



Gold LS, Del Rosso JQ, Kircik L, Bhatia ND, Hooper D, Nahm WK et al. Minocycline 1.5% foam for the topical treatment of moderate to severe papulopustular rosacea: results of 2 phase 3, randomized, clinical trials. (Espuma de minociclina al 1.5% para el tratamiento tópico de rosácea pápulo-pustular moderada a severa: resultados de 2 ensayos clínicos aleatorizados en fase 3). *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82: 1166-1173. doi: 10.1016/j.jaad.2020.01.043.

Antecedentes

La rosácea es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica, que afecta la cara. En Estados Unidos, aproximadamente 16 millones de personas la padecen. Se caracteriza clínicamente por la presencia de eritema facial central, telangiectasias, edema, pápulas y pústulas.

Para su tratamiento, en la actualidad existen diferentes terapias tópicas: ácido azelaico, metronidazol e ivermectina, entre otros, que en general son bien tolerados y efectivos; sin embargo, requieren de un uso continuo para mantener sus efectos terapéuticos. Las tetraciclinas por vía oral, como la doxiciclina y la minociclina, son frecuentemente utilizadas para el tratamiento de la rosácea pápulo-pustular moderada a severa, se les ha asociado con el desarrollo de diferentes efectos adversos sistémicos, pudiendo evitarse lo anterior si se utilizan en forma tópica.

FMX103 1.5% es una espuma de minociclina al 1.5% empleada para el tratamiento tópico de rosácea pápulo-pustular moderada a severa. Ésta forma farmacéutica permite observar la eficacia de la minociclina en este padecimiento, reduciendo el riesgo de efectos adversos sistémicos.

Diseño del estudio

Se realizaron dos ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, idénticos, multicéntricos, en 100 ciudades de Estados Unidos, iniciados en junio del 2017 (FX2016-11 (estudio 11) y FX2016-12 (estudio 12)).

Los individuos elegidos fueron incluidos en una muestra aleatoria 2:1 para recibir espuma de minociclina al 1.5% (FMX103) contra vehículo en espuma. Los participantes aplicaron el tratamiento una vez al día por 12 semanas, a la misma hora todos los días en capa delgada sobre toda la cara. Las evaluaciones fueron realizadas al inicio y a las cuatro, ocho y 12 semanas.

Se incluyeron hombres y mujeres mayores de 18 años con rosácea pápulo-pustular moderada a severa, definida por el investigador con un puntaje en la evaluación global de 3 (moderado), o 4 (severo), con 15-75 pápulas y pústulas faciales, y no más de dos nódulos faciales. Fue necesario que los participantes tuvieran historia o presencia de eritema facial y/o rubefacción, y se les indicó que minimizaran la exposición a factores externos que pudieran desencadenar brotes de rosácea.

Se excluyeron pacientes con lesiones en ojos y piel cabelelluda, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, o que planearan un embarazo próximo, e individuos con excesivo

vello facial, o con algún otro padecimiento de la piel que pudiera interferir con el diagnóstico o evaluación de la rosácea, individuos con rinofima moderado a severo, con telangiectasias severas, o con edema facial tipo placa, individuos en tratamiento con retinoides tópicos u orales o suplementos con vitamina A seis meses previos, o aquéllos en tratamiento con antibióticos sistémicos o corticosteroides sistémicos un mes previo, o antibióticos o corticosteroides tópicos dentro de las dos semanas previas al estudio.

El objetivo primario fue evaluar la mejoría observada, contando las lesiones inflamatorias, y determinando la proporción de participantes que alcanzaron el éxito con el tratamiento prescrito, con un puntaje en la evaluación global del investigador de 0 a 1, y al menos una disminución de 2 grados de mejoría, desde la semana basal a la 12.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 12 un total de 751 participantes (FMX103 1.5%, n = 495, vehículo en espuma, n = 256), y en el estudio 11 un total de 771 participantes (FMX103 1.5%, n = 514, vehículo en espuma, n = 257). No se observaron diferencias significativas entre las características demográficas basales de la enfermedad en aquéllos que recibieron tratamiento con FMX103 1.5% y el vehículo en espuma en ningún estudio.

FMX103 1.5% cumplió el objetivo primario a la semana 12 en los dos estudios, ya que demostró reducción estadísticamente significativa en la cuenta absoluta de lesiones inflamatorias de la semana basal a la semana 12, comparado con el vehículo (estudio 11: -17.57 vs -15.65, p = 0.0031; estudio 12: -18.54 vs -14.88, p = 0.0001), y también demostró ser superior al vehículo al alcanzar un puntaje en la evaluación global del investigador de 0 a 1, y al menos una disminución de 2 grados al evaluar la mejoría, (estudio 11: 52.1 vs 43.0%, p = 0.0273; estudio 12: 49.1 vs 39.0%, p = 0.0077).

La eficacia clínica se observó a la semana cuatro en los dos estudios, y se mantuvo durante toda la duración del tratamiento en más de 1,000 participantes.

La aplicación diaria de FMX103 1.5% por 12 semanas fue segura y bien tolerada. La tasa de abandono de los participantes fue baja, con cifras similares entre FMX103 1.5% y el vehículo.

Conclusión

La minociclina tópica FMX103 1.5% en espuma parece ser eficaz, segura y bien tolerada en el tratamiento de rosácea pápulo-pustular de moderada a severa.

Participantes elegibles de estos dos ensayos fueron incluidos en un nuevo estudio de extensión para evaluar la seguridad y tolerabilidad de la minociclina por vía tópica al 1.5% aplicada durante 40 semanas más, por lo que, con los resultados de éste, se espera corroborar los hallazgos antes mencionados.

Graciela Astrid Acatitla Acevedo, R1D.



Jiménez-Herrera EA, Ríos-Garza Z, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Prognostic factors in Mexican patients with patchy and other types of alopecia areata. (Factores pronóstico en pacientes mexicanos con Alopecia Areata en placas y de otro tipo). *Skin Appendage Disord.* 2020; 6: 296-303. doi: 10.1159/000508925.

