

Resúmenes bibliográficos

Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-Archa N, Chaweekulrat P. Metabolic syndrome and psoriasis severity in South-East Asian patients: An investigation of potential association using current and chronological assessments. (Síndrome metabólico y severidad de psoriasis en pacientes del sureste asiático: investigación sobre una posible asociación utilizando escalas actuales de valoración cronológica). *J Dermatol.* 2016; 43: 1424-1428.

Aun cuando son escasos los estudios sobre la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes asiáticos con psoriasis, un estudio previo realizado en Tailandia reveló una prevalencia significativamente mayor de SM en comparación con la población general; sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre la severidad de psoriasis evaluada a través del PASI con SM, lo cual difiere de lo publicado en otros trabajos realizados en Japón y Corea. Por consiguiente, este estudio tiene la finalidad de reevaluar dicha asociación en este grupo de pacientes, utilizando la escala de medición de severidad PASI y la evaluación cronológica de la enfermedad (curso clínico e intervenciones).

Se reclutaron 273 pacientes con psoriasis. Después de agruparlos por edad y sexo, 96 pacientes fueron asignados al grupo de SM y 96 al grupo sin SM. En cuanto a los resultados, éstos fueron similares a los estudios previos: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de ambos grupos con respecto al PASI, edad de inicio, tiempo de evolución de la enfermedad e historia familiar de psoriasis. No obstante, el número de hospitalizaciones y episodios de psoriasis pustulosa y eritrodermica, intervenciones y alteraciones metabólicas fue significativamente mayor en los pacientes del grupo con SM con valores de $p = 0.018$ y $p = 0.028$, respectivamente. Asimismo, se relacionó con el tratamiento un índice de masa corporal mayor o igual a 23 kg/m^2 con obesidad abdominal, hipertensión arterial y riesgo de fracaso.

La asociación entre SM y psoriasis es bien conocida. La patogénesis de esta dermatosis se atribuye a inflamación sistémica mediada por adipocitocinas como el FNT-alfa o a los factores de crecimiento endotelial denominados adiponectina y leptina. Los altos niveles de dichos mediadores estimulan la proliferación de queratinocitos y el reclutamiento de células T, eventos observados en este padecimiento.

En conclusión, este estudio enriquece el conocimiento previo respecto a la asociación entre SM y la severidad de psoriasis en la población tailandesa, pudiendo constatar que SM influye de manera negativa en el grado de severidad de la psoriasis, por lo que es altamente recomendable realizar un estudio integral en cada paciente para descartar dicho síndrome.

Nallely Olivares Oropeza, R3D.

Crowson AN, Saab J, Magro CM. Folliculocentric herpes: A clinicopathological study of 28 patients. (Herpes foliculo-céntrico: estudio clinicopatológico de 28 pacientes). *Am J Dermatopathol.* 2017; 39: 89-94.

Las manifestaciones cutáneas causadas por la infección de los virus herpes (HVS, VZV) se manifiestan como infecciones

activas o como una erupción zosteriforme postherpética. Histológicamente se observan estructuras características como las inclusiones intranucleares en vidrio esmerilado con queratinocitos uninucleados o multinucleados, degeneración balonizante y acantólisis prominente. El espectro clínico puede ser muy variado, el cual incluye lesiones con aspecto de liquen plano, de granuloma anular o linfocitoma cutis. En este artículo los autores describen 28 casos en los que la infección herpética se manifestó como una reacción foliculocéntrica con abundantes células mononucleares, por tal motivo la intensidad y distribución del infiltrado confundió parcialmente el diagnóstico inicial.

Material y métodos

Se revisaron las biopsias de 28 pacientes con el diagnóstico clínico de infección herpética aguda o crónica, o con alguna erupción zosteriforme postherpética, manifestadas clínicamente con un patrón foliculo-céntrico. Las características clínicas fueron cotejadas con los hallazgos histopatológicos y por inmunohistoquímica de las biopsias para determinar la etiología viral específica.

