

Resúmenes bibliográficos

Steen AJ, Mann JA, Carlberg VM et al. Understanding the cost of dermatologic care: A survey study of dermatology providers, residents, and patients. (Comprendiendo los costos de la atención dermatológica: Estudio encuesta entre proveedores de atención dermatológica, residentes y pacientes). *J Am Acad Dermatol.* 2017; 76: 609-617.

La actual reforma en salud en Estados Unidos hace hincapié en el cuidado de la salud, la cual puede definirse como el sistema que maximiza la proporción de resultados en salud por dólar gastado. En este proceso los médicos desempeñan el papel principal en la relación costo-resultado. La Academia Americana de Dermatología recomienda que los dermatólogos comprendan los costos de la atención dermatológica.

El objetivo del estudio fue determinar la comprensión por parte de los proveedores de dicha atención de los costos que implica la atención dermatológica y su comunicación al paciente. Los objetivos secundarios fueron determinar la comprensión y perspectiva de los pacientes y residentes en dermatología sobre la información que reciben o proporcionan sobre los costos de los tratamientos.

Metodología

Se realizaron tres encuestas diferentes para cada población estudiada (proveedores de atención-residentes-pacientes), las cuales fueron revisadas por pares y optimizadas para su distribución. Se utilizó la escala de Likert para encuestas de 4 a 5 opciones. En las opciones se incluyeron respuestas afirmativas (totalmente de acuerdo, de acuerdo, siempre, frecuentemente y a veces) y respuestas negativas (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo y nunca).

Los tres grupos se reclutaron de octubre de 2010 a marzo de 2011 en Portland, Oregón en instituciones de práctica académica y pública. Los residentes en el estudio representaban los departamentos de dermatología de las siguientes universidades: *Oregon Health & Science University* (OHSU), Washington, San Francisco y Stanford, California. Los pacientes fueron reclutados de la Clínica General de Dermatología de la OHSU y de seis instituciones privadas, seleccionadas de manera aleatoria.

Los datos recolectados fueron analizados con el programa SPSS y Microsoft Excel. Para proveedores de atención y residentes se determinó que los precios fueran calculados como exactos si se encontraban dentro de un rango de 25% del valor real. Se calcularon los costos de los fármacos, procedimientos y estudios de laboratorio. El porcentaje de error se calculó y reportó con números absolutos para evitar falsos resultados. La importancia de las variables demográficas independientes sobre la exactitud del cálculo se evaluó dividiendo a proveedores de atención y residentes en tres grupos de acuerdo con sus respuestas: incorrecto, promedio y exacto. Se utilizaron las pruebas de análisis multivariado y χ^2 para determinar la validez de las mismas.

Resultados

Se estudió un total de 233 encuestas de pacientes, 54 de proveedores y 48 de residentes.

Proveedores de atención dermatológica

La mayoría subestimaron los costos, el porcentaje absoluto de error fue de 52%; en promedio 4.5 veces más propensos a subestimar que a sobreestimar los costos (449 versus 101). Sólo 20% fueron exactos dentro de un rango de 25% del costo real del medicamento. Las variables independientes no fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a la comunicación con el paciente sobre los costos de los medicamentos sólo 45% refería el precio del medicamento y sólo si éste no era cubierto por el seguro. 94% especificaba el precio de los procedimientos si éstos no eran cubiertos por el seguro y sólo 15% indicaba el precio aunque tuviera cobertura por el seguro médico.

Residentes

De las encuestas aplicadas a residentes que estuvieron dentro del rango de 25% de los costos reales de los medicamentos y procedimientos, los resultados fueron 14 y 27% respectivamente. El porcentaje absoluto de error en el precio de medicamentos fue de 60% y en el precio de procedimientos fue de 130%. Los residentes fueron 3.4 y 1.1 veces más propensos a subestimar que a sobreestimar los costos de los medicamentos y procedimientos respectivamente. Las variables independientes no fueron estadísticamente significativas.

Los resultados revelaron que sólo 12.5% de residentes había recibido clases sobre este tema durante el último año; 21% nunca había recibido información al respecto y 73% había tenido acercamiento informal al tema. 73% de los residentes refirió que había sido abordado por los pacientes para preguntar sobre los precios de los medicamentos y procedimientos después de que el proveedor de atención había salido del consultorio.