En el campo de la dermatología, la alopecia areata (AA) es el segundo padecimiento que causa alopecia no cicatrizal, después de la alopecia androgenética. Afecta aproximadamente 2% de la población mexicana. La principal causa que ocasiona la ausencia de cabello es «la pérdida del privilegio inmune del folículo», lo cual condiciona que las células del sistema inmune ataquen y destruyan la raíz del folículo piloso. La AA se ha asociado con algunas enfermedades autoinmunes sistémicas, el curso de la enfermedad es impredecible, y los factores condicionantes de progresión y remisión son aún controversiales. La severidad se evalúa utilizando el índice SALT (*Severity of Alopecia Tool*).

Material y métodos

Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de AA, de cualquier edad y género, atendidos en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» de febrero a diciembre del 2017. Los pacientes debían estar cursando con actividad de la dermatosis, presentando al menos dos de los siguientes criterios: prueba *pull-test* positiva, consistencia acolchonada de la placa, a la tricoscopia pelos en «signo de admiración», distrofia folicular y puntos negros.

En la primera visita, los pacientes llenaron un cuestionario de factores sociodemográficos, así como de antecedentes familiares y personales patológicos de AA: vitiligo, dermatitis atópica, psoriasis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad tiroidea, enfermedad de intestino irritable, artritis reumatoide, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, enfermedad cardiovascular, toxicomanías y alergias. Al año de seguimiento se actualizaron los datos de estas mismas enfermedades, registrándose en ese momento resultados de exámenes de laboratorio, y tratamiento.

Características clínicas de la AA: se registraron edad de inicio, duración, número de episodios activos, patrón de pérdida de pelo, tratamientos previos y afectación o no de uñas y pelo del cuerpo. Un dermatólogo evaluó la severidad con la escala SALT al inicio y a los 12 meses. Se estableció como «progresión de la enfermedad» el incremento en un año en la escala SALT comparada con la inicial, y la «no progresión» si no se incrementó o disminuyó la puntuación en la escala SALT durante un año. Los pacientes con SALT de cero al año se clasificaron como remitidos.

Se evaluó la adherencia al tratamiento mediante un cuestionario, considerándose buena adherencia un porcentaje de 90-100% y mala adherencia < 90%.

Resultados

Se incluyeron 120 pacientes, excluyéndose 16 que no regresaron para revisión posterior al Centro Dermatológico. Se encontró que la mayoría de los pacientes cursaban con alopecia en placas, con un SALT bajo al inicio.

Se observó afectación en el pelo del cuerpo en 15 pacientes con AA en placas, un paciente con AA total, y uno con AA universal, sin diferencias estadísticamente significativas ($p =$

0.08). En 15 pacientes hubo progresión, y en 89 no. Ochenta por ciento de los casos que mostraron progresión tenían AA en placas, de ellos, 53.3% afectaba el pelo del cuerpo; 59.9% tuvo buena adherencia al tratamiento. En 35 pacientes del grupo de no progresión se observó remisión de la enfermedad, con una baja prevalencia en la afectación del pelo del cuerpo y las uñas.

En ambos grupos la principal causa de no adherencia al tratamiento fue la falta de tiempo, el olvidar aplicar el medicamento y la irritación que se desarrollaba con el tratamiento tópico.

Factores asociados al curso de la enfermedad: se observó que el inicio a edad temprana y la afectación del pelo del cuerpo fueron más frecuentes en pacientes con progresión de la dermatosis ($p = 0.02$ y $p < 0.01$ respectivamente). Se encontraron diferencias significativas en la edad (media de 24 vs 35 años, $p = 0.01$), la afectación ungueal, (33.3 vs 8.6%, $p < 0.03$), compromiso del pelo del cuerpo (53.3 vs 5.7%, $p < 0.01$), terapia con corticoide intralesional (53.8 vs 5.9%, $p < 0.01$), corticoterapia sistémica (38.5 vs 5.9%, $p < 0.01$), y el uso de psoraleno tópico (38.5 vs 11.8%, $p = 0.04$). La buena adherencia al tratamiento fue más evidente en el grupo de remisión ($p = 0.02$).

Discusión

La AA se ha asociado a herencia familiar en primer grado; sin embargo, en este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos con este antecedente, y los que no lo tenían. Se observó que el inicio temprano, y los tipos de AA con pérdida de pelo muy extensa desarrollaron mayor progresión de la enfermedad. Se determinó que el factor pronóstico más importante asociado a progresión fue la afectación del pelo del cuerpo, y se le relacionó a pérdida muy extensa de cabello y a enfermedad refractaria. En estudios anteriores se encontró que la ofiasis y la AA total mostraron mayor progresión. En este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de AA.

La adherencia al tratamiento es un factor pronóstico modificable.

Conclusión

En la AA el compromiso corporal se asoció a enfermedad progresiva y a peor pronóstico en pacientes con AA en México.

Diana Karen López Araiza Esparza, R1D.

Morales-Sánchez MA, Barragán-Dessavre M, Peralta-Pedrero ML, Quezada-Morales RP, Jurado-Santa Cruz F. Quality of clinical trials for the prevention of keratinocyte cancer. (Calidad de los ensayos clínicos para la prevención de cáncer de queratinocitos). *Int J Dermatol.* 2020; 59: 1332-1340.

El cáncer de queratinocitos, anteriormente conocido como «cáncer de piel no melanoma», es el cáncer cutáneo más común en los seres humanos. Incluye al carcinoma de células basales, con 285 casos por cada 100,000 personas, y al carcinoma cutáneo de células escamosas, con 77 casos por cada 100,000 personas en el Reino Unido. El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo de sesgo y la calidad de los ensayos clínicos publicados centrados en la prevención del cáncer de queratinocitos en grupos de alto riesgo que no reciben terapia inmunosupresora, así como

identificar debilidades y proponer soluciones o alternativas para el diseño de ensayos futuros.