Resultados

Se estudiaron 16 hombres y 12 mujeres. Las manifestaciones observadas en piel fueron ampollas-pápulas, manchas, pápulas con distribución lineal o lesiones de aspecto pápulo-nodular que se asentaban sobre un dermatoma. Veintitrés pacientes presentaron infecciones activas (19 agudas y cuatro crónicas). En algunos coexistían diferentes alteraciones inmunológicas: cáncer, diabetes, psoriasis, SIDA, excesiva exposición solar, etc. Se realizó diagnóstico diferencial con infecciones bacterianas, exantema viral, vasculitis, metástasis, farmacodermia, dermatitis por contacto, cáncer de piel de no melanoma, y picaduras de insecto.

Histopatología

Todas las biopsias mostraron un intenso infiltrado linfocitocitario en o alrededor del folículo piloso, con necrosis variable del epitelio folicular. Otros hallazgos observados fueron un patrón de dermatitis de interfaz folicular (46%), neuritis por infiltrado de células mononucleares (60%), vasculopatía (93%) con características granulomatosas o linfomatoideas, e hidradenitis de glándulas ecrinas por linfocitos (46%). En cuanto a la inmunohistoquímica, 70% fueron positivos para virus varicela zóster (VZV), 20% para HVS-1 y 10% para HVS-2.

Conclusión

Las afecciones cutáneas herpéticas en algunos casos pueden mostrar cambios histológicos que recuerdan una reacción celular de estructuras mononucleares, predominantemente foliculo-céntrica y vasculitis; la cual se relaciona con una alteración inmunológica preexistente en el huésped, ya sea endógena o iatrogénica. Muchos casos son secundarios a una reactivación del virus varicela zóster. Los hallazgos histológicos sugieren la participación de la inmunidad mediada por células. La localización

folicular y las características del infiltrado en las lesiones podrían explicarse por la homología antigénica entre una proteína de choque de 72Kd endógena presente en los folículos con una proteína de choque herpética.

Viridiana Vera Ramírez, R3D.

Nakamura Y, Tanaka R, Asami Y et al. Correlation between vitiligo occurrence and clinical benefit in advanced melanoma patients treated with nivolumab: A multi-institutional retrospective study. (Correlación entre la aparición de vitiligo y el beneficio clínico en pacientes con melanoma avanzado tratados con nivolumab: estudio retrospectivo multinstitucional). *J Dermatol*. 2017; 44: 117-122. Epub 2016 Aug 11.

El vitiligo (V) puede desarrollarse espontáneamente o durante el tratamiento en pacientes con melanoma (M), con una incidencia de hasta 10 veces la población general (2.8-43%). El mecanismo se desconoce, pero se presume que la respuesta inmunitaria contra el M es la responsable. En algunos estudios se ha observado una correlación entre la ocurrencia de V y un mejor pronóstico en pacientes con M que reciben inmunoterapia; no obstante, la mayoría de estos estudios han incluido pacientes y ajustes de tratamiento heterogéneos, por lo que el objetivo de este estudio fue investigar la relación de la aparición de V y el beneficio clínico del tratamiento con nivolumab (N) en pacientes con M avanzado.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo multinstitucional que incluyó pacientes con M no resecable en estadio III o IV tratados con N entre los años 2012 y 2015. Se excluyó a los pacientes con periodo de seguimiento menor de un mes que no contaran con evaluación radiológica de su respuesta. Los pacientes fueron tratados con N IV a dosis de 2 mg/kg cada tres semanas, con suspensión de tratamiento si se presentaba toxicidad de grado 3 o 4. En caso de tener una respuesta completa (RC) o enfermedad progresiva (EP), el paciente decidía la continuación o interrupción del tratamiento.

Los pacientes fueron sometidos a un examen cutáneo completo previo al inicio del tratamiento y cada tres semanas durante éste. Posterior a su interrupción el intervalo se amplió hasta seis semanas, realizándose toma de fotografías.

Evaluación de la respuesta

Se evaluaron el tiempo de aparición de V y el número de ciclos con N antes de su desarrollo. La respuesta clínica se midió mediante TAC utilizando los criterios de evaluación de respuesta en tumores sólidos (RECIST), de tal manera que una respuesta completa (RC) equivalía a la desaparición de toda enfermedad medible. Respuesta parcial (RP) aquélla con al menos 30% de disminución en la suma de las lesiones; enfermedad progresiva (EP) aumento de 20% en la suma o aparición de las lesiones o aparición de una o más lesiones nuevas y enfermedad estable (EE) con disminución insuficiente para clasificarse como RP o EP.

