



Morales-Sánchez MA, Flores-Ruvalcaba CN, Peralta-Pedrero ML, Villafranca-Dugelby A, Cruz FJ. Calidad de vida en adultos con cicatrices queloides. *Cir Cir.* 2018; 86: 321-326.

Introducción

Las cicatrices queloides afectan hasta 16% de la población hispana y pueden causar deterioro en la calidad de vida. La mayor parte de los estudios presentan resultados con pacientes y cicatrices hipertróficas secundarias a quemaduras.

La cicatrización queloide es una alteración en la reparación de las heridas con producción exagerada de tejido conectivo. Predomina en raza negra e hispanos y se ha asociado genéticamente con los HLA B14, B21, BW16, BW35, DR5 y DQW3 con herencia autosómica dominante. El diagnóstico es clínico siendo la topografía habitual en pabellón auricular, borde mandibular, tronco y hombros.

La afección a la calidad de vida en pacientes con cicatrices queloides es importante, los factores que más inciden en el bienestar emocional y mental son el dolor y el prurito. Existen algunos instrumentos específicos para la medición como el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI). El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes que desarrollaron cicatrices queloides y que acudieron a un centro de referencia para enfermedades de la piel.

Métodos

Se realizó un estudio transversal en adultos con diagnóstico de cicatrices queloides de marzo de 2016 a enero de 2017. El protocolo fue aceptado por el Comité de Ética en Investigación de la institución y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado en caso de aceptar participar. Se incluyeron a los mayores de 18 años cuyo motivo de consulta fuera tratamiento de cicatrices. Fueron examinados por un dermatólogo quien documentó el tamaño, la topografía, tiempo de evolución, tratamientos previos y atención médica recibida. Se aplicó el DLQI y el inventario de depresión de Beck.

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo con el promedio del DLQI reportado por Reinhols y colaboradores de 6.06 (DE 4) puntos y se utilizó la fórmula para calcular una media poblacional con valor alfa de 0.01 y una precisión de 1 punto. Las variables se analizaron con el programa SPSS v19. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron χ^2 , t de Student y correlación de Pearson, y se consideró significancia estadística un valor $p < 0.05$.

Resultados

Se reclutaron 106 pacientes (61% hombres y 39% mujeres), con una mediana de edad de 26 años. El puntaje promedio de DLQI fue de 5.58 (DE = 5.52) (interpretado como deterioro mínimo en la calidad de vida) con un máximo de 22. El factor que más contribuyó al total de puntaje fue síntomas y sentimientos con 50.36%. El número de cicatrices y la edad se asociaron de forma directa con el puntaje de DLQI. El puntaje promedio obtenido en el cuestionario de Beck fue de 6.45 (DE = 6.46) y se correlacionó con el puntaje de DLQI.

Discusión

En el estudio los pacientes obtuvieron un puntaje promedio en el DLQI de 5.58 valor similar al reportado en otros estudios clínicos. Se observó que el deterioro en la calidad de vida es mínimo, al igual que en otras patologías como psoriasis, vitíligo, rosácea y dermatitis atópica. El parámetro de más afectación fue el de síntomas y sentimientos con 50.36%, atribuido al impacto en la esfera psicológica del paciente. Los pacientes con deterioro tenían una edad promedio menor y un número mayor de cicatrices en comparación con el grupo que no presentó afección a la calidad de vida.

Al analizar los resultados de la aplicación del cuestionario de Beck para detección de rasgos depresivos encontramos que los pacientes con síntomas compatibles con depresión moderada presentaban en promedio un deterioro de calidad de vida muy grande.

Conclusión

Las cicatrices queloides tienen un efecto negativo mínimo en la calidad de vida. Dicho efecto se asoció al autorreporte de síntomas depresivos; sin embargo, los resultados de este estudio no permiten atribuirle una relación causal. Se recomienda aplicar el cuestionario de calidad de vida en adultos jóvenes con cicatrices.

César Alejandro Reyes Salcedo, R4D.

Peralta-Pedrero ML, Morales-Sánchez MA, Jurado-Santa Cruz F, De la Torre-García ME, Cruz-Peralta ES, Olgún-García MG. Systematic review of clinimetric instruments to determine the severity of non-segmental vitiligo. (Revisión sistemática de instrumentos clínimétricos para determinar la severidad de vitíligo no segmentario). *Australas J Dermatol.* 2019; 60: e178-e185.

El vitíligo es una enfermedad causada por pérdida progresiva en la función de los melanocitos. Una reciente revisión sistemática reportó prevalencia de 0.2% en estudios poblacionales abiertos.

En el año 2012 se efectuó una revisión sistemática de instrumentos de medición de vitíligo y se incluyeron 11 instrumentos diferentes; sin embargo, ninguno de los instrumentos contaba con un adecuado proceso de validación. El objetivo de este estudio fue evaluar la validez de la medición de instrumentos en vitíligo obtenidos a través del análisis de los artículos de validación publicados de agosto de 2011 a mayo de 2018, con el objetivo de identificar cuál es el mejor instrumento para determinar los cambios clínicos logrados con la terapia.