Pacientes

La mayoría de los pacientes contestaron que para ellos era muy importante saber el costo de los procedimientos (92%) y de los medicamentos (84%) que la aseguradora no cubría. Asimismo, 72% señalaron que era muy importante conocer el precio de los procedimientos, incluso aquéllos con cobertura por el seguro médico. Menos de la mitad de ellos había hablado sobre el precio de los medicamentos y procedimientos con su médico. Una cuarta parte mencionó que no seguía las prescripciones señaladas en las recetas y no continuaba acudiendo a las citas debido a los costos. 79% mostraron desacuerdo con respecto a la idea de que los medicamentos de patente eran mejores que los genéricos y 86% prefería los genéricos.

Discusión

El estudio demostró la deficiencia de los proveedores en atención dermatológica y residentes en el conocimiento de los costos de los medicamentos, siendo un poco más precisos en el de los procedimientos. El hallazgo final de este estudio fue que 20% de los proveedores calculaba mal los costos de la medicación, lo cual

concuerda con una revisión realizada en el año 2007 en la que sólo 31% de los médicos de varias especialidades calcularon el costo exacto de la medicación.

Por otro lado, se demostró que la mayoría de los pacientes desea saber los costos de los medicamentos y que sólo 44% recibe información sobre éstos, lo que contribuye a la falta de apego al tratamiento y su seguimiento, con el subsecuente incremento en los gastos en salud.

Las limitaciones del estudio fueron que la población se restringió al noroeste de Estados Unidos, a caucásicos (82%) con una media de ingresos de \$50,000 dólares al año, por lo que no puede generalizarse al resto de la población estadounidense y menos aún a otras regiones del mundo. Además 97% contaba con seguro de gastos médicos.

En conclusión, el estudio demostró que, al igual que en otras áreas de medicina, los proveedores de atención dermatológica tienen un escaso conocimiento sobre los costos reales de los medicamentos. Los residentes reciben casi nula enseñanza sobre éstos, lo cual repercute en la adherencia al tratamiento, provoca fallas en el mismo e incrementa los costos en salud. Sin embargo, los pacientes sí desean conocer todos los costos de su tratamiento, sin importar si están cubiertos por su seguro o no.

Vianey Venecia Landini Enríquez, R2.

Tan KW, Haylett AK, Ling TC et al. Comparison of demographic and photobiological features of chronic actinic dermatitis in patients with lighter versus darker skin types. (Comparación de las características demográficas y fotobiológicas de la dermatitis actínica crónica en pacientes con tipos de piel clara contra más oscura). JAMA Dermatol. 2017; 153: 427-435. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5861

Introducción

La dermatitis actínica crónica (DAC) se describe clásicamente en hombres mayores y caucásicos, aunque en la actualidad se han incrementado los reportes de casos en pacientes más jóvenes con fototipos de piel más oscura, particularmente en el sur de Asia. La DAC se asocia a múltiples alergias por contacto; sin embargo, la variante por fotocontacto es menos estudiada.

Objetivo

Evaluar las diferencias de las características demográficas y fotobiológicas entre personas con DAC con fototipos de piel clara y oscura.

Material y métodos

La revisión retrospectiva se realizó con 70 pacientes con edad promedio de 50.9 años en tratamiento por fotosensibilidad, diagnosticados con DAC en la Unidad de Fotobiología del Centro Dermatológico de Manchester, Inglaterra, del 1º de noviembre de 2000 al 31 de agosto de 2015.

Resultados

Se estudió un total de 70 pacientes (37 hombres [53%] y 33 mujeres [47%]) con un promedio de edad de 50.9 años (DE = 2.3),

de los cuales 36 no eran hispanos ni latinos, 31 asiáticos y 3 de raza negra entre 18 y 83 años de edad al momento del diagnóstico y con una duración de la enfermedad de 8.8 años (DE = 1.3). 41 pacientes con fototipos de piel clara (Fitzpatrick I-IV) y 29 con fototipos de piel oscura (Fitzpatrick V y VI). Los pacientes con fototipo de piel más oscura y DAC eran más jóvenes, en promedio 40.7 años [DE = 3.5] con un inicio más temprano de la fotosensibilidad (en promedio a los 35.5 años [DE = 3.9], contra el promedio de 47.5 años [DE = 2.9; p = 0.01] de los pacientes con fototipo de piel más clara). La proporción entre hombres y mujeres en el grupo de fototipos de piel más clara fue de 2:1, comparada con la de 1:2 del grupo de piel más oscura. Las reacciones de fototest fueron igualmente severas en los fototipos V y VI en comparación con los tipos I a IV, con eritema mínimo con dosis monocromáticas de UV-B y UV-A. Ambos grupos mostraron reacciones de fotoalergia por contacto con filtros UV, protectores solares y antiinflamatorios no esteroideos; 14 de los 61 pacientes (23%) que fueron sometidos a pruebas al parche resultaron positivos.