Análisis estadístico

Las pruebas de asociación se realizaron utilizando la T de Student, χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher. El análisis

de Kaplan-Meier se empleó para calcular las diferencias en la sobrevida global.

Resultados

De 35 pacientes con melanoma tratados con N, 25.7% (nueve pacientes) desarrollaron V durante el tratamiento.

El tiempo desde el inicio del tratamiento hasta su aparición osciló entre dos y nueve meses (media 5.2). 22.2% de los pacientes que desarrollaron V tuvieron RC a N y otro 22.2% mostraron RP.

La tasa de respuesta fue significativamente mayor en pacientes con V que sin él (44.4% vs. 7.7%, $p = 0.027$). El tiempo promedio de la aparición de vitiligo en pacientes que mostraron respuesta fue significativamente menor que en pacientes que no la mostraron (3.1 vs. 6.8 meses, $p = 0.004$), es decir todos los pacientes que respondieron desarrollaron V dentro de los cinco primeros meses.

La ocurrencia de V se asoció significativamente a una supervivencia prolongada y libre de progresión; sin embargo, en el análisis después de 20 semanas el V no se relacionó con beneficio de sobrevida global estadísticamente significativo.

Discusión

El N es un anticuerpo monoclonal humano G4 dirigido contra el receptor de superficie celular inmunorregulador negativo PD-1 que se sobreexpresa en las células tumorales, lo que conduce a la respuesta inmunitaria contra las células tumorales. Ensayos clínicos recientes con N para el tratamiento de M avanzado han demostrado considerable beneficio clínico.

La aparición de V durante el tratamiento con N en pacientes con M puede estar relacionada con un resultado clínico favorable, aunque no como un marcador temprano, ya que se desarrolla de tres a cinco meses después de iniciado el tratamiento. Los pacientes sin V muestran escasa inmunorreactividad a N contra las células tumorales.

Este estudio presentó limitaciones como el tamaño pequeño de la muestra y el corto periodo de seguimiento, por lo que los autores plantean la necesidad de realizar otro estudio prospectivo, aleatorizado con seguimiento a largo plazo para aclarar los mecanismos y la relación entre el V asociado a N y la respuesta tumoral.

Heidi Hernández Ramírez, R3D.

Berritto D, Iacobellis F, Rossi C et al. Ultra high-frequency ultrasound: New capabilities for nail anatomy exploration. (Ultrasonido de ultra-alta frecuencia: nuevas capacidades para la exploración de la anatomía ungüeal). *J Dermatol*. 2017; 44: 43-46.

Las enfermedades de las uñas se diagnostican principalmente mediante la exploración física. En ocasiones el médico puede apoyarse en toma de biopsia de lámina ungüeal para realizar el diagnóstico; no obstante, este estudio no suele ser aceptado por el paciente por el riesgo de desarrollar distrofia ungüeal permanente.

Es complicado obtener imágenes de capas superficiales o estructuras anatómicas pequeñas con ultrasonido (US) convencional, aunque los transductores de ultra-alta resolución con frecuencias de hasta 70 MHz permiten el diagnóstico de estructuras de tamaño pequeño.

El aparato ungueal está constituido por cuatro componentes epiteliales: la lámina ungueal, la matriz, el lecho y los pliegues. Cada uno con tejidos de distinta ecogenicidad.

El US del plato ungueal muestra una imagen en «riel» que consiste en una banda doble hiperecoica con una zona hipoecoica en el centro. El plato ungueal está rodeado y se invagina hacia los pliegues ungueales. Los pliegues ungueales son capas de tejido delgado que rodean y protegen la lámina ungueal, con el US se observan como estructuras ecoicas cubiertas por epidermis que aparecen como una capa hiperecoica. La matriz ungueal, cubierta por completo por el pliegue ungueal proximal, se observa con el US como un área fusiforme discretamente hipoecoica que se extiende hasta el plato ungueal. El epitelio del lecho ungueal es un tejido hipoecoico que se extiende por debajo del plato ungueal.

También es posible visualizar la irrigación arterial y el drenaje venoso del aparato ungueal, utilizando ultrasonido Doppler.

El uso del ultrasonido de ultra-alta frecuencia es una opción de estudio de imagen no invasivo para el diagnóstico de algunas anomalías del aparato ungueal, sin necesidad de realizar estudios invasivos como la biopsia, ya que proporciona información sobre la anatomía de los componentes de dicha estructura. Para el presente estudio se utilizó un aparato de US de 48-70 MHz con transductor lineal.