Material y métodos

En este estudio se realizó una revisión sistemática para la búsqueda de ensayos clínicos en los que el resultado principal fuera la prevención del cáncer de queratinocitos en grupos de alto riesgo que no recibieron terapia inmunosupresora. Para su análisis se utilizó la estrategia publicada en el Registro Internacional Prospectivo de revisiones sistemáticas (registro PROSPERO), así como las recomendaciones de la declaración CONSORT para evaluar la calidad de los artículos publicados. Para determinar el riesgo de sesgo se utilizó la herramienta descrita en el manual de colaboración Cochrane.

Resultados

En total se analizaron 23 ensayos clínicos centrados en la prevención del carcinoma de queratinocitos en grupos de alto riesgo que no recibieron terapia inmunosupresora. En dichos ensayos se incluyeron 10,454 pacientes, de los cuales 2,400 eran mujeres, 7,859 eran hombres y 195 no estaban identificados por género. En la evaluación de la reproducibilidad de las intervenciones se encontraron todos los datos en los artículos, excepto en el ensayo clínico realizado por Naylor y colaboradores, quienes no especificaron la cantidad de protector solar utilizado. En algunos otros los autores no describieron los procesos para la generación de la secuencia (30.4%), el ocultamiento de la asignación (39.1%), así como el cegamiento del personal y los participantes (13%), por lo que se clasificaron como poco claros para la evaluación de riesgos. Se encontró alto riesgo de sesgo de selección en dos artículos (8.7%), sesgo de desempeño en nueve (39.1%), sesgo de detección en cuatro (17.4%), sesgo de deserción en 20 (86.9%) y sesgo de notificación en 14 (60.9%). Se encontró un bajo riesgo de sesgo en 10 estudios (43.5%), sesgo de desempeño en 11 (47.8%), sesgo de detección en 14 (60.9%), sesgo de deserción en dos (8.7%), y sesgo de notificación en seis (26.1%). En 40% de los ensayos analizados los autores omitieron la siguiente información de la lista de verificación CONSORT: descripción del diseño del ensayo, número de pérdidas y exclusiones posterior a la aleatorización, número de participantes analizados, resultados del subgrupo y análisis ajustado, tamaño del efecto estimado, precisión de los resultados primarios y secundarios, análisis auxiliares, número de registro y acceso al protocolo de prueba completo. Los criterios menos descritos en los ensayos fueron: diseño del estudio (9.09%), presentación de los resultados en medidas de asociación (razón de riesgo, riesgo relativo o razón de posibilidades), diferencia relativa de riesgo y tamaño del efecto. La mayoría de las investigaciones no especificaron si ejecutaron un ensayo paralelo, secuencial, cruzado, factorial o de grupo.

Conclusión

La mayoría de los ensayos clínicos analizados en esta revisión sistemática mostraron alto riesgo de sesgo, principalmente por las carencias en el reporte de la metodología. Se propone a los equipos de investigación en prevención de cáncer de queratinocitos diseñar y notificar estudios controlados

siguiendo los criterios CONSORT, así como proporcionar toda la información necesaria para evaluar posibles sesgos. Los autores también señalan la importancia de que todas las revistas soliciten el cumplimiento de estos criterios para aceptación de los artículos.

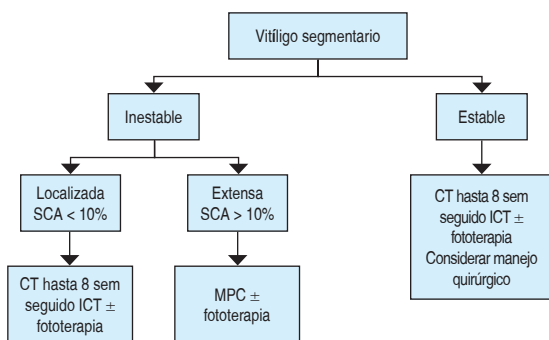
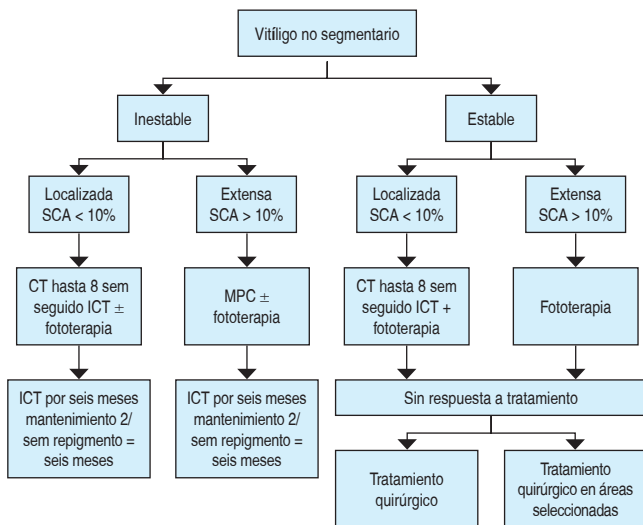
Elvia Andrés Hernández, R1D.

Dellatorre G, Alves Pereira-Antelo D, Buense BR, Ferreira CT, Follador I, Gontijo RD et al. Consensus on the treatment of vitiligo-Brazilian Society of Dermatology. (Consenso sobre el tratamiento del vitiligo-Sociedad Brasileña de Dermatología). *An Bras Dermatol.* 2020; 95 Suppl 1: 70-82. doi: 10.1016/j.abd.2020.05.007.

El vitiligo es una enfermedad mucocutánea, autoinmune, ocasionada por destrucción selectiva parcial o completa de los melanocitos. La causa es desconocida, pero es bien sabido el hecho de que existe una influencia genética. Clínicamente se caracteriza por la presencia de manchas hipocrómicas o acrómicas de evolución crónica. Dichas lesiones pueden ubicarse en sitios localizados o diseminarse, por lo que su clasificación actual se realiza acorde a su localización, conformando 2 grupos: el vitiligo segmentario (VS) y el vitiligo no segmentario (VNS). Los miembros del *Consejo Global de Vitiligo* establecieron que el análisis de estabilidad de la enfermedad debe incluir una combinación de la historia, fotografías y escalas clínicas (VASI, VETF). Se le considera estable cuando no se observan lesiones nuevas, sin aumento de tamaño de lesiones antiguas, sin fenómeno de Koebner o despigmentación perifolicular «en confeti». Hasta el momento, la FDA no ha aprobado ningún tratamiento específico para esta patología. Previamente no se ha descrito ningún consenso brasileño sobre este tema. El objetivo de este artículo fue publicar una guía para el tratamiento farmacológico y quirúrgico del vitiligo, basada en revisiones bibliográficas, realizada por un conjunto de expertos en dermatología, analizando la evidencia más reciente sobre el tema.