Conclusiones

El estudio demostró que una proporción importante de pacientes con DAC se presenta ahora en mujeres jóvenes con fototipos de piel más oscura, con similar fotosensibilidad y efecto en la calidad de vida que en hombres mayores con fototipos de piel más clara, en quienes habitualmente se manifiesta dicha entidad. Por lo tanto, los médicos deben saber reconocer la DAC en mujeres más jóvenes con fototipos de piel más oscura.

Karla Samantha Torres González, R2D.

Chang J, Mitra N, Hoffstad O et al. Association of filaggrin loss of function and thymic stromal lymphopoietin variation with treatment use in pediatric atopic dermatitis. (Asociación entre la pérdida de función de la filagrina y la variación en la linfopoyetina del estroma tímico con tratamiento. Utilización en dermatitis atópica pediátrica). JAMA Dermatol. 2017; 153: 275-281.

La dermatitis atópica (DA) es un trastorno inflamatorio crónico de la piel que comúnmente afecta a los niños. La patogénesis implica una combinación de factores genéticos y ambientales. En la actualidad es posible disponer de múltiples terapias como tratamientos de primera y segunda línea. La filagrina (F) es un péptido epidérmico que desempeña un papel clave porque mantiene la integridad de la función de la barrera de la piel. Su pérdida o las mutaciones en el gen que la codifica se han relacionado con el riesgo de desarrollo, severidad y persistencia de DA, al igual que las variantes genéticas de la IL-7 like como la linfopoyetina del estroma tímico (LET).

El objetivo de este estudio fue determinar si la variación en el genotipo FLG de la F y la LET influyen en la duración del tratamiento. Para ello se utilizó un registro electivo de eczema pediátrico como fuente de pacientes (REEP).

Métodos

Este protocolo se realizó para evaluar la seguridad de pimecrolimus crema 1% aplicado a largo plazo para el tratamiento de DA. Se incluyeron 842 niños entre dos y 17 años con diagnóstico de

DA y en tratamiento con pimecrolimus. Se tomaron muestras de saliva para estudio de ADN y se evaluó la presencia de mutaciones en el gen FLP y LET (heterocigotas u homocigotas). Se aplicaron encuestas a los padres de los pacientes sobre los síntomas y respuesta al tratamiento. Posteriormente, se evaluaron los pacientes que habían interrumpido la aplicación del medicamento y se interrogó sobre el uso de cualquier otro tratamiento. El análisis estadístico se realizó utilizando χ^2 y ANOVA.

Resultados

De los 842 niños con genotipo FFLG, 770 también presentaron genotipo LET. 52% pertenecían al sexo femenino, 43.6% eran de raza negra y la edad media de presentación fue de 2.7 años. Los participantes fueron monitorizados por una media de 7.6 años.

Conclusión

La efectividad del tratamiento sí se relaciona con la variación genética. Dicha variación se limita a niños con los dos alelos FFLG y LET homocigotos.

Karen Velásquez Hernández, R2.

Greveling K, van der Klok T, van Doorn MB et al. Lentigo maligna-anatomic location as a potential risk factor for recurrences after non-surgical treatment. (Lentigo maligna-localización anatómica como factor potencial de riesgo de recurrencia después de tratamiento no quirúrgico) *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31: 450-454. doi: 10.1111/jdv.13941

Introducción

El lentigo maligno (LM) es un subtipo de melanoma *in situ*. La extirpación quirúrgica es la elección para su tratamiento; sin embargo, en la actualidad las opciones no quirúrgicas están ganando terreno.

Se considera que los siguientes factores incrementan el riesgo de recurrencia:

- Localización profunda de melanocitos atípicos de cabeza y cuello, los cuales abarcan hasta la unidad pilosebácea e incluso más abajo, ya que el tratamiento tópico incluye únicamente la epidermis.
- La densidad de la unidad pilosebácea, la cual depende de la localización anatómica, siendo más densa en la nariz, por lo que se considera que el riesgo de recurrencia de un LM después de tratamiento no quirúrgico es más alto en dicha zona debido a una mayor cantidad de melanocitos atípicos.

El propósito de este estudio fue determinar si la densidad de la unidad pilosebácea, así como la máxima extensión atípica de melanocitos a través de ésta y la profundidad de dicha estructura mostraban alguna diferencia entre el LM de nariz y el de las mejillas que pudiera influir en su recurrencia.