Rosalía Vélez Muñiz, R3D.

Xu Y, Ma R, Juliandri J et al. Efficacy of functional microarray of microneedles combined with topical tranexamic acid for melasma: A randomized, self-controlled, split-face study. (Eficacia de la combinación de micromatrices de microagujas con ácido tranexámico tópico para el melasma. Estudio aleatorizado, autocontrolado, con división de la cara). *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96: 1-7.

Introducción

El melasma (M) es un trastorno pigmentario adquirido de la melanogénesis que aparece como una hipermelanosis crónica localizada en la cara. Su impacto cosmético es significativo, pues afecta la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Debido a que la patogénesis no se conoce por completo, los tratamientos tópicos y con láser proporcionan resultados poco satisfactorios.

El ácido tranexámico (AT), un inhibidor de la plasmina, mejora el M al administrarlo por vía oral o al inyectarlo localmente. Su administración oral a largo plazo se ha asociado a efectos adversos a nivel gastrointestinal y vascular (trombosis) y las inyecciones requieren aplicarse bajo anestesia local.

También se ha utilizado en forma tópica, lo cual genera controversias en cuanto a su efectividad debido a su naturaleza hidrosoluble que limita su absorción transepidermica.

El empleo de microagujas (MA) ofrece un método mínimamente invasivo para la administración transdérmica. Una micromatriz de microagujas es un instrumento con 36 MA (250 µm de largo; punta de 80 nm de diámetro) para aplicarlo en un área de 5 × 5 mm. Se introduce hasta la epidermis, por lo que es menos dolorosa.

En este estudio se evalúa la efectividad y los posibles efectos secundarios del AT tópico para el tratamiento de M utilizando micromatrices de microagujas.

Métodos

Participaron 30 mujeres con M entre 20 y 50 años de edad, con fototipo cutáneo III a IV, las cuales fueron enviadas de la consulta dermatológica en el Primer Hospital Afiliado de la Universidad Médica de Nanjing en China en el periodo de enero a mayo de 2015. Todas firmaron consentimiento informado. Se realizó el diagnóstico clínico de M por dos médicos de manera independiente. Los criterios de exclusión incluyeron: antecedentes de infarto cardiaco, enfermedad renal o hepática, diabetes, enfermedad mental, alteraciones de hipercoagulación, dermatitis en la cara, mujeres embarazadas, aquéllas que ingerían anticonceptivos orales o AT oral o en tratamiento para M en las últimas cuatro semanas.

La terapia con MA se utiliza para facilitar la absorción transepidermica del AT tópico. Se conecta a un vibrador tipo pluma que permite que éste penetre en la piel con una frecuencia de 3,000 veces por minuto. Se eligió al azar el lado derecho o izquierdo de la cara, utilizando el otro como control. Primero se aplicó AT tópico al 0.5% en toda la cara, posteriormente se colocó con movimientos suaves y lentos la micromatriz de MA en un lado y un dispositivo simulador en el otro. Se aplicó AT tópico en repetidas ocasiones durante el procedimiento. Al finalizar se cubrió la cara con una gasa empapada de AT por 10 minutos más. Se realizó este procedimiento una vez por semana por 12 semanas y se les sugirió evitar rasgar la piel, así como la exposición al sol.

Se realizaron controles al inicio, después de cuatro, ocho y 12 semanas de iniciado el tratamiento. Se tomaron fotografías de ambos lados de la cara, valorando la presencia o ausencia de manchas marrón y se hicieron mediciones *in vivo*.

Dos observadores cegados evaluaron la mejoría clínica comparando las imágenes de las semanas cuatro, ocho y 12 con la de inicio. La puntuación se determinó utilizando una escala bien establecida en la que 0 ≤ 25% mejoría (mínima), 1 = de 26% a 50% mejoría (regular), 2 = de 51% a 75% mejoría (buena), 3 = de 76% a 90% mejoría (excelente), 4 = de 91% a 100% mejoría (piel sin manchas).

Escala subjetiva de satisfacción. Al final de las 12 semanas se les pidió a las participantes que evaluaran su satisfacción en ambos lados de la cara (1 = no satisfactorio, 2 = parcialmente satisfactorio, 3 = satisfactorio, 4 = muy satisfactorio).