Material y métodos

La revisión sistemática se realizó en concordancia con las guías PRISMA. Los criterios de inclusión incluyeron análisis originales de estudios de validación que reportaron al menos una propiedad de medición (consistencia interna, medición de error absoluto,

valididad del constructo e interpretabilidad). Se extrajeron las propiedades de cada instrumento y las propiedades de medición de cada estudio se clasificaron en tablas; los resultados estadísticos también se incluyeron en hojas de extracción de datos.

Resultados

Se identificaron 14 estudios que describieron 15 instrumentos para medir la enfermedad, nueve de ellos determinaron propiedades relacionadas con la severidad, también se revisaron tres instrumentos basados en mediciones realizadas por el paciente.

Discusión

En la revisión sistemática publicada en el año 2010, 57 ensayos clínicos que medían la respuesta al tratamiento fueron analizados; sin embargo, fueron empleados 48 instrumentos de medición diferentes en el rubro de repigmentación, dato que no hace más que legitimar la premisa en la que no existe un consenso de medición. Las herramientas *Vitiligo European Task Force Assessment* (VETFa), *Vitiligo Area Scoring Index* (VASI) y *Self-Assessment Vitiligo Area Scoring Index* (SAVASI) calculan la superficie corporal afectada a través de la regla de los 9 o la palma de la mano; no obstante, ésta no es tan precisa en pacientes con lesiones diseminadas, ya que depende de la capacidad del clínico para sumar mentalmente todos los parches blancos para obtener la equivalencia en el número de palmas.

Tanto VASI como VETFa miden la superficie corporal afectada, pero VASI también incluye una puntuación obtenida multiplicando la pigmentación residual y superficie corporal afectada, lo que aumenta el riesgo de un error de cálculo. A pesar de que ambas herramientas mostraron confiabilidad y validez, la evidencia para detectar los cambios clínicos mínimos no son suficientes, considerando el tamaño de muestra y la homogeneidad en la superficie corporal afectada de la población de estudio.

El puntaje de extensión de vitílico mostró buena confiabilidad y validez con aquellos instrumentos que implican la evaluación de fotografías.

Es importante considerar la confiabilidad entre evaluadores de este instrumento cuando se usa en la práctica clínica o cuando es empleado donde por lo general sólo hay un revisor, pues parece que VES no puede identificar pequeños cambios en la extensión de la enfermedad.

La herramienta PRI fue desarrollada con base en la coherencia biológica y tiene una buena correlación con el porcentaje de repigmentación. También demuestra una discriminación aceptable entre buena, regular y mala respuesta a la fototerapia en términos de repigmentación. Este instrumento de medida es potencialmente útil.

Conclusiones

El instrumento más eficiente para medir superficie corporal afectada es VES y, con precaución, SA-VES, ambos con menor rendimiento en pacientes con gran extensión de superficie corporal afectada. La gravedad de la enfermedad puede ser medido con VASI porque combina la extensión y el grado de despigmentación. Finalmente, consideramos necesario medir las modificaciones del vitílico usando una puntuación global, debido a que esta

enfermedad tiene diferentes cursos clínicos que pueden ser experimentados por el mismo paciente al mismo tiempo. Un puntaje global podría evaluar los resultados bioquímicos y clínicos para medir la respuesta a la terapia.

Saúl Guzmán Herrera, R3D.

Suchonwanit P, Iamsumang W, Rojhirunsakool S. Efficacy of topical combination of 0.25% finasteride and 3% minoxidil versus 3% minoxidil solution in female pattern hair loss: a randomized, double-blind, controlled study. (Eficacia de la combinación de finasteride 0.25% y minoxidil 3% tópico versus minoxidil 3% solución en paciente con pérdida capilar de patrón femenino: estudio controlado aleatorizado doble ciego). Am J Clin Dermatol. 2019; 20: 147-153.

El patrón de pérdida capilar femenino es un tipo común de alopecia no cicatrizal, con una prevalencia de 6% en mujeres menores de 50 años de edad y 38% en mujeres mayores. La FDA (Food and Drug Administration) en EUA ha aprobado el uso de minoxidil 2% en solución y 5% en espuma para el tratamiento de esta entidad. Recientemente, el uso de finasteride ha sido reportado de utilidad para el tratamiento de pérdida capilar femenino; sin embargo, los resultados son controversiales. La formulación tópica ha sido utilizada de manera amplia en alopecia androgénica en hombres; no obstante, su utilidad en mujeres no ha sido dilucidada.

Este estudio tiene como principal objetivo evaluar la eficacia, seguridad y los efectos de finasteride 0.25% solución asociado a minoxidil 3% en el tratamiento de mujeres con pérdida capilar con patrón femenino en comparación con minoxidil 3%, el cual es el estándar de oro en tratamiento.