Material y métodos

Se solicitó la participación de siete dermatólogos, a los que se les asignaron dos variedades de tratamiento para su revisión. Se abarcaron tres modalidades de tratamiento: la terapia tópica, sistémica y quirúrgica. La tópica constaba principalmente de la aplicación de dos grupos de fármacos: los corticosteroides y los inhibidores de la calcineurina. La terapia sistémica incluyó la administración de corticosteroides, metotrexato, azatioprina, antioxidantes orales, fototerapia y láser. Por último, la terapia quirúrgica se clasificó en técnicas celulares y de tejido. Cada una de las modalidades de tratamiento fue revisada por tres expertos. Dos de ellos se encargaron de la revisión del tratamiento quirúrgico. Posteriormente un coordinador reunió las diferentes versiones y desarrolló un borrador acerca de cada uno de los tratamientos, los cuales fueron nuevamente analizados por los expertos, y se redactó un manuscrito final. Se desarrolló un algoritmo de tratamiento basado en las recomendaciones del consenso, según la clasificación del vitiligo (VS y VNS) y la estabilidad de la enfermedad.



SCA: superficie corporal afectada, CT: corticosteroides tópicos, MPC: minipulso de corticosteroides orales, ICT: corticosteroide intralesional.

Los autores concluyeron que el tratamiento estándar para vitiligo en los casos localizados o inestables fue el empleo de corticosteroides e inhibidores de la calcineurina tópicos; para el manejo de vitiligo generalizado progresivo se usaron minipulsos con corticosteroides; para las formas extensas el uso de fototerapia UVB de banda corta. La terapia quirúrgica queda reservada para vitiligo segmentario y generalizado estable.

Los autores concluyen que hasta este momento no se cuenta con algún tratamiento tópico o sistémico específico para el manejo del vitiligo; sin embargo, el desarrollo de nuevos fármacos como los inhibidores JAK prometen resultados alentadores.

María Fernanda Santos Ortiz, R1D.

Borucki R, Werth VP. Expert perspective: an evidence-based approach to refractory cutaneous lupus erythematosus. (Perspectiva de expertos: un enfoque basado en la evidencia para el lupus eritematoso cutáneo refractario). *Arthritis Rheumatol.* 2020; 72: 1777-1785. doi: 10.1002/art.41480.

Antecedentes

El lupus eritematoso cutáneo (LEC) es una enfermedad crónica, autoinmune, que se manifiesta clínicamente con una gran variedad de formas. La enfermedad se clasifica según el tipo de lesiones cutáneas: lupus eritematoso discoide (LED), subconjunto de lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) y lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS).

Desafortunadamente, las opciones de tratamiento con las que se cuenta en la actualidad son limitadas, y la evidencia de efectividad con esos fármacos a menudo es poca. Algunos tratamientos que han demostrado ser efectivos en la enfermedad sistémica pueden no ser tan efectivos en la variedad cutánea, lo que dificulta la extrapolación de la evidencia disponible para el tratamiento de lupus eritematoso sistémico (LES).

El objetivo de este artículo fue examinar la evidencia disponible acerca de los fármacos utilizados para el tratamiento de LEC refractario, y proponer un algoritmo de tratamiento para ayudar en el enfoque de estos desafiantes casos.

Evidencia previa

La primera línea de tratamiento para LEC son los glucocorticoides. Los inhibidores de calcineurina por vía tópica pueden ser utilizados como una alternativa a largo plazo, o acompañando a los glucocorticoides tópicos, especialmente para tratar áreas donde la piel es más delgada.

Para la enfermedad más severa, o aquella en donde se observe incremento en la extensión de las lesiones, se debe considerar como primera línea de tratamiento la administración de antimetabólicos. Existe preferencia por el uso de hidroxicloroquina (HCQ) por su menor cantidad de efectos secundarios. Si la enfermedad no responde a HCQ, puede agregarse quinacrina. Si no responde a estos medicamentos, se cambia la HCQ por cloroquina.

En algunos casos es razonable considerar la administración de dapsona para aquellos pacientes que no pueden tolerar la ingesta de antipalúdicos, o en el caso de enfermedad refractaria, aunque la evidencia es bastante limitada.

Más allá de los agentes tópicos y antipalúdicos, la mayoría de los tratamientos preferidos para LEC implican cierto grado de inmunosupresión, por lo cual deben ser monitoreados de cerca. El metotrexato (MTX) es otro medicamento que se puede agregar a los fármacos de primera línea. Las dosis más bajas de MTX utilizadas para LEC, en conjunto con la administración de ácido fólico, han demostrado ser efectivos con pocos efectos secundarios. Otro medicamento eficaz es el mofetil micofenolato (MMF), útil en aquellos casos en los que no pueda administrarse el MTX por una enfermedad hepática o por ingesta de alcohol, así como en los casos en los que algún otro agente no ha demostrado efectividad. Es válido utilizarlo como fármaco de segunda línea. El principal efecto secundario que se observa con el MMF son las alteraciones a nivel gastrointestinal que pueden mejorar al administrar una formulación con cubierta entérica. La azatiopina (AZA) en LEC a menudo se evita, ya que los tratamientos mencionados anteriormente son más efectivos; sin embargo, existen múltiples informes de casos tratados con AZA como terapia de segunda línea antes de conocerse la efectividad del MTX y MMF.

La talidomida se ha empleado en el tratamiento de LEC refractario y, más recientemente, uno de sus derivados, la lenalidomida, como una opción de tratamiento de tercera línea segura y eficaz.