Análisis estadístico

Se hizo análisis estadístico con el software SPSS versión 18.0. El análisis de variación se empleó para comparar manchas color marrón en los diferentes tiempos en cada grupo. La prueba T para muestras independientes se utilizó para comparar información entre los dos grupos en diferentes tiempos.

Resultados

Un total de 28 pacientes (93.3%) concluyeron el estudio; dos mujeres fueron excluidas por razones personales. La edad media de las participantes fue de 38.63 ± 7.11 años.

Manchas marrón. Se observaron menos manchas marrón con la terapia combinada, lo cual fue más notable a la semana 12, con una significancia estadística p = .00.

Evaluación clínica cegada. Se observaron diferencias significativas a partir de la semana ocho, con mejoría gradual hasta la semana 12, mostrando más de 25% de mejoría en 25 pacientes (96.15%) en el grupo de MA + AT.

Escala subjetiva de satisfacción. La puntuación de mayor satisfacción fue estadísticamente significativa en el grupo de MA + AT ($p = .00$) a la semana 12.

Efectos secundarios. No se reportaron exulceraciones, escama, prurito ni quemaduras. Sólo una paciente refirió cursar con dermatografismo (quien tenía antecedente de urticaria por presión), el cual desapareció a los 20 minutos.

EIAT es un análogo sintético de la lisina que inhibe la plasmina, por lo que se ha empleado como agente fibrinolítico. Para el tratamiento de M es útil, ya que inhibe la proliferación de melanocitos así como la síntesis de melanina en los melanocitos, mejora la función de la barrera cutánea, disminuye la vascularización y el número de mastocitos en dermis. Dentro de sus efectos secundarios se ha reportado molestia gastrointestinal, hipomenorrea y riesgo de desarrollar trombosis sistémica.

Se ha empleado por vía oral para el M con buenos resultados; sin embargo, también se ha utilizado la aplicación de microinyecciones localizadas para evitar la administración sistémica, catalogándose como efectiva con significancia estadística. No obstante, este método requiere anestesia local para reducir el dolor, lo que amerita múltiples inyecciones. Con respecto a su administración tópica en solución al 5% hay controversia en cuanto a su efectividad, ya que es hidrosoluble y esto limita su absorción transepidérmica. Para mejorar dicha absorción, se ha sugerido el empleo de láser fraccionado de CO₂, aunque existe el riesgo de desarrollar pigmentación postinflamatoria, por lo que su aplicación debe valorarse cuidadosamente.

Las MA son un método mínimamente invasivo para la administración de moléculas terapéuticas a través de la barrera cutánea con mayor precisión a través de microcanales, sin riesgo de desarrollar pigmentación postinflamatoria con menos dolor.

En este estudio se demostró que la aplicación de AT con terapia de microagujas es más efectiva que la aplicación de AT solo, después de 12 semanas con disminución de las manchas color marrón, así como del índice de melanina con adecuada satisfacción del paciente.

Una limitante de este trabajo fue el periodo de observación de sólo tres meses, por lo que se requiere un seguimiento a largo plazo para confirmar la eficacia y evaluar la tasa de recaída.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren que el tratamiento con terapia de microagujas incrementa significativamente la efectividad del AT tópico en el tratamiento del M. Esta terapia combinada es segura, poco dolorosa y con menos efectos secundarios.

Angélica Adriana Vidal Flores, R3D.

Lim SK, Lim CA, Kwon IS et al. Low-dose systemic methotrexate therapy for recalcitrant alopecia areata. (Tratamiento con dosis bajas de metotrexate para alopecia areata recalcitrante). *Ann Dermatol.* 2017; 29: 263-267.

Introducción

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmunitaria que causa alopecia no cicatrizal. Su prevalencia mundial es aproximadamente de 0.1 a 0.2% con variaciones geográficas y étnicas. La historia natural de la enfermedad es variable. La variante en placas puede ser autorresolutiva, en contraste la variedad total y la universal son difíciles de tratar. Dentro de los tratamientos convencionales puede mencionarse los corticosteroides sistémicos o inyectados en forma intralesional, inmunomoduladores como la ciclosporina y la azatioprina. Algunos casos no responden favorablemente al tratamiento o sufren de recurrencias frecuentes.