Se trata de un ensayo clínico controlado aleatorizado y doble ciego, de la cohorte de un estudio previo, donde a un grupo se le aplicó minoxidil 3% y al otro minoxidil 3% añadiendo finasteride 0.25%, con seguimiento cada ocho semanas durante 24 semanas. El primer punto de corte medido fue eficacia y seguridad, y el segundo corte fue la valoración fotográfica global por tres dermatólogos. Se emplearon para el seguimiento fotografías tricoscópicas con Folliscope en puntos determinados y constantes. El apego al tratamiento se llevó a cabo mediante la evaluación de los recipientes contenedores de los medicamentos. Se llevaron a cabo estudios adicionales como la medición de dihidrotestosterona y laboratorios clínicos de rutina.

Se consideraron 30 pacientes; hubo pérdida de un paciente del grupo de minoxidil 3%, debido a imposibilidad para el seguimiento.

Respecto al primer punto de corte, no se presentó ningún efecto adverso serio o problemas sexuales asociados con finasteride. Sin embargo, los niveles de dihidrotestosterona tuvieron un cambio estadísticamente significativo durante el seguimiento, con aumento de los mismos conforme el parámetro al inicio del estudio.

En el segundo punto de corte, el uso de finasteride con minoxidil mostró mayor aumento del grosor del cabello respecto al uso de minoxidil solo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (11.9 μ m versus 7 μ m, $p = 0.02$). Existió aumento en la densidad y longitud capilar, sin mostrar superioridad a algunos de los tratamientos. La evaluación subjetiva de la mejoría tanto por los investigadores como por los pacientes mostró mejoría clínica relevante, sin existir diferencias significativas en los grupos.

La importancia de documentar los hallazgos del uso de finasteride en población femenina radicó en su posible penetración sistémica, reflejada en la elevación de dihidrotestosterona, la cual puede tener ciertas repercusiones en grupos concretos, como antecedentes de cáncer de mama o en pacientes en edad fértil. Sin embargo, este estudio parece demostrar que su uso es seguro y libre de efectos adversos severos.

En conclusión, este estudio sólo demostró que el uso concomitante de finasteride 0.25% tópico con minoxidil 3% mejora el grosor del cabello; sin embargo, los autores comentan que es deseable dar seguimiento un año a estos resultados, los cuales podrían mostrar superioridad en relación al uso de minoxidil 3% solo.

Las principales limitaciones de este estudio fueron el tamaño de muestra pequeño y el periodo de seguimiento corto.

Erick Alejandro Jiménez Herrera, R3D.

Nagaraju D, Bhattacharjee R, Vinay K, Saikia UN, Parsad D, Kumaran MS. Efficacy of oral tranexamic acid in refractory melasma: A clinico-immuno-histopathological study. (Eficacia del ácido tranexámico por vía oral en el melasma refractario: un estudio clínico, inmunológico e histológico). *Dermatol Ther.* 2018; 31: e12704.

A pesar de que existen muchas opciones terapéuticas para el melasma, generalmente el resultado es poco satisfactorio y se acompaña de recaídas frecuentes. El ácido tranexámico (AT) es un agente inhibidor de la plasmina que ha demostrado ser efectivo en el melasma, tanto por vía oral como intralesional.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del AT por vía oral en el melasma refractario, utilizando parámetros clínicos e inmunohistológicos.

Métodos

Se trata de un estudio prospectivo en 30 pacientes con melasma refractario, mayores de 18 años y fototipos IV y V, de los cuales 26 completaron el estudio. El término «melasma refractario» se definió arbitrariamente como pacientes que hubieran recibido tratamientos convencionales (hidroquinona, ácido azelaíco, fórmula de Kligman, retinoides o esteroides de mediana potencia) por tres meses y tuvieran una mejoría menor a 25% medida por el índice de área y gravedad del melasma (por sus siglas en inglés, mMASI). Despues de un periodo de lavado de un mes se le administró a los pacientes AT 500 mg cada 12 horas diario junto con un fotoprotector de FPS 30. Los pacientes fueron valorados a las semanas dos, cuatro, ocho y 12. A la semana 12 se suspendió el tratamiento y se les dio seguimiento por dos meses más. La biopsia de piel del margen de la lesión fue valorada antes y después del tratamiento por un histopatólogo cegado. Con base en estos hallazgos se clasificó a los pacientes en «mejoría», «empeoramiento» y «sin cambios». Se realizó análisis inmunohistoquímico con Melan-A, antitriptasa, anti-CD31 y anticolágeno IV.

Resultados

Veintiséis mujeres con una edad media de 31 años fueron seleccionadas. Se observó mejoría en 10 pacientes desde las primeras dos semanas, lo cual fue estadísticamente significativo. A los dos meses de tratamiento todas las pacientes mostraban

mejoría clínica y la máxima mejoría se observó al cuarto mes. Sólo una paciente tuvo excelente respuesta por mMASI. Catorce pacientes tuvieron una respuesta buena, 14 moderada y una leve. Con base en el MELASQOL cuatro pacientes tuvieron mejoría leve de la calidad de vida, moderada en 23 y buena en tres. Sólo se observaron efectos adversos en 11 pacientes e incluyeron cefalea, aumento de peso e hipomenorrea.