Las pacientes deben evitar el embarazo y realizarse pruebas de diagnóstico mensuales mientras reciban este medicamento. Aunque la evidencia es limitada, la lenalidomida podría empeorar el LES, aunque sigue siendo una buena opción para los pacientes con LEC refractario.

Nuevos fármacos como el rituximab y el belimumab que han demostrado su eficacia en el LES no se utilizaron específicamente en LEC y, por lo tanto, no existe suficiente evidencia que respalde su uso en esta variedad de lupus.

Conclusión

Además de las opciones de tratamiento disponibles actualmente para LEC, existen varias terapias prometedoras (anifrolumab, BIIB059, iberdomida) en diversas etapas de desarrollo, cuya administración puede ser muy útil en el tratamiento de casos difíciles. Muchos fármacos que en la actualidad se están probando para el LES incluyen la observación de la mejoría de lesiones cutáneas analizadas objetivamente con la escala CLASI, que evidencia mucho mejor la eficacia del fármaco en las lesiones cutáneas.

Es probable que las nuevas terapias en un futuro cercano amplíen los enfoques para el tratamiento del LEC.

Lilia Yolanda Camacho Frausto, R1D.

Bolton C, Chen Y, Hawthorne R, Schepel IRM, Harriss E, Hofmann SC et al. Systematic review: monoclonal antibody-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. (Revisión sistemática: Anticuerpo monoclonal induce lesiones de lupus eritematoso subagudo). *Drugs R D*. 2020; 20: 319-330. doi: 10.1007/s40268-020-00320-5. PMID: 32960413; PMCID: PMC7691410.

El lupus eritematoso (LE) es un padecimiento autoinmune, en el cual los procesos inflamatorios aberrantes conducen a una lesión celular que se manifiesta con diversos patrones de enfermedad. Las lesiones cutáneas pueden surgir en forma aislada, o ser parte de la enfermedad sistémica. Éstas tienen una prevalencia de alrededor de 70 por cada 100,000 pacientes. Se les clasifica en subtipos agudos, subagudos o crónicos. El lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) es un subconjunto fenotípico descrito por primera vez en 1979 como un intermediario entre el lupus eritematoso cutáneo (LEC) transitorio, agudo y el LEC cicatrizante crónico. Carece de criterios diagnósticos de consenso, y su patogenia es aún poco conocida. Existen datos limitados sobre su etiología, sus características clínicas y el curso natural de la enfermedad. Se ha implicado a numerosos medicamentos como desencadenantes de un cuadro de LECS, incluidos los productos de anticuerpos monoclonales (Abm).

Métodos

En esta revisión sistemática se diseñó un conjunto de criterios de diagnóstico para LECS, contando con la colaboración de un panel de especialistas multinacional y multiespecializado, quienes emplearon una estrategia de búsqueda de dos capas con cinco bases de datos para casos de LECS inducido por Abm. Para analizar la relación entre el uso relativo de Abm y la cantidad de casos de LECS notificados, se calculó la cantidad estimada de usuarios de Abm a partir de los datos comerciales globales del 2013 al 2018.

Resultados

Al analizar 40 artículos se identificaron 52 casos de LECS inducido por Abm. Se realizó un estudio de cohorte, en donde 73% eran mujeres, con una edad media de 61 años. La mayoría de los pacientes tenían ascendencia europea blanca (94%). La artritis inflamatoria fue la indicación más común para la terapia con Abm al momento de desarrollar lesiones de LECS (40%). En 50% de los casos fue inducido por la administración de agentes con factor de necrosis antitumoral (TNF)- α , involucrando Etanercept (19%), golimumab, infliximab o adalimumab. Los inhibidores de los puntos de control inmunitario fueron el segundo tipo más frecuente de Abm que ocasionó LECS inducido (25%). El lapso de tiempo promedio de aparición de lesiones después de iniciar la terapia con Abm fue de nueve semanas. Un promedio de tres dosis del fármaco precedió al inicio de lesiones de LECS.

Las lesiones se distribuyeron con mayor frecuencia en el tronco (68%) y los brazos (64%); 85% de los pacientes eran positivos para ANA, 62% tenía anticuerpos anti-Ro, 27% tenía anticuerpos anti-ADN bicatenario (ADNdc) y 42% tenía anticuerpos antihistona; 22% de los pacientes mostró anomalías hematológicas. En 29% de los casos fueron evidentes otros hallazgos clínicos o en exámenes de laboratorio. Se registraron numerosos enfoques de tratamiento para LECS inducido por Abm; 16% de los pacientes fue tratado sólo con la suspensión del biológico como primera línea; 31% fue tratado sólo con corticosteroides tópicos; 37% recibió corticosteroides orales, ya sea solos o en combinación con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). Después de suspender el fármaco, las lesiones duraron un promedio de siete semanas.

Discusión

En pacientes con LECS inducido por Abm, esta revisión sistemática encontró una proporción similar de pacientes con anticuerpos anti-Ro detectables (62% en esta revisión vs 72.1-100%), ANA (85% en esta revisión, frente a 64-100%), y anticuerpos anti-ADNdc (27 frente a 21%). Los pacientes con LECS inducido por Abm tuvieron una evolución adecuada, sin casos de nefritis lúpica o afectación del SNC. Las lesiones sobre las piernas se han descrito como más características del LECS inducido por fármacos que del LECS idiopático.

Los corticosteroides tópicos se consideran el tratamiento de elección en la enfermedad cutánea limitada en el LEC. Se ha sugerido la aplicación de inhibidores de la calcineurina por vía tópica en el LECS refractario a corticosteroides; sin embargo, se ha observado que en esta variedad son menos eficaces, en comparación con otros subtipos de LEC en términos de opciones sistémicas. Los FARME, específicamente los antipalúdicos, se han utilizado durante mucho tiempo por sus adecuados efectos inmunomoduladores y para evitar los efectos adversos observados con los corticosteroides; por vía oral, su utilización debe limitarse a enfermedades graves debido a alta frecuencia de efectos secundarios.

