel sana no provocó cambios aun después de seis horas de exposición. La aplicación de un irritante sobre piel previamente ocluida sí provocó una dermatosis, lo cual se explica por la liberación de citocinas.

La comparación entre el grupo mixto demostró diferencias en la pérdida transepidérmica de agua; sin embargo, no fue estadísticamente significativo, por lo que se propone que la humedad seguida de oclusión no provoca mayor inflamación en la piel.

En conclusión, este estudio sugiere que ante piel constantemente húmeda o bajo oclusión con guantes el efecto irritante de los detergentes puede agravarse.

Dra. Susana Sil Zavaleta, R4.

**Berger EM, Orlow SJ, Patel RR et al. Experience with Molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice: the bump that rashes. (Experiencia con el molusco contagioso y reacciones inflamatorias asociadas en la práctica de dermatología pediátrica: las erupciones protuberantes) Arch Dermatol. 2012; 148: 1257-1264.**

El molusco contagioso se considera una infección viral autolimitada que se presenta más frecuentemente en niños, tales como neoformaciones umbilicadas. Pueden desarrollarse diferentes reacciones inflamatorias asociadas al molusco contagioso, como «la dermatitis

por molusco» (dermatitis eccematosas), inflamación en general y reacciones que semejan el síndrome de Gianotti-Crosti.

Las lesiones generalmente se presentan como pápulas eritematoedematosas y pústulas. El objetivo de este estudio fue investigar la frecuencia, características clínicas y epidemiológicas, además del significado pronóstico de las diversas respuestas inflamatorias del molusco contagioso, así como la relación entre dermatitis atópica y el molusco contagioso. Se realizó un estudio retrospectivo con un total de 696 pacientes (336 niños, 360 niñas), con edad promedio de 5.5 años, diagnosticados del primero de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2010. La dermatitis por molusco, las lesiones inflamatorias y las reacciones que semejan el síndrome de Gianotti-Crosti se observaron en 270 (38.8%), 155 (22.3) y 34 (4.9%) de los pacientes, respectivamente. Doscientos cincuenta y nueve pacientes (37.2%) tenían antecedentes de dermatitis atópica y fueron quienes mayor cantidad de lesiones de molusco presentaron, así como de dermatitis por molusco. Debido a que las reacciones inflamatorias por molusco son frecuentes, la dermatitis por molusco puede ayudar a disminuir la diseminación por autoinoculación debido al rascado, mientras que las lesiones de molusco inflamadas y la reacción que semeja el síndrome de Gianotti-Crosti reflejan una respuesta inmune mediada por células.

*Dra. Cecilia Rodas, R4.*

**Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B. Evidence-based treatments for female pattern hair loss: a summary of a Cochrane systematic review. (Tratamientos basados en la evidencia de pérdida de pelo con patrón femenino: resumen de una revisión sistemática de Cochrane.)** *Br J Dermatol.* 2012; 167: 995-1010.

El objetivo de esta revisión fue examinar las diferentes opciones de manejo y determinar la estrategia más efectiva en el tratamiento de la pérdida de pelo con patrón femenino. La pérdida de pelo con patrón femenino es un problema que se ha venido incrementando. La naturaleza andrógeno-dependiente no ha sido aún bien establecida, por lo que se recomienda no denominarle alopecia androgenética. Esta última se caracteriza por una miniaturización folicular progresiva debido a la conversión del folículo terminal a folículos tipo vello. La presentación de la pérdida del vello terminal puede preceder a la menarca o manifestarse hasta la sexta década de la vida y se caracteriza por la disminución en la densidad del pelo que frecuentemente se observa adelgazado en la parte central de la piel cabelluda.