Material y métodos

Este estudio se llevó a cabo en el Centro Médico Erasmus de Rotterdam, Holanda, de enero del año 2001 a diciembre de 2015.

Se incluyeron todos los pacientes a quienes se les había aplicado tratamiento quirúrgico escisional de LM primario en nariz o mejillas (localización más frecuente del LM) para extirarlo completamente. Los criterios de exclusión fueron el no contar con laminillas o bloques de parafina, biopsias incisionales, cortes tangenciales o con abundante tejido cicatrizal y diagnóstico de melanoma invasor. Los resultados se analizaron utilizando el programa Simpatía 2.8, el cual se rige por los lineamientos del Programa de Registro Alemán de Patología.

Resultados

De enero de 2001 a diciembre de 2015 se diagnosticaron 122 pacientes con LM en nariz y 315 con LM en mejillas. De los 122 LM en nariz, 54 laminillas o bloques no estaban disponibles, 13 mostraban un componente invasivo y 16 eran biopsias incisionales. De los 315 de LM en mejillas, 103 laminillas o bloques no estaban disponibles, 23 fueron diagnosticados como invasivos y 58 eran biopsias. Después de la exclusión de estos casos, el estudio se llevó a cabo con 44 pacientes de LM, 22 localizados en nariz y 22 en mejillas.

El número de unidades pilosebáceas por mm en nariz fue de 1.84/mm y en mejillas de 1.45/mm con un valor de *p* de 0.001. La máxima extensión de melanocitos atípicos en la Unidad Pilosebácea de nariz fue de 1.29 mm y en mejillas fue de 0.72 mm con un valor de *p* de 0.001 y una diferencia de 0.57 mm (IC de 95% 0.33-0.82). La máxima profundidad de la unidad pilosebácea se observó en la nariz con 2.28 mm y 1.65 mm en mejillas con una diferencia de 0.63 mm –*p* 0.003– (IC 95% 0.33-0.82).

Discusión

El presente estudio demuestra que la densidad de la unidad pilosebácea y la máxima extensión de melanocitos atípicos en dicha estructura son mayores en la nariz. Estos resultados explican la razón de la recurrencia del LM exclusivamente en esta región después de un tratamiento no quirúrgico.

La profundidad máxima de la unidad pilosebácea también fue mayor en la nariz, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al rango de extensión de los melanocitos atípicos. Lo anterior sugiere que los melanocitos se extienden más profundamente en la nariz en contraste con las mejillas, simplemente porque la unidad pilosebácea está más profunda en esta zona.

La localización anatómica aún no ha sido bien evaluada como factor pronóstico potencial de presentar recurrencias de LM después de un tratamiento no quirúrgico. Un factor que sí se considera como un fuerte predictor para la recurrencia es la cantidad de melanocitos atípicos.

El mayor riesgo de recurrencia en nariz después de tratamiento no quirúrgico deberá tenerse en cuenta en la selección del tratamiento a realizar en esta área anatómica. Basados en los resultados de un estudio previo en 2016 realizado por Gautschi y cols. quienes aplicaron únicamente imiquimod, es posible considerar realizar tratamientos más largos para obtener mejores resultados en el LM de nariz.

Conclusión

El mayor riesgo de recurrencia de un LM en nariz después de tratamiento no quirúrgico se debe a la gran cantidad de melano-

citos atípicos en las partes más profundas de los anexos. Esta gran cantidad es resultado de mayor densidad y profundidad de la unidad pilosebácea en la nariz.

Andrea De Villafranca Dugelby, R2.

Chen X, Guo W, Xu X et al. Melanoma long non-coding RNA signature predicts prognostic survival and directs clinical risk-specific treatments. (El ARN largo no codificante del melanoma predice la supervivencia pronóstica y determina los tratamientos clínicos específicos de riesgo). *J Dermatol Sci.* 2017; 85: 226-234.

El melanoma cutáneo (MC) es el tipo de cáncer de piel más agresivo. Se origina a partir de células pigmentadas distribuidas en la piel y otros órganos. Se caracteriza por su alto grado de malignidad y por desarrollar metástasis tempranas. La supervivencia general a cinco años es < 16%, especialmente en aquellos pacientes con más de tres metástasis linfáticas o a distancia. Los tumores que miden más de 2 mm de grosor son los que tienen el mayor riesgo de desarrollar metástasis cutáneas loco-regionales. El nivel de Breslow es el marcador clínico-patológico más importante para predecir la supervivencia de los pacientes con MC local. En la actualidad se han propuesto diversos estudios enfocados en encontrar biomarcadores moleculares pronósticos en pacientes con MC. Estudios recientes sugieren que la detección de ARN largo no codificante puede servir como biomarcador pronóstico en diversos tipos de cáncer, como el carcinoma ovárico, colorrectal y el osteosarcoma.