Conclusión

Los autores realizaron la primera revisión sistemática sobre LECS inducido por Abm, señalando a los fármacos desencadenantes,

los signos clínicos, los hallazgos de laboratorio, el pronóstico y los enfoques de tratamiento. Se identificaron tasas elevadas de asociación entre el uso de inhibidores de puntos de control, y agentes anti-TNF- α .

Lizbeth Candelaria de la Cruz Peñaloza, R1.

Aguilar-Flores C, Castro-Escamilla O, Ortega-Rocha EM, Maldonado-García C, Jurado-Santa Cruz F, Pérez-Montesinos G et al. Association of pathogenic Th17 cells with the disease severity and its potential implication for biological treatment selection in psoriasis patients. (Asociación de células Th17 patogénicas con la severidad de la enfermedad y su potencial implicación en la elección del tratamiento biológico en pacientes con psoriasis). *Mediators Inflamm.* 2020; 2020: 8065147. doi: 10.1155/2020/8065147.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria autoinmune en la cual existe una diferenciación aberrante de queratinocitos que se manifiesta a nivel histopatológico por engrosamiento de la epidermis, y clínicamente por placas eritematosas, escamosas, bien delimitadas. Su prevalencia en el mundo se calcula que es de 2 a 3%. Si bien su etiología es aún desconocida, se sabe que la respuesta inmune es un factor importante en su fisiopatología debido a la gran producción de citocinas, como la IL-17 y la IL-22, que se observan tanto en las lesiones de piel como en sangre. Dichas citocinas reclutan y activan a otras células del sistema inmune, estimulando la proliferación de queratinocitos. Las células Th 17 también se observan en gran cantidad en las lesiones cutáneas y en sangre en estos pacientes, contribuyendo a la fisiopatología mediante la producción de IL-17 e IL-22.

La evidencia reciente sugiere que existen dos fenotipos de células Th17: las convencionales, que producen IL-17, y son portadoras del factor de transcripción ROR γ t+, y las patogénicas, que pueden originarse de los Th17 convencionales, cambiando la expresión del factor de transcripción y de las citocinas. Estos últimos producen IFN- γ , IL17 y TNF α , ya sea de manera simultánea, o expresando únicamente TNF α . En el paciente con psoriasis se ha demostrado la presencia de células IL 17+, CD4+ IFN- γ +, en las lesiones cutáneas, así como niveles altos de IFN- γ , IL17 y TNF α en sangre, lo que sugiere la presencia del fenotipo patogénico de Th17.

A pesar de la eficacia de los tratamientos utilizados para la psoriasis, se ha observado que algunos pacientes no responden o pierdan la capacidad de respuesta al mismo, lo que sugiere que existe un cambio en las citocinas involucradas.

En este estudio se determinó el fenotipo de células Th17 en lesiones de piel y en sangre en pacientes con psoriasis, y se realizó una correlación entre la severidad de la enfermedad y su posible implicación al momento de elegir el tratamiento.

Para ello se reclutaron 40 pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI y en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» con el diagnóstico de psoriasis, que no hubieran recibido tratamiento tópico ni sistémico por al menos 15 días o un mes, respectivamente. El médico tratante fue el encargado de calcular la escala de severidad de psoriasis (PASI), la superficie corporal afectada (BASI) y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), así como de obtener las muestras de sangre y la toma de biopsias.

Las biopsias de piel fueron observadas con microscopia confocal e inmunofluorescencia. El análisis de los niveles de IL-17 e IFN- γ se realizó a través de la obtención de células mononucleares de sangre periférica que fueron teñidas y activadas con antiCD3 y anti CD28 purificadas, posteriormente se cultivaron en medio RPMI. Se utilizó un inhibidor del transportador de proteínas para medir la producción intracelular de citocinas. Por último, los resultados fueron entregados al dermatólogo, quien inició tratamiento con biológico, y 12 semanas después de la dosis de inducción se revaloró al paciente con las mismas escalas.

Respecto a los resultados, se observó una mayor cantidad de células Th17 CD4+ ROR γ t+(fenotipo convencional) en la piel lesionada con respecto a la piel no lesionada. También se observó una correlación significativa positiva entre el porcentaje de Th17 en piel lesionada y el PASI.

También se apreció un incremento significativo de células TH17 IL-17+ CD4+ IFN+ (fenotipo patogénico) en la piel lesionada, en comparación con la piel no lesionada; sin embargo, no se detectó una correlación positiva entre la presencia de estas células y la severidad de la enfermedad.

El porcentaje de células Th17 CD4+ ROR γ t+ y de CD4+ IL-17+ IFN- γ + en sangre periférica es mayor en pacientes con psoriasis que en los sujetos sanos, y al evaluarse la producción de citocinas, se encontró una mayor proporción de Th17 INF γ + en los pacientes con psoriasis, determinándose también una correlación positiva entre Th17 INF γ + y el puntaje de severidad PASI, lo que nos indica que entre más alto el puntaje PASI, más se incrementa la adquisición del fenotipo patogénico por parte de las células Th17.

Se observó que bajo una fuerte estimulación, los Th17 adquieren la capacidad de expresar dinámicamente IL-17. Esto se observó tras la estimulación con TCR, con la producción única de INF- γ +. Cuando se agregó PMA/inomicina, (sustancia capaz de inducir varias vías de señalización) hubo producción tanto de IL-17 como de INF- γ + en algunos pacientes, mientras que en otros se mantuvo la producción de INF- γ + estable, concluyendo que la producción de citocinas por parte de las células Th17 es diferente en cada caso. En este artículo se comunican tres casos representativos en los que se realizó un análisis inmunológico integral para la toma de decisiones con respecto a la terapia biológica más adecuada. Se administró secukinumab (anticuerpo monoclonal anti IL-17) a aquellos pacientes con producción única de IL-17, y adalimumab (anticuerpo monoclonal anti TNF α) tras la estimulación con TCR, observándose mejoría clínica en los tres pacientes, con base en las escalas de severidad.