En la biopsia de piel de las 14 pacientes que aceptaron la toma de la misma se observó disminución de la pigmentación epidérmica en 13 (92.8%), menor número de melanocitos en siete (50%) y disminución de la incontinencia de la melanina en cinco (35.71%). Se observó disminución de la pigmentación dérmica en 33.3% y del edema en 28.5%.

La tinción de Melan-A fue significativamente menos positiva ($p \leq 0.05$). Hubo mayor marcaje de anticolágeno IV en cinco casos, pero no fue estadísticamente significativo. La positividad de antitriptasa demostró disminución de los mastocitos en 13 pacientes ($p \leq 0.05$) y hubo disminución de la vascularidad dérmica en 12 pacientes, demostrado por la tinción de CD31.

Al correlacionar los parámetros clínicos y de laboratorio, identificamos que la disminución de la pigmentación epidérmica y la incontinencia de la melanina correlacionó de manera lineal con la mejoría clínica.

Discusión

Este estudio pone de manifiesto la actividad inhibitoria del AT en la melanogénesis y la proliferación de melanocitos, así como sus efectos antiinflamatorios, probablemente por inhibición de los mastocitos. Asimismo, no observamos que hubiera recaída en el seguimiento de dos meses posterior al término del tratamiento. Se requieren más estudios a futuro con un mayor número de pacientes para reiterar nuestros hallazgos y clarificar los mecanismos de acción del AT.

Irvin Suástegui Rodríguez, R2D.

Vélez-Muñiz RC, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Psychological profile and quality of life of patients with alopecia areata. (Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con alopecia areata). *Skin Appendage Disord.* 2019; 5: 293-298.

La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatrizal, de etiología autoinmune, de presentación clínica variable, curso impredecible y que provoca un impacto emocional y sobre la calidad de vida de los pacientes. Tiene una prevalencia de 0.1 a 0.2%, con afección por igual a hombres y mujeres, edades y razas. Aunque el curso de la enfermedad suele ser benigno, estudios previos han reportado un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y el entorno en donde se desarrollan.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de desórdenes mentales y calidad de vida en pacientes mexicanos con AA moderada a severa así como la determinación de alguna asociación entre la severidad de la patología y el perfil psicológico de los pacientes.

Se realizó estudio transversal del primero de marzo de 2017 al 28 de febrero de 2018, con 126 pacientes mexicanos 25.4% niños y 74.6% adultos, con el diagnóstico de AA activa en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», en donde se aplicó

la escala SALT (*Severity Alopecia Tool*, por sus siglas en inglés). Se realizó la toma de imágenes clínicas y dermatoscópicas, así como aplicación de los cuestionarios DLQI, HADS, PSS-14 cDLQI y la escala de Bürleson para niños, traducidas al español.

Noventa y dos punto nueve por ciento de los pacientes presentó AA en parches. El promedio de DLQI en la población fue de 6.1 puntos (DE = 5.1 puntos) cDLQI 2.25 (0.96). De acuerdo a la escala HADS 71.2% de los adultos presentaron algún grado de ansiedad o depresión; 12.8% de los pacientes presentaron el riesgo de cometer un acto suicida, según la escala Plutchik y el promedio de la escala PSS fue de 24.5 comparado con la población mundial de 21.9. Según la escala de Bürleson sólo 6.3% de los pacientes en edad pediátrica presentaron síntomas depresivos.

Conclusiones

Aproximadamente tres cuartos de los pacientes adultos con el diagnóstico de AA en la población mexicana en el CDP fueron referidos a psiquiatría para complementación diagnóstica de depresión o ansiedad. En el caso de la población pediátrica esto sólo sucedió en 6.3% de los pacientes. En 77.6% de los niños se reportó alteración en la calidad de vida; cifras similares a estudios realizados previamente. Según la escala HADS, 71.2% presentó ansiedad y depresión en la población adulta; 40% de los niños reportan algún tipo de bullying en la escuela, 48% se apena de su condición y 33% tiene inasistencias en la escuela debido a su enfermedad.

El estrés comparado entre la población control y los pacientes con AA es similar; 12.8% de los pacientes tienen riesgo de suicidio durante la enfermedad y aunque no hay datos suficientes para poder atribuirlo como causa única a la AA, el riesgo de suicidio debería ser evaluado en los pacientes que padecen esta enfermedad.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la escala de severidad de AA y alteraciones en la escala de calidad de vida; sin embargo, esto podría deberse al tamaño de muestra del estudio y el perfil de personalidad de los pacientes.