Material y métodos

Se estudiaron pacientes con MC con nivel de Breslow no mayor de 2 mm.

La información clínica y los correspondientes datos de expresión de ARN se obtuvieron de las bases de datos del «Atlas genómico del cáncer» y del «ómnibus de expresión génica» (GSE65904). Se excluyeron las muestras que carecían de información sobre la supervivencia en la base de datos, así como quienes habían recibido terapia inmunológica, quedando sólo 458 y 210 muestras, respectivamente. Éstas se utilizaron para estudiar los niveles de expresión de ARN largo, asociados a la duración de la supervivencia. Todas las muestras se clasificaron en una base de datos de entrenamiento y dos bases de datos de validación.

Para el análisis estadístico se utilizó el sistema Cox de regresión de riesgo proporcional para identificar la supervivencia relacionada con el ARN largo. El método de Kaplan-Meier se aplicó para calcular la utilidad de esta firma en predecir la duración de la supervivencia en todos los pacientes. Por otro lado, los análisis de características operativas del receptor (COR) se emplearon para evaluar la eficacia predictiva de esta firma en las dos bases de datos de validación.

Resultados

Se hizo un análisis de regresión de riesgo proporcional univariado de Cox y se construyó una firma óptima de razón de riesgo de cuatro ARN largos: HCP5, LIMD1-AS1, MIR155HG y UNQ6494. Los niveles de expresión de todos ellos se correlacionaron positivamente con la supervivencia global de los pacientes.

Para validar la precisión de la firma de ARN largo en predecir el riesgo de muerte de los pacientes con MC se aplicó el análisis de Kaplan-Meier. La duración de la supervivencia de los pacientes en los grupos de alto riesgo fue significativamente más corta que la de los grupos de bajo riesgo. En consecuencia, la firma de cuatro ARN puede predecir con precisión el riesgo en pacientes con MC y por tanto, un paciente de mayor riesgo (predicción) posee una duración de supervivencia más corta.

Por otra parte, se realizó el análisis de la curva (COR) para evaluar la exactitud de la firma de los cuatro ARN largos en la predicción de la duración de la supervivencia, utilizando tres años como valor de corte. Las áreas bajo la curva COR fueron 0.711 (intervalo de confianza de 95% (IC): 0.618-0.804) y 0.698 (IC 95%: 0.614-0.782) cuando se utilizó esta firma para predecir la duración de supervivencia de los pacientes en las dos bases de datos de validación respectivamente, indicando la especificidad y sensibilidad superiores de la misma. Se concluye que cuando la firma de cuatro ARN largos se usa como factor pronóstico es muy práctica y superior para distinguir una mortalidad mayor de una menor.

Para confirmar la precisión de la firma se realizó una reagrupación basada en las características clínico-patológicas, incluyendo edad, sexo, ubicación tumoral, nivel de Breslow y estadio clínico. Todos estos resultados indicaron que la firma de ARN largo mostró una aplicabilidad satisfactoria.

Conclusión

Los resultados revelaron que los pacientes en los grupos de mayor riesgo tienen una supervivencia global más corta y menos posibilidad de curación que pacientes con MC en etapas tempranas y grosor tumoral no mayor de 2 mm.

Los resultados del presente estudio mostraron el potencial de los ARN largos como marcadores pronósticos precisos y clínicamente útiles en pacientes con MC. Este biomarcador podría mejorar potencialmente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, especialmente en aquéllos en etapas tempranas de la enfermedad o en quienes tienen un tumor con un nivel de Breslow no superior a 2 mm.

Mireya Barragán Dessavre, R2D.