El metotrexato (M), originalmente desarrollado como agente quimioterapéutico, actúa como antimetabolito. Se utiliza para tratar enfermedades autoinmunitarias. La administración semanal de una dosis baja se considera segura y tolerable. En este estudio, los autores evaluaron la eficacia y tolerabilidad de M en el tratamiento de AA recurrente y refractaria a tratamiento.

Material y métodos

Se estudiaron los expedientes de 29 pacientes con AA tratados con M de enero de 2008 a agosto de 2014 en la Clínica de Dermatología del Hospital Universitario de Chungnam en Corea. La AA recalcitrante se definió como aquella que no mostraba mejoría después de recibir al menos tres tipos de esquemas terapéuticos previos y con una evolución de más seis meses. La dosis inicial semanal de M fue de 10 mg, con incremento de 2.5 mg cada dos semanas. Se agregó ácido fólico y se realizaron controles de biometría hemática, pruebas de función hepática y renal al inicio, al mes del tratamiento y cada tres meses. El seguimiento al suspender el tratamiento se llevó a cabo de 12 a 20 meses.

La respuesta al crecimiento del pelo se clasificó en A0: sin cambios o sin nueva pérdida, A1: 1-24%, A2: 25-49%, A3: 50-74%, A4 75-99% y A5 100%.

Resultados

La media de edad fue de 40.3 (rango 16-65 años), 16 hombres y 13 mujeres. El tiempo de evolución promedio fue de 29.03 ± 32.61 meses. Ya se habían tratado previamente 100% de los pacientes con triamcinolona intralesional, esteroide tópico 100%, pulsos de metilprednisolona 24.1%, fototerapia UVB de banda estrecha 44.8% y esteroides sistémicos 31%.

La dosis inicial de M fue de 10 mg/semana y la media de dosis máxima fue de 14.48 mg (10-17.5 mg) semana. La dosis acumulada total fue de 350.86 mg (rango 165-990 mg) y la media de duración del tratamiento de 28.1 (12-74) semanas.

Posterior al manejo con M, 26 de 29 pacientes mostraron mejoría clínica, 14 de ellos (48%) fueron clasificados en el grupo A5 y 12 (41%) en el A4. Tres pacientes fueron clasificados con respuesta deficiente: uno quedó en el grupo A1: (3.4%) y dos en el grupo A2: (6.9%). La mayoría de los pacientes con severidad grado 2 mostraron mejoría clínica y todos los pacientes A3 y A4 mejoraron. Un paciente en A2 y uno en A5 no presentaron cambios.

Considerando la duración de la enfermedad todos los pacientes con menos de 24 meses de evolución mostraron

mejoría significativa: A5:(n = 9 -31%, A4:(n = 10 -34.5%). De los 10 pacientes con evolución mayor de 24 meses, tres (30) no mostraron cambios clínicos. Los autores utilizaron el test de Mann-Whitney para comparar la respuesta de acuerdo con la duración de la enfermedad antes del tratamiento. Se encontraron diferencias significativas en los pacientes con evolución entre seis y 24 meses, comparados con el grupo de 24 meses o más ($p = 0.013$). Sin diferencia entre los grupos de 12 meses o menos ($p = 1,000$).

El tratamiento fue bien tolerado. Los niveles de enzimas hepáticas se elevaron en tres pacientes (10.3%), por lo que se suspendió el medicamento inmediatamente. Tres (10.3%) señalaron molestias intestinales, las cuales cedieron al suspender la ingesta. Un paciente desarrolló linfopenia y otro reactivación de tuberculosis pulmonar.

Conclusión

En este estudio se demostró la eficacia y seguridad del M como monoterapia en el tratamiento de AA refractaria y recurrente. Es necesario llevar a cabo estudios más amplios para evaluar la duración óptima, la dosis mínima efectiva como terapia de mantenimiento y el momento exacto para suspender la ingesta del medicamento.

Valeria González Hidalgo, R3D.

Charny JW, Choi JK, James WD. Spironolactone for the treatment of acne in women, a retrospective study of 110 patients. (Espironolactona para el tratamiento de acné en mujeres, estudio retrospectivo de 110 pacientes). *Int J Womens Dermatol*. 2017; 3: 111-115.