Este estudio es el más grande hecho en la población mexicana, siendo la muestra estadísticamente representativa y similar a otros estudios realizados en otros países; no obstante, algunos de los hallazgos reportados pudieran verse modificados en un seguimiento a largo plazo de los pacientes, por lo que se está llevando a cabo una cohorte prospectiva para valorar algún cambio en lo anteriormente observado y descrito.

Luisa Fernanda Baldassarri Ortego, R3D.

Cheng HM, Chuah SY, Gan EY, Jhingan A, Thng STG. A retrospective clinico-pathological study comparing lichen planus pigmentosus with ashy dermatosis. (Un estudio retrospectivo clínico-patológico comparando liquen plano pigmentado con dermatitis ceniciente). *Australas J Dermatol.* 2018; 59: 322-327.

La dermatitis ceniciente y el liquen plano pigmentado han compartido características clínicas durante años, siendo las manchas hiperpigmentadas su lesión en común.

En este estudio se realizó una revisión de los pacientes del Centro Nacional de la Piel de Singapur que contaran con el diag-

nóstico de dermatitis ceniciente o liquen plano pigmentado, en el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2014; se recabaron los siguientes datos: edad, género, raza, antecedentes personales patológicos, edad al inicio de la enfermedad, topografía en la cual se presentaron las primeras lesiones, duración de la enfermedad, factores precipitantes, distribución de las lesiones, patrón de pigmentación y presencia de síntomas; así como reporte histopatológico en caso de haberse realizado toma de biopsia.

El diagnóstico se hizo por clínica e histopatología. Clínicamente, el liquen plano pigmentado fue definido por la presencia de discromía violácea, lesiones en mucosa oral y prurito; mientras que la dermatitis ceniciente fue definida por la presencia de lesiones gris-azuladas y la falta de involucro de mucosas y prurito. Se descartaron los casos en los que no se llegó a un diagnóstico al realizar correlación clínico-histopatológica.

Se incluyeron en total 26 casos de dermatitis ceniciente y 29 de liquen plano pigmentado.

Los participantes hindúes fueron significativamente más afectados (83%) por liquen plano pigmentado, los pacientes de origen chino presentaron mayor afección (35%) por dermatitis ceniciente. La edad media al diagnóstico en ambos grupos fue de 41 ± 15.3 años. Las topografías predilectas al inicio y al momento del diagnóstico en el liquen plano pigmentado fueron la cara y cuello; en contraste, la dermatitis ceniciente no tuvo un sitio de afección predilecto al inicio de la enfermedad, pero sí al momento del diagnóstico, siendo éstos el tronco y las extremidades. La dermatitis ceniciente mostró tendencia a presentarse localizada al inicio de la enfermedad en 42% de los casos y de forma generalizada en 12%. En el liquen plano pigmentado el patrón localizado al momento del inicio de la enfermedad fue de 70%, detectándose progresión hacia una forma generalizada únicamente en 10%.

Fue reportado por los pacientes un exantema eritematoso precedente a la dermatitis ceniciente en 23% de los pacientes comparado con 4% en el liquen plano pigmentado.

No se reportaron factores precipitantes significativos.

La pigmentación reticulada fue más frecuente en el liquen plano pigmentado y la pigmentación difusa en la dermatitis ceniciente; sin embargo, en este estudio no se logró demostrar significancia estadística de esta característica.

En la histopatología los datos más comúnmente reportados en los casos de liquen plano pigmentado fueron: hiperqueratosis, atrofia epidérmica e infiltrado liquenoide. Dermatitis de interfase, incontinencia de pigmento y melanófagos dérmicos en las biopsias de participantes con dermatitis ceniciente.

En cuanto al tratamiento, cinco pacientes con diagnóstico de dermatitis ceniciente presentaron mejoría, de éstos, tres fueron tratados con combinación tópica de hidroquinona y corticosteroide, un paciente con corticosteroide tópico y un paciente con corticosteroide tópico y vía oral; presentando un tiempo de respuesta al tratamiento de 2.1 ± 1.2 meses. En los casos de liquen plano pigmentado seis mostraron mejoría, siendo tratados con tacrolimus tópico, corticosteroide tópico, hidroquinona, o combinación de los anteriores con tretinoína tópica, con un tiempo promedio de tratamiento para presentar mejoría de 2.8 ± 1.8 meses. En los pacientes que no presentaron mejoría en ambos grupos se observó estabilidad de la enfermedad a los tres meses de seguimiento.

Wendy Carolina González Hernández, R2D.

van Geel N, Grine L, De Wispelaere P, Mertens D, Prinsen CAC, Speeckaert R. Clinical visible signs of disease activity in vitiligo: a systematic review and meta-analysis. (Signos clínicos visibles en vitílico activo: revisión sistemática y metaanálisis). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019; 33: 1667-1675.

El vitílico es una enfermedad impredecible, incluyendo períodos de estabilidad y de actividad. Hasta el momento, no existen guías sustentadas con evidencia científica para evaluar la actividad de vitílico en una consulta. Por lo anterior, van Geel y colaboradores realizaron una revisión sistemática con metaanálisis de las manifestaciones cutáneas descritas durante los períodos de actividad de vitílico.

Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos de Cochrane, PubMed y Embase hasta octubre de 2017. La población de estudio incluyó pacientes con vitílico segmentario y no segmentario, así como estudios que por lo menos describieran un dato clínico asociado con actividad.

Se incluyeron 46 estudios observacionales, de éstos, 28 eran reportes de caso. Se identificaron los siguientes datos clínicos asociados con actividad: fenómeno de Koebner, despigmentación tipo confeti, áreas tricrómicas e hipocrómicas (incluyendo bordes mal definidos), vitílico inflamatorio, prurito y leucotriquia.

El análisis de siete estudios, en los cuales se describía el fenómeno de Koebner, estableció una asociación con actividad de la enfermedad, con un *odds ratio* (OR) calculado de 2.13 (IC 95% 1.41; 3.20; $p < 0.0003$), heterogeneidad moderada.

A pesar de que se ha descrito una asociación con actividad de vitílico y la presencia de lesiones tricrómicas e hipocrómicas, en el análisis de este estudio no alcanzaron una asociación estadísticamente significativa. En cuanto al vitílico inflamatorio, 25 de 28 reportes de caso describen datos de inflamación en pacientes con progresión de la enfermedad; asimismo, la despigmentación en confeti se ha descrito como dato de actividad; sin embargo, no fue posible un análisis estadístico de estos hallazgos. La leucotriquia no se asoció con actividad de la enfermedad en el análisis combinado de tres estudios; no obstante, no fue estadísticamente significativo (OR: 0.97; IC 95% 0.71; 1.34; $p = 0.88$).

En conclusión, se describen hallazgos cutáneos reportados en la literatura como asociados a períodos de actividad de vitílico. El único dato clínico que estadísticamente se asoció a actividad de vitílico fue el fenómeno de Koebner, el cual se presentaba concomitante con prurito y despigmentación en confeti. La heterogeneidad de los estudios incluidos demuestra la necesidad de definiciones precisas de cada uno de los datos clínicos, así como una adecuada metodología para evaluar dichas asociaciones.

Karla Leticia Valdés Morales, R2D.

Castro-Escamilla O, Aguilar-Flores C, Mora-Velandia LM et al. SEB Stimulation induces functional pathogenic features in Th17 cells from psoriasis patients. (La estimulación de SEB induce características patogénicas en las células Th17 de pacientes con psoriasis). J Invest Dermatol. 2018; 138: 2677-2681.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada por linfocitos T CD4⁺ que expresan IL-17. Modelos experimentales han demostrado la plasticidad de las células Th17, adquiriendo un fenotipo patógeno, ya que pueden exa-

cerbar la enfermedad al expresar factores de transcripción e interleucinas específicas (ROR γ t, T-bet, Runx1, IL-17 e IFN- γ). Recientemente, se ha identificado la presencia aumentada de *Staphylococcus aureus* en pacientes con psoriasis, asociada con la sobreexpresión de enterotoxina-B (SEB), que actúa como un superantígeno y exacerbador de la enfermedad. Por lo cual se evaluaron las características de las células Th17 en 52 biopsias de piel afectada y 30 de piel no afectada por psoriasis, posterior a la estimulación por SEB.

Previo a la estimulación con SEB, las biopsias de piel lesionada presentaron mayor expresión de Th-17, CD4⁺ y ROR γ t en comparación con la piel no lesionada. Posterior a la estimulación con SEB se incrementó la expresión de CD4⁺, ROR γ t y T-bet, tanto en la piel lesionada como en la no lesionada. Después de la activación de SEB, el porcentaje de células Th17 con un fenotipo patógeno aumentó sólo en pacientes con placas grandes, lo que sugiere una mayor asociación sólo con este tipo de placas. Además, se determinó la expresión *in situ* de IL-17 e IFN- γ en células T CD4⁺. Encontrando que la piel no lesionada presenta poca celularidad de T CD4⁺, sin presencia de IL-17/IFN- γ , comparado con la alta celularidad y expresión de dichas citocinas en la piel lesionada.

Se evaluó si la estimulación de SEB afectaba la función de las células Th17, encontrando que una pequeña proporción de células aumentó la expresión de IL-17 e IFN- γ . Además, en pacientes con un PASI (*Psoriasis Area Severity Index Score*) alto, la estimulación de SEB indujo un microambiente patógeno más evidente que en pacientes con menor severidad, evidenciado por la presencia aumentada de TNF- α y bajos niveles de IL-17 e IL-19. La plasticidad de las células Th-17 hacia la patogenicidad, podría ser explicado por un aumento de Runx1 posterior a estimulación SEP, lo que permitiría la dimerización T-bet.