El Taieb MA, Ibrahim H, Nada EA et al. Platelets rich plasma versus minoxidil 5% in treatment of alopecia areata: A trichoscopic evaluation. (Plasma rico en plaquetas comparado con minoxidil al 5% en el tratamiento de la alopecia areata: Evaluación tricoscópica). *Dermatol Ther.* 2017; 30. doi: 10.1111/dth.12437

Introducción

La alopecia areata (AA) es la causa más frecuente de la pérdida de cabello inducida por inflamación y cuya prevalencia varía de 0.1 a 0.2%. La pérdida de pelo se produce por un estado llamado «kenógeno», en el cual no se observa pelo dentro del folículo piloso. Clínicamente se manifiesta con placas alopécicas de bordes bien definidos de aparición súbita. De acuerdo con su extensión se le clasifica en multifocal, total, universal, oíácea y reticulada. La dermatoscopia de piel cabelluda (tricoscopia) se considera un método útil y no invasivo para corroborar el diagnóstico y

la progresión de la enfermedad, siendo la presencia de puntos amarillos, pelos en signo de admiración, pelos velludos cortos, puntos negros, pelos rotos, pelos enrollados en recrecimiento los datos más característicos de la AA, los cuales tienen valor diagnóstico y pronóstico.

En la actualidad no existe un tratamiento novedoso para la AA. El minoxidil (M) estimula la diferenciación y proliferación celular en la base del bulbo piloso mediante vasodilatación, angiogénesis, proliferación celular y la apertura de canales de potasio.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un preparado autólogo que mejora los signos de isquemia cutánea, así como las estructuras vasculares circundantes a los folículos pilosos al incrementar la cantidad del factor de crecimiento fibroblástico 7 (FGF).

En este estudio se evaluó la eficacia del PRP comparado con M al 5% en el tratamiento de la AA mediante evaluación clínica y tricoscópica.

Material y métodos

Este trabajo se llevó a cabo en el Departamento de Dermatología, Venereología y Andrología de la Universidad del Valle del Sur, en Quena, Egipto de junio de 2014 a mayo de 2015. Se incluyeron 90 pacientes entre 10 y 40 años de edad, sin tratamiento por al menos tres meses antes de iniciar el estudio. Se excluyeron embarazadas, mujeres lactando, pacientes con inmunocompromiso y con irritación en piel cabelluda. Se formaron tres grupos aleatorios de 30 pacientes cada uno. El primero se trató con M al 5% 2 veces/día (seis disparos cada vez) como monoterapia, en el segundo grupo se aplicó PRP cada cuatro semanas y el tercer grupo recibió placebo a base de Pantenol en crema 2/día.

Se hizo historia clínica y exploración física a cada paciente, se tomaron fotografías con cámara digital de 16 megapixeles y dermatoscopia antes de iniciar el tratamiento y mensualmente durante los tres meses posteriores al inicio del mismo. Se evaluó porcentaje de recrecimiento del pelo y presencia de puntos negros y amarillos. El PRP se preparó con 10 cm³ de sangre de cada paciente, centrifugada a 3,000 rpm por 10 min. La fracción de PRP se mezcló con gluconato de calcio, colectando un volumen final de 4 cm³ aproximadamente. La aplicación se realizó con técnica estéril.

Análisis estadístico

Se utilizó SPSS versión 22.0, las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar. Se consideró la significancia estadística con valor de $p < 0.05$.

Resultados

El tiempo de evolución de la AA en los tres grupos fue de 28 ± 16.15 meses.

La eficacia del M al 5% fue superior en la AA en placas (81%) con respecto a los otros subtipos: ofiácea (14%), total (5%) y universal (0%). Los pelos velludos cortos mostraron un incremento significativo y los puntos amarillos disminuyeron de forma considerable.

A diferencia del M, el PRP mostró ser más efectivo y rápido en la AA en placas (70%) que la alopecia universal (30%), sin diferencia en la alopecia total. Los pelos velludos cortos y los puntos amarillos disminuyeron en forma significativa.

Discusión

Los tratamientos actuales para la AA están encaminados a promover la proliferación y diferenciación celular durante el ciclo de crecimiento del pelo. Se sugiere que el M prolonga la fase anágena e incrementa el tamaño del folículo mediante activación de los canales de potasio; sin embargo el M no mostró eficacia significativa en el tratamiento de la AA universal. El PRP induce proliferación celular en la papila dérmica mediante el FGF-7. Se observó que los pacientes tratados con este método tuvieron una respuesta más rápida con disminución de los puntos amarillos.

Conclusión

El PRP es más efectivo en el tratamiento de la AA que el M al 5% en el mismo lapso. Ambas terapias mostraron un crecimiento significativo del pelo y disminución de los puntos amarillos. Con el PRP se demostró una reducción en el pelo velludo corto y un incremento de éste con el M al 5%. La tricoscopia es un método útil en el diagnóstico y seguimiento de la AA. Se requieren estudios más amplios para evaluar la recurrencia después del tratamiento.

Denisse Herrera Bringas, R2.