Conclusión

Estos resultados sugieren fuertemente que la evaluación de IL-17 e IFN- γ en las células Th17 podría considerarse un marcador inmunológico esencial para decidir si un paciente podría ser candidato para recibir terapia biológica, y servir de ayuda para elegir el anticuerpo bloqueador más adecuado. De la misma manera, el análisis inmunológico puede ser útil en conjunto con los hallazgos clínicos para decidir si un tratamiento se debe continuar o cambiar.

Paulina Méndez Islas, R1D.

Wu SZ, Muddasani S, Alam M. A systematic review of the efficacy and safety of microneedling in the treatment of melasma. (Una revisión sistemática de la eficacia y seguridad de las microagujas en el tratamiento del melasma). *Dermatol Surg.* 2020; 46: 1636-1641. doi: 10.1097/DSS.0000000000002763. PMID: 32897944.

Antecedentes

El melasma es una alteración adquirida de hiperpigmentación que afecta principalmente la cara en mujeres. El mMASI (*modified melasma area and severity index*) es una escala de medición que mide la gravedad del melasma. Se basa en el grado de oscurecimiento y el porcentaje de afectación en cada área. El tratamiento de primera línea consiste en evitar la exposición directa a radiación ultravioleta, y el empleo de despigmentantes tópicos. La llamada «triple terapia» (hidroquinona-tretinoína-fluocinolona) a menudo produce resultados insatisfactorios debido a la presencia de depósitos de melanina dérmica más profundos, en los que las cremas tópicas no pueden penetrar adecuadamente. La microaguja es un procedimiento mínimamente invasivo que implica la administración de agujas finas en la piel para facilitar la administración de fármacos transdérmicos. La microlesión resultante parece regular los genes involucrados en la diferenciación epidérmica y la remodelación tisular *in vitro*, lo cual induce mejoría en el tratamiento del melasma.

En esta revisión sistemática, los autores tuvieron como objetivo principal proporcionar una visión general de la evidencia disponible para el uso de microagujas en el tratamiento del melasma.

Método

Se realizó una búsqueda de literatura en PubMed/MEDLINE utilizando el término de búsqueda «microneed[tiab] y melasma [tiab]». Los títulos y resúmenes fueron revisados para cumplir los criterios de inclusión al tratarse de estudios originales que utilizaron microaguja sola o en combinación con otro tratamiento, reportando al menos una medida de resultado de la gravedad del melasma. Se excluyeron los estudios de la llamada «microaguja caliente». Se realizó una revisión de texto completo para verificar si se apegaban a los criterios de selección. La calidad de la evidencia en cada artículo incluido se evaluó utilizando los estándares del Centro de Medicina Basada en la Evidencia 2009. Además, los estudios se consideraron de baja calidad si el tamaño de la muestra era de 30 o menos. Se realizó un análisis cualitativo, después de estratificar los estudios por pregunta clínica y diseño del estudio. La fortaleza de las recomendaciones se realizó con base en los criterios de Clasificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluaciones (GRADE).

Resultados

Se incluyeron ocho estudios para su análisis. En uno se evaluó la eficacia de la microaguja como monoterapia, el cual demostró que se redujo en 9% el mMASI a la semana, en comparación con el grupo que utilizó sólo protector solar. Seis estudios utilizaron la microaguja en combinación con agentes tópicos, de éstos, uno evaluó el ácido tranexámico tópico y otro microagujas, se obtuvieron resultados superiores en este último. En un ensayo clínico aleatorizado no ciego, se comparó la inyección de ácido tranexámico con

ácido tranexámico tópico mediante microagujas. Ambos mostraron mejoría del mMASI, aunque no hubo diferencia significativa entre ellos. En un estudio prospectivo se comparó el plasma rico en plaquetas inyectado directamente con el tópico utilizando microagujas. El mMASI se redujo en promedio 42% con microagujas, y 30% con la inyección, esta diferencia no fue significativa. Otro estudio más comparó la aplicación de un suero tópico despigmentante. Se utilizó con y sin microagujas. El mMASI se redujo 52 y 35% respectivamente, no se notificaron pruebas estadísticas comparando los dos grupos. En una serie de seis pacientes con melasma refractario a crema despigmentante, la aplicación de microagujas más el uso de crema de triple combinación en dos sesiones redujeron el mMASI en 70%. Una segunda serie de casos demostró que la microaguja, en combinación con la vitamina C tópica, redujo el mMASI en 33% a los seis meses, aunque hubo recurrencia en cinco pacientes. En otro estudio más, aleatorizado, se observó que la combinación de láser Nd:YAG con conmutación Q de 1,064 nm, microagujas y vitamina C tópica redujo el mMASI en 65%, en comparación con 25% con Nd:YAG conmutado Q solo; la recurrencia fue común en ambos grupos. Las sesiones con microagujas en monoterapia o combinadas con agentes tópicos en general fueron bien toleradas. Los eventos adversos incluyeron ardor, eritema, edema y un caso de urticaria. En un estudio se reportó hipopigmentación en dos casos tratados con la combinación de microagujas y láseres Nd:YAG con conmutación Q de 1,064 nm.

Conclusión

Los autores concluyen que se puede hacer una recomendación débil de que las microagujas en combinación con agentes despigmentantes pueden ser eficaces en el tratamiento del melasma, aunque la microaguja y los tratamientos tópicos no parecen ser superiores a la inyección directa de agentes despigmentantes. La microaguja puede simplemente facilitar la administración de medicamentos tópicos hacia la epidermis y la dermis.

Se necesitan más estudios bien diseñados para dilucidar aún más el mecanismo de acción de la microaguja en el tratamiento del melasma, para evaluar más la seguridad de este tratamiento, y para comparar la eficacia de la administración de fármacos empleando microagujas con otras modalidades de tratamiento.

Nabil de Anda Ortiz, R1D.

Farang A, Hammam M, Alnaidany N, Badr E, Elshaib M, El-Swah A et al. Methimazole in the treatment of melasma: a clinical and dermoscopic study. (Metimazol en el tratamiento de melasma: un estudio clínico y dermatoscópico). *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021; 14: 14-20.