Para poder elucidar si la expresión de células Th17 se restringía a la piel afectada, se comparó la expresión y proliferación de citocinas dependientes de Th17 en piel lesionada y en la circulación sistémica del mismo; demostrando mayor expresión de los factores de transcripción ROR γ t y T-bet en la piel afectada tras la estimulación con SEB. Por último, se utilizó CD161 como un marcador de Th17 en la sangre periférica de los pacientes afectados, y se buscó si la plasticidad de estas células se debe a un aumento de IL-1 β e IL-23, interleucinas sobreexpresadas en las placas de psoriasis. Así que una vez identificadas las células Th17 se realizó su activación con anti-CD3/CD28 y se demostró un incremento en la expresión de ROR γ t y T-bet y por consiguiente de IL-17 e IFN- γ . Demostrando una vez más la plasticidad de las células Th17 al exponerse a ciertos factores e interleucinas inflamatorias y virar hacia la patogenicidad, en específico de psoriasis.

Esta investigación revela un papel para SEB en la fisiopatología de la psoriasis a través de la inducción de características específicas de plasticidad Th17 hacia un perfil patogénico que podría contribuir a la inflamación. La adquisición de características de plasticidad Th17 podría tener implicaciones en la gravedad de la enfermedad y en el tratamiento biológico de pacientes con psoriasis.

Vianey Venecia Landini Enríquez, R4D.

Janney MS, Subramaniyan R, Dabas R, Lal S, Das NM, Godara SK. A randomized controlled study comparing the efficacy of topical 5% tranexamic acid solution versus 3% hydroquinone

cream in melasma. (Estudio controlado aleatorizado que compara la eficacia de ácido tranexámico al 5% en solución tópica versus hidroquinona 3% crema en el melasma). *J Cutan Aesthet Surg.* 2019; 12: 63-67.

Introducción

El melasma es una hiperpigmentación adquirida que se presenta en áreas expuestas a la radiación; es el trastorno pigmentario más común en la India. Su prevalencia varía de 0.25 a 4% en el sudeste asiático y de 1.5 a 33.3% en la población latinoamericana. Tiene un origen multifactorial, participan factores genéticos, exposición a radiación ultravioleta y luz visible, desequilibrio hormonal, angiogénesis y fármacos.

Los agentes despigmentantes tópicos han sido el estándar de oro en el tratamiento del melasma, de los cuales la hidroquinona (HQ) ha sido el más estudiado. El ácido tranexámico (AT) se ha propuesto de manera reciente como una alternativa efectiva en el tratamiento del melasma. Se puede administrar por vía tópica, intradérmica y oral. Existen pocos datos sobre la eficacia y seguridad del AT tópico en la India. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de AT tópico al 5% en melasma en comparación con HQ crema al 3%, considerado el estándar de oro en la población de la India.

Material y métodos

Estudio ciego simple, prospectivo, aleatorizado realizado durante 1.5 años en un hospital de atención terciaria en Bangalore.

Se incluyeron casos nuevos de melasma en pacientes de más de 18 años de edad y casos tratados de forma previa con suspensión de terapia tópica y sistémica durante al menos uno y tres meses, previo ingreso al estudio. Se excluyeron mujeres embarazadas o en lactancia, pacientes con consumo de pastillas anticonceptivas, fármacos fotosensibilizantes, antecedentes de sensibilidad a HQ o AT, trombosis venosa profunda, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y visión defectuosa al color. Se determinó el fototipo de piel de Fitzpatrick y se examinaron bajo la lámpara de Wood para identificar el tipo de melasma. Se realizaron estudios iniciales para descartar cualquier trastorno de coagulación. Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria en dos grupos quienes recibieron una aplicación diaria de AT solución al 5% o HQ crema al 3%, respectivamente, y protector solar con FPS 30 durante 12 semanas. La solución tópica de AT al 5% se preparó diluyendo la inyección de AT (10%) con agua estéril. Un examinador se encargó de realizar el control iconográfico, evaluar el índice de gravedad del área de melasma (MASI) y los efectos adversos. La mejora subjetiva se evaluó mediante la puntuación de satisfacción del paciente al final del estudio. Para analizar los datos en el software SPSS 16.0 se utilizó un análisis de varianza de medición repetido, prueba «t» independiente, prueba «d» de Cohen's y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Trescientos cuarenta y seis pacientes con diagnóstico de melasma fueron elegibles, de los cuales 120 cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, de ellos 100 fueron analizados. En las características demográficas relevantes de los pacientes,

la mayoría tenían menos de 40 años de edad y de uno a tres años con melasma. El MASI promedio al inicio del estudio en los grupos de AT y HQ fue 12.39 ± 3.34 y 11.63 ± 3.72 , respectivamente. Despues de 12 semanas, el MASI promedio se redujo a 9.47 ± 2.79 y 9.24 ± 3.26 en los grupos con AT y HQ, respectivamente. El porcentaje de reducción de MASI en el grupo con AT fue de 27% y en el grupo con HQ fue de 26.7%, la cual no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Se observó una tendencia decreciente significativa en las puntuaciones de MASI a las cuatro, ocho y 12 semanas en ambos grupos durante el estudio ($p < 0.05$). No hubo diferencias en términos de inicio de acción y rapidez de mejoría clínica en ambos grupos. La evaluación de la magnitud de la intervención al final de las 12 semanas con referencia al tamaño del efecto se consideró «grande» dentro de los grupos, grupo AT = 0.94 y grupo HQ = 0.68, pero «pequeño» 0.08 en la comparación entre grupos. Los pacientes tratados con HQ tuvieron una incidencia significativamente mayor de efectos adversos y la puntuación de satisfacción del paciente fue significativamente mejor en el grupo AT ($p = 0.03$).