Ou-Yang H, Jiang LI, Meyer K et al. Sun protection by beach umbrella vs. sunscreen with a high sun protection factor: A randomized clinical trial. (Protección solar con sombrilla de playa contra filtro solar con elevado factor de protección. Ensayo clínico aleatorizado). *JAMA Dermatol.* 2017; 53: 304-308.

Importancia

La protección solar previene el cáncer de piel. La sombra funciona como protector de la piel contra los dañinos rayos UV reflejados directos e indirectos, aun así permanece expuesta a éstos. Actualmente no existe una medición estándar que evalúe la eficacia de la protección solar de la sombra ni suficiente evidencia clínica de que el uso de una sombrilla en una playa proporcione una adecuada protección solar.

Objetivo

Medir directamente la protección solar proporcionada por una sombrilla de playa estándar en comparación con la de un filtro solar con alto factor de protección en condiciones reales.

Metodología

Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado simple ciego por el evaluador del 13 al 15 de agosto de 2014 en el lago Lewisville, Texas, Estados Unidos (159 metros de altura sobre el nivel del mar) con 81 participantes con fototipos de piel I ($n = 1$), II ($n = 42$) y III ($n = 38$). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno con uso exclusivo de sombrilla de playa y el otro con uso de filtro con factor de protección de 100. Todos los participantes estuvieron expuestos en una playa soleada por 3½ horas al mediodía. Se evaluó clínicamente la quemadura solar de cada individuo en todos los sitios afectados de 22 a 24 horas después de la exposición al sol.

Resultados

Se estudiaron 81 participantes (25 varones y 56 mujeres, edad media [41 ± 16 años]). El grupo de la sombrilla mostró un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones clínicas de quemaduras solares que el grupo que utilizó filtro solar (0.75 frente a 0.05, $p < 0.001$).

Hubo un total de 142 incidencias de quemaduras solares en el primer grupo contra 17 en el segundo. 32 de los 41 participantes (78%) del primer grupo mostraron eritema en uno o más sitios contra 10 de los 40 participantes (25%) del segundo grupo ($p < 0.001$). Ninguna de las protecciones utilizadas pudieron por sí solas evitar las quemaduras solares.

Conclusión

Una sombrilla de playa por sí sola no proporciona protección suficiente en una exposición prolongada a rayos UV. Es importante educar al público en el uso combinado de medidas de protección y filtro solar para lograr una protección óptima.

Laura Ortiz Lobato, R2.

Strober B, Gottlieb AB, Sherif B et al. Secukinumab sustains early patient reported outcome benefits through 1 year: Results from 2 phase III randomized placebo-controlled clinical trials comparing secukinumab with etanercept. (Secukinumab sostiene los resultados benéficos reportados tempranamente en pacientes tratados durante un año: Resultados de dos ensayos clínicos fase III aleatorizados y controlados con placebo comparando secukinumab con etanercept). J Am Acad Dermatol. 2017; 76 (4) 655-661.

Introducción

La psoriasis es un padecimiento crónico con impacto negativo en la calidad de vida que siempre requiere tratamiento efectivo y seguro continuamente.

Objetivo

Determinar la efectividad del tratamiento con secukinumab (S) en pacientes con psoriasis moderada a severa, en relación con el resultado de un cuestionario sobre calidad de vida propuesto por el índice de calidad de vida en dermatología (ICVD).

Método

Se compararon las respuestas del cuestionario ICVD entre pacientes en tratamiento con S y aquéllos con etanercept (E) a las semanas 24 y 52.

Resultados

De 1,470 pacientes, 1,144 recibieron S y 326 E. La puntuación 0/1 en respuesta al cuestionario ICVD fue significativamente mayor en S que en E a la semana 24. El tiempo medio para alcanzar el puntaje fue significativamente más corto en S comparado con E (12 contra 24 semanas; $p < 0.1$), el cual se mantuvo hasta la semana 52 con una reducción del área de psoriasis y del índice de severidad de 90 a 100%.

Conclusión

La mejoría en el cuadro clínico y en la calidad de vida fue más rápida con S, comparado con E durante 52 semanas.

César Alejandro Reyes Salcedo, R2.

Thompson A, Killian J, Weaver A et al. Sézary syndrome without erythroderma: A review of 16 cases at Mayo Clinic. (Síndrome de Sézary sin eritrodermia: Revisión de 16 casos en la Clínica Mayo). J Am Acad Dermatol. 2017; 76: 683-688.

Antecedentes

El síndrome de Sézary (SS) se caracteriza clínicamente por la presencia de eritrodermia con datos de leucemia a nivel sistémico. El SS atípico muestra alteraciones sistémicas sin eritrodermia. Se conoce poco sobre esta variante y su pronóstico.