En este artículo, los autores realizaron una revisión sistemática de ensayos aleatorizados controlados de acuerdo con un protocolo preespecificado. La búsqueda de los estudios se realizó en 12 bases electrónicas hasta octubre del 2011. Se incluyeron ensayos aleatorizados controlados que compararán cualquier tipo de intervención utilizada o tratamiento para la pérdida de pelo con patrón femenino, solos o combinados contra el placebo o tratamiento activo. Se excluyeron aquellos estudios de mujeres con tumores ováricos o adrenales productores de andrógenos. Los tres parámetros primarios evaluados fueron la repoblación de pelo clínicamente significativa al final del estudio, el cambio en la calidad de vida y los efectos adversos de los diversos tratamientos.

En cuanto a los resultados, sólo 22 estudios cumplieron con los criterios de inclusión; 10 de ellos investigaron minoxidil y

cuatro finasteride, dos incluyeron acetato de ciproterona y dos flutamide y adicionalmente otras intervenciones con alfatradiol, octil nicotinato, miristil nicotinato, L-cisteína, pantotenato de calcio, estrógenos, adenosina y espirolactona, entre otros. El periodo de tratamiento fue entre 6 y 12 meses.

Diez estudios reportaron la eficacia del minoxidil tópico; otro más, la eficacia y seguridad de minoxidil *versus* placebo; ninguno de los dos estudios que compararon las concentraciones de 2 y 5% tuvieron una diferencia significativa en cuanto a la eficacia. Respecto a los efectos secundarios, concluyeron que a mayor concentración, mayor efecto secundario si se aplica dos veces al día, pero si se utiliza minoxidil 2% dos veces al día comparado con la aplicación de minoxidil 5% una vez al día, la frecuencia de efectos adversos es similar. En general, el uso de minoxidil comparado con otros tratamientos es el más efectivo. Los resultados con el resto de medicamentos fue muy variable; algunos fueron más efectivos que el placebo, otros inefectivos, como la adenosina.

Como conclusión general, en esta revisión le dieron poca importancia a la calidad de vida como un resultado postratamiento. Los autores señalan que el único tratamiento efectivo con efecto demostrado es el minoxidil, por lo que proponen que se realicen estudios bien diseñados de alta calidad para normar la elección de tratamiento.

*Dra. María Guadalupe Domínguez Ugalde, R4.*

**Pietrzak A, Bartosińska J, Chodorowska G et al. Cardiovascular aspects of psoriasis: an updated review. (Aspectos cardiovasculares en psoriasis: una revisión actualizada.)** *Int J Dermatol.* 2013; 52: 153-162.

**Objetivo general:** revisión de la literatura acerca de la asociación entre enfermedad cardiovascular y psoriasis, así como los mecanismos patogénicos compartidos entre éstas, mediante un metaanálisis a partir de los estudios de casos y controles y las cohortes publicados entre el 2007 y 2011.

**Resultados:** el análisis estadístico de cuatro estudios de los casos y controles y 10 estudios de cohorte indicaron un riesgo elevado de eventos cardiovasculares en pacientes con psoriasis comparado con pacientes sin psoriasis con un OR 1.28 (1.18-1.38), IC 95%.

**Discusión:** los estudios epidemiológicos u observacionales podrían estar limitados por sesgos y diversos factores que confunden, como lo son: a) la información de una población que no necesariamente representa a otra debido a diferencias étnicas y otros factores, b) algunos estudios que no contienen información de otros factores de riesgo cardiovascular, c) los fármacos anti-psoriasis pueden por sí solos aumentar o disminuir la incidencia de enfermedad cardiovascular, d) la selección de pacientes en la mayoría de los estudios está basada en un código diagnóstico que no puede ser verificado, e) es posible que en algunos casos, la información del uso de medicamentos sistémicos no haya sido reportada en la base de datos, y finalmente, f) no existe suficiente evidencia de relación causa-efecto entre las dos enfermedades y ésta es difícil de determinar.