Introducción

El acné vulgar (A) es una enfermedad dermatológica común y tratable que puede dejar como secuelas cicatrices y/o deformidades, con los subsecuentes problemas sociopsicológicos. Para las mujeres cuyo A no mejoró con tratamientos tópicos, las terapias hormonales como la espironolactona (E) y/o anticonceptivos orales se han convertido en una buena opción. Aunque la evidencia actual demuestra la eficacia de la E para el tratamiento del A, los estudios que existen para solicitar la aprobación de la FDA son escasos y pequeños.

En este artículo se publican los resultados de un estudio retrospectivo, con ello los autores esperan contribuir para que se considere la E como tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con A.

Métodos

Se utilizó una herramienta electrónica de búsqueda de registros médicos para seleccionar datos de un grupo de mujeres que recibieron E para tratar el A. Se analizaron utilizando la escala completa de gravedad para el acné (CASS), la cual lo clasifica con puntuaciones que van de 0 (sin lesiones o apenas visibles) a 5 (lesiones muy inflamatorias, con nódulos y quistes), asignando por separado las zonas de la cara, el pecho y la espalda en función de la severidad antes, durante y después del tratamiento. Ade-

más, se recabó información sobre los tratamientos simultáneos y anteriores, así como los efectos secundarios.

Resultados

De los 110 pacientes que cumplieron con todos los requisitos de inclusión, 94 presentaron mejoría con la puntuación CASS. De éstos, 61 fueron catalogados con una puntuación de 0; 16 pacientes no mejoraron y seis sufrieron una recaída después de la mejoría clínica inicial. Las mujeres mostraron mejoría promedio de 73.1% en la cara, 75.9% en el pecho y 77.6% en la espalda. 51 mujeres experimentaron efectos secundarios y sólo seis los consideraron suficientes para suspender el tratamiento con E.

Conclusión

La mayoría de las mujeres en este estudio mejoraron de forma satisfactoria mientras estuvieron bajo tratamiento con E. Se observaron tasas bajas de recaída. Para promover más aún el uso de E como tratamiento sistémico de primera línea para mujeres con A, deben realizarse más ensayos controlados prospectivos.

Pamela Orozco Olguín, R3D.

Ballester-Sánchez R, Pons-Llanas O, Candela-Juan C et al. Two years results of electronic brachytherapy for basal cell carcinoma. (Resultados a dos años del empleo de braquiterapia electrónica para carcinoma basocelular). *J Contemp Brachytherapy*. 2017; 9: 251-255.

Objetivo

El uso de la radioterapia (RT) para el tratamiento del cáncer de piel no melanoma ha cambiado en el último siglo. En años recientes se han introducido dispositivos de braquiterapia electrónica (BTe) como una alternativa, aunque son escasas las series de casos publicados sobre su utilización y el periodo de seguimiento es corto. El objetivo del trabajo realizado por los autores es describir los resultados clínicos observados en una serie de casos después de dos años de seguimiento.

Material y métodos

Se trata de un estudio piloto, prospectivo y no aleatorizado en una sola unidad médica para evaluar los resultados clínicos de la aplicación de BTe para el tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) utilizando el sistema Esteya®. Se realizó en el año 2014 con 40 pacientes, en quienes se trataron 60 lesiones en total. El seguimiento se llevó a cabo durante un periodo de dos años.

Resultados

Veintisiete pacientes con 44 lesiones completaron el periodo de seguimiento post-radioterapia. Se documentó una adecuada respuesta en 95.5% de los casos. La toxicidad fue leve (G1 o G2) en todos los casos, manifestándose con eritema, erosiones o alopecia. El resultado cosmético fue calificado como

excelente en 86.6% de los casos y bueno en el resto. El efecto secundario que se observó con más frecuencia fue el cambio en la pigmentación.

Conclusiones

Es importante destacar que este es el primer estudio prospectivo con seguimiento a largo plazo utilizando el equipo Esteya® con la aplicación de un voltaje de 69.5 kV. Este reporte preliminar

muestra resultados satisfactorios, baja toxicidad y excelente resultado cosmético. Si bien la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para el CBC, algunos pacientes podrían beneficiarse del tratamiento con BTe, entre ellos los ancianos con comorbilidades o en tratamiento con anticoagulantes, así como aquéllos que rechazan el manejo quirúrgico o por alguna otra contraindicación.

Manuel Amador Rojero, R2D.