Discusión

El tratamiento en el melasma se enfoca en la protección solar, evitar factores desencadenantes y revertir la pigmentación. La HQ ha sido considerada el estándar de oro a pesar de generar reacciones adversas locales. El AT es un agente antifibrinolítico utilizado en la menorragia. En 1979, Sadako observó mejoría incidental significativa del melasma en pacientes tratados con AT por urticaria crónica. El AT inhibe la activación del plasminógeno inducida por los rayos ultravioleta al bloquear los sitios de unión de lisina en el plasminógeno y, a su vez, regula a la baja los activadores de la melanogénesis; es una molécula novedosa en la terapéutica de los dermatólogos para el tratamiento de esta entidad. El AT tópico (2-5%) se encuentra en diversas formas como crema, gel, emulsión, solución y mascarilla, y se han estudiado en el melasma. Sin embargo, los datos sobre AT tópico son limitados, éste es el primer ensayo aleatorizado que compara HQ y AT tópico en la población india. La solución tópica de AT es fácil de formular, efectiva y segura en el tratamiento del melasma en la población india. No obstante, las limitaciones del estudio incluyen la corta duración del estudio y la diferencia en el tipo de preparaciones utilizadas para la comparación. Se requieren más estudios a gran escala para determinar su concentración ideal, tipo de vehículo, frecuencia de uso y evaluar su eficacia en combinación con otras modalidades de tratamiento para obtener beneficios a largo plazo.

Laura Haydeé Camacho Rosas, R2D.

Peralta-Pedrero ML, Jurado Santa-Cruz F. What we know about the clinical course of nonsegmental vitiligo: experience of a researcher and a dermatologist. (Experiencia de un investigador y un dermatólogo sobre el conocimiento del curso clínico del vitílico no segmentario). *Actas Dermosifiliogr.* 2018; 109: 767-770.

¿Por qué es necesario conocer el curso clínico del vitílico no segmentario (VNS)?

La evolución y el pronóstico del VNS es impredecible, por lo que es necesario llevar a cabo una investigación prospectiva con

metodología adecuada que ayude a definir el curso clínico y si existe alguna asociación como indicador de otras afecciones y de ser posible prevenir o modificar la evolución de los mismos.

¿Cómo se puede definir el curso clínico de una enfermedad?

Los estudios de pronóstico ayudan a determinar la evolución de un padecimiento, con base en el nivel de conocimiento de las variables. Presentan tres etapas: la exploratoria, la confirmatoria y la explicativa, lo cual permite generar hipótesis e identificar las causas probables de un buen o mal pronóstico; el diseño óptimo sería una cohorte.

En cuanto al VNS, podría ayudar a determinar la probabilidad de mantener la estabilidad de la enfermedad, la incidencia de comorbilidades, enfermedades asociadas y otros factores como el tabaquismo, eventos estresantes de la vida, etcétera.

¿Con qué recursos debemos contar para realizar estudios de pronóstico en pacientes con vitílico no segmentario?

En el caso del VNS es necesario un consenso que permita evaluar la calidad de vida, porcentaje de repigmentación, el cese de la diseminación o la estabilidad de la enfermedad (ausencia

o aumento en tamaño y número de lesiones, y la permanencia de la repigmentación secundaria al tratamiento, durante mínimo dos años); ya que de no haber estabilidad de la enfermedad es muy probable la recaída.

Las variables de desenlace a medirse deben ser: la progresión, la repigmentación y la recaída, esto mediante la practicidad y factibilidad del registro de la evolución de las lesiones. Existen 11 instrumentos para medir resultados en pacientes con vitílico; sólo los del reporte del médico (VEFT, VASI, *Point counting*) y software (DIAS, *Image analysis technique*) miden el porcentaje de SCA (superficie corporal afectada), pero son insuficientes e imprecisos para un estudio de pronóstico. Aún está en desarrollo la actualización de los instrumentos de medición.

¿Qué variables se han propuesto como factores pronóstico en VNS?, ¿cuál es el nivel de evidencia que lo sustenta?

Autoinmunidad, fenómeno de Koebner, edad de inicio, localización en mucosas, leucotriquia, manchas «en confeti»; sin embargo, aún no existe suficiente evidencia que permita sustentarlo.

Laura Ortiz Lobato, R4D.