**Conclusiones:** aun cuando la patología cardiovascular frecuentemente acompaña a la psoriasis, se desconoce si ésta se desarrolla con mayor frecuencia en los pacientes con psoriasis; sin embargo, los estudios epidemiológicos sugieren que mien-

tras más severa la psoriasis y mayor su duración, mayor será el riesgo para desarrollar una patología cardiovascular, por lo que los pacientes deberán ser informados sobre la compleja naturaleza de su padecimiento a fin de tomar medidas preventivas que ayuden a disminuir su riesgo cardiovascular. Una modificación en el estilo de vida es crucial en el tratamiento de la psoriasis. A fin de conseguir un exitoso control de este padecimiento y evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, el paciente requiere de un manejo integral.

*Dra. Mónica Calderón Moore, R2.*

**Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F et al. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. (Historia familiar, índice de masa corporal, factores dietéticos seleccionados, historia menstrual y riesgo de acné moderado a severo en adolescentes y adultos jóvenes.) *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67: 1129-1135.**

**Introducción:** La predisposición genética y los factores ambientales contribuyen a la patogénesis del acné. La prevalencia de éste varía en los diferentes países a través del tiempo. Se sugiere que los diferentes estilos de vida pueden influir en su desarrollo. Para analizar el papel que juegan diferentes factores, incluyendo la historia familiar, los factores dietéticos, el tabaco y la historia menstrual, los autores realizaron un estudio de casos y controles en pacientes jóvenes en varias clínicas dermatológicas ambulatorias en 15 ciudades de Italia.

**Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles de los factores de riesgo para acné moderado a severo en personas entre los 10-24 años. Los pacientes fueron evaluados por dermatólogos en los centros participantes durante el periodo de estudio. Los sujetos del grupo control fueron personas que no tuvieran lesiones de acné o que ésta fuese leve y sin tratamiento; también quienes acudieron a consulta dermatológica por

diferentes causas, en días seleccionados aleatoriamente en los mismos centros donde fueron identificados los casos. Un total de 205 pacientes entre los 10-24 años de edad (media de  $17.2 \pm 3.1$  años 50.2% hombres) y 358 sujetos control (media  $17.6 \pm 3.8$  años 43% hombres) fueron entrevistados. La topografía más frecuente fue en la cara en 201 casos (98%), tronco en 104 casos (50.7%) y otras localizaciones en 18 casos (8.8%). El grupo de alimentos investigados incluyó consumo de pastas y pan; carne de res, puerco, pollo, salami, jamón, huevo y pescado; leche entera, descremada o semidescremada y otros productos lácteos (queso, pasteles, dulces, chocolate, helado), vegetales y frutas. La clasificación de los eventos menstruales se realizó con preguntas acerca de la edad de menarca, uso de anticonceptivos orales, duración de los ciclos menstruales y el número de periodos menstruales durante los últimos 12 meses. El consumo promedio diario de alcohol se registró anotando los contenidos de cada tipo de bebida. Se obtuvieron medidas antropométricas, incluyendo peso y talla; el índice de masa corporal se calculó con base en esto.

**Resultados:** El acné de moderado a severo se asoció fuertemente con una historia familiar en primer grado (95%, intervalo de confianza 2.31-5.05). El riesgo se redujo en personas con menor índice de masa corporal, con un efecto más pronunciado en hombres en comparación con las mujeres. No existe alguna asociación con el hábito de fumar. El riesgo se incrementa con la ingesta de leche (95% intervalo de confianza 1.22-2.59) en aquellos que consumen más de tres porciones por semana. La asociación fue más fuerte con la leche descremada que con la entera. El consumo de pescado se asoció con un efecto protector (95% intervalo de confianza 0.47-0.99). No se observó asociación alguna entre las alteraciones menstruales y el desarrollo de acné moderado a severo, ni con ninguno de los otros alimentos estudiados.

**Conclusión:** Los factores anteriores sí influyen en el desarrollo de acné moderado a severo.

*DR. Fabio Iván Anzueto Sánchez, R2.*