Objetivo

Describir los hallazgos de SS sin eritrodermia en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica Mayo.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con SS sin eritrodermia atendidos en la Clínica Mayo de 1976 a 2010. Las manifestaciones clínicas, evolución de la enfermedad y pronóstico se compararon con una cohorte previamente descrita de 176 pacientes con SS de dicha institución.

Resultados

De 16 pacientes identificados, todos presentaron hallazgos cutáneos consistentes con linfoma cutáneo de células T, en su mayoría en forma de manchas eritematosas ($n = 6$) y placas ($n = 12$). Todos los pacientes habían fallecido al momento del estudio. El tiempo promedio transcurrido desde el diagnóstico de SS al fallecimiento fue de 3.6 años (rango 0.5-8.7 años). La supervivencia no fue diferente entre pacientes con SS con y sin eritrodermia (riesgo relativo 1.58; 95%, intervalo de confianza 0.94-2.66, $p = 0.8$).

Conclusiones

El compromiso leucémico disminuye los años de supervivencia en el SS. La presencia de eritrodermia no la modifica. Estos hallazgos sugieren que la clasificación de SS debe ser reevaluada, ya que la presencia de eritrodermia podría no ser un elemento necesario para el diagnóstico. Se requieren estudios más amplios para dilucidar el papel de la eritrodermia en el diagnóstico y pronóstico de pacientes con esta patología. La serie de casos estudiados en este artículo demuestra que el SS puede estar incompleto. Estos casos atípicos se describen mejor utilizando la clasificación TNMB.

Rut Priscila Quezada Morales, R2D.

Wang Z, Jinnin M, Harada M et al. Diagnosis of nail psoriasis: evaluation of nail-derived microRNAs as potential novel biomarkers. (Diagnóstico de la psoriasis de las uñas: evaluación de microARN derivado de las uñas como un posible nuevo biomarcador) Eur J Dermatol. 2017; 27: 20-27.

El diagnóstico de las enfermedades de las uñas es a veces difícil; la psoriasis ungueal sin lesiones cutáneas es indistinguible de los cambios en las uñas causados por otras enfermedades, por lo que en este estudio se evaluó si los niveles de microARN de uñas pueden utilizarse como marcadores de enfermedad ungueal, dado que la uña es más accesible que la sangre o plasma y los niveles de microARN ungueal pueden reflejar más directamente una enfermedad.

Los niveles de microRNA en el suero o en el cabello pueden ser biomarcadores potencialmente útiles para diversas enfermedades.

Material y métodos

Se examinaron los niveles de microARN en piezas ungueales de pacientes con psoriasis con alteraciones ungueales (11 pacientes) y sin psoriasis (seis pacientes). Como controles se seleccionaron 17 sujetos sanos y ocho pacientes con otras enfermedades con cambios ungueales. Los pacientes con psoriasis fueron evaluados de acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad (desde el inicio y hasta su primera valoración clínica), el PASI (índice de severidad de área de psoriasis) y el NAPSI (índice de severidad

de uñas en psoriasis). El perfil de expresión de miARN en cada muestra se analizó utilizando microarrays, PCR cuantitativa en tiempo real e hibridación *in situ*.

Resultados

Se encontró que todas las piezas ungueales estudiadas incluían ARN y que los patrones a través de electroforesis en gel eran diferentes entre las uñas sanas y las de pacientes con psoriasis, estas últimas con tendencia a contener moléculas más largas de ARN. Los microarrays, la PCR en tiempo real y la hibridación *in situ* indicaron que los niveles de expresión de miR-4454 de las uñas disminuyeron en pacientes con psoriasis con cambios en las uñas, en comparación con aquéllos con otras enfermedades que implican alteraciones ungueales o en sujetos sanos. Estos niveles en las uñas mostraron una correlación inversa significativa con el puntaje NAPSI, lo que sugiere que los niveles de miR-4454 pueden reflejar dicho padecimiento en las uñas estudiadas. No hubo correlación entre los niveles de miR-4454 y el tiempo de evolución de la enfermedad o el índice PASI de los pacientes con psoriasis, por lo que no fue posible relacionar dichas cifras con la actividad sistémica de la enfermedad.

Conclusión

Los niveles de microARN en las uñas pueden ser biomarcadores adecuados para el diagnóstico o la evaluación de la actividad de la psoriasis.

José Pablo Laguna Meraz, R2.