El melasma es una hiperpigmentación que afecta las áreas fotoexpuestas de la cara. Su incidencia aproximada se calcula entre 1.5-33.3%, predomina en mujeres con fototipo cutáneo oscuro.

En cuanto a su tratamiento, el estándar de oro es la aplicación de hidroquinona, con resultados variables, y con los ya conocidos efectos adversos. El metimazol es un fármaco antitiroideo. En el año 2002 se descubrió que su aplicación cutánea en cobayos inducía despigmentación; esto se lleva a cabo a través de la inhibición de peroxidasas en los melanocitos cutáneos y por inhibición de metabolitos intermedios de la melanina. Además, se

demonstró que también inhibe a la enzima tirosinasa, por lo que, teóricamente, podría interferir con la hidroxilación de tirosina a dihidroxifenilalanina en los melanocitos, que es el paso clave en la biosíntesis de melanina. Al ser un inhibidor tanto de la tirosinasa como de la peroxidasa, actúa sobre varios pasos durante el proceso de melanogénesis, sugiriendo su posible papel como monoterapia o coadyuvante de otros agentes en el tratamiento del melasma. Asimismo, se demostró una acción protectora solar, lo cual se suma a su efecto despigmentante.

En búsqueda de alternativas más seguras, se realizó el siguiente estudio, cuyo objetivo general fue investigar el efecto despigmentante del metimazol y la seguridad de su empleo en el tratamiento del melasma.

Se incluyeron 30 mujeres diagnosticadas clínicamente con melasma epidérmico (56.7%), dérmico (26.7%) y mixto (16.6%), con rangos de edad entre 31 y 53 años, de nacionalidad egipcia, que no habían utilizado tratamientos previos para el melasma al menos un mes antes del estudio.

Se realizaron mediciones de la severidad del melasma en cada hemirrostro, pre y postintervención, y se evaluaron las siguientes variables: **porcentaje de mejoría con la puntuación hemi-MASI (hemi-melasma area and severity index), dermatoscopia y una encuesta de autosatisfacción.**

Durante la intervención se sometieron a micropunciones con agujas de 0.25 a 0.5 mm empleando *dermapen*, aplicando una crema con metimazol al 5% en el lado derecho del rostro, y una crema placebo del lado izquierdo una vez a la semana. Se instruyó a las pacientes para que cada dos horas durante el día se aplicaran bloqueador solar y dos veces al día crema con metimazol al 5% del lado derecho y placebo del lado izquierdo. La duración del estudio fue de 12 semanas.

La crema de metimazol al 5% fue fabricada con comprimidos triturados del medicamento en un vehículo para su aplicación tópica.

Resultados del porcentaje de mejora en la puntuación hemi-MASI

El porcentaje promedio de mejoría de la puntuación en el lado derecho fue de $38.72 \pm 26.96\%$, mientras que el del lado izquierdo fue de 0%.

Resultados del estudio dermatoscópico

Del lado derecho mostró desvanecimiento del tono del pigmento, sin cambios en el patrón o vascularización, mientras que en el lado izquierdo no se observaron cambios. El porcentaje de mejora en el tono del pigmento fue de $15.72 \pm 24.3\%$ en el lado derecho, contra 0% en el lado izquierdo.

Resultados de satisfacción del paciente

Para el lado derecho, tres pacientes (10%) la calificaron como excelente, 11 (36.7%) la calificaron como bien, siete (23.3%) como regular y nueve (30%) informaron bajo grado de satisfacción; por otro lado, todos los casos (100%) reportaron bajo grado de satisfacción con el tratamiento aplicado en su lado izquierdo ($p < 0.001$).

Efectos secundarios: se observó eritema en una paciente, y en otra se detectó hiperpigmentación postinflamatoria en ambos lados de la cara. Se sugiere que estos efectos secundarios podrían ser el resultado del procedimiento y no de las preparaciones tópicas.

Ninguna de las pacientes mostró alteraciones significativas en el nivel de TSH, lo que indica que no hubo deterioro de la función tiroidea.

Investigaciones previas informaron que dos casos de melasma resistente a hidroquinona mejoraron con la aplicación de metimazol tópico durante ocho semanas; otro estudio demostró una disminución de la puntuación mMASI con este medicamento en 25 pacientes iraníes; sin embargo, los autores de otro trabajo concluyeron que este fármaco no es más eficaz que la hidroquinona, aunque los investigadores sí observaron que su aplicación es superior al empleo de ácido kójico al 4%.

Tasa de recurrencia: tres meses después de la última sesión, se reevaluó a nueve pacientes (el resto no se presentó). Se registró recurrencia en dos de éstas; sin embargo, ambas refirieron no utilizar bloqueador solar de manera regular.

Discusión

Se observó mejoría clínica de la enfermedad empleando la puntuación hemi-MASI en el lado de la cara tratado con metimazol. En 10 y 36.7% de los casos se lograron muy buenas y buenas respuestas al tratamiento, respectivamente. La evaluación dermatoscópica del lado derecho de la cara mostró una marcada disminución en el tono del pigmento.

En este estudio, las pacientes con los tipos de melasma epidérmico y mixto lograron una mejoría significativamente mayor que aquellas con el tipo dérmico. Estos resultados apoyan la sugerencia de que esta última variante es resistente a los tratamientos habituales. Por otro lado, en este trabajo se observó una mejoría significativa en las pacientes con patrón malar de melasma, probablemente porque la mayoría de estos casos que afectaban esta región se clasificaron como tipo epidérmico.

Los autores de este trabajo aclaran que desafortunadamente no existen ensayos similares que hayan utilizado sesiones con *dermapen* o dermatoscopia, y sólo se han publicado unos pocos estudios en los que se utilizó por vía tópica la crema de metimazol al 5%; estos estudios tampoco emplearon dermatoscopia para realizar una comparación.

De acuerdo con los resultados de este estudio, el metimazol tiene el potencial de ser un agente terapéutico seguro y prometedor para el tratamiento del melasma a través de sesiones de microagujas aplicadas con *dermapen* con uso tópico entre sesiones; es un fármaco relativamente seguro, con efectos adversos menores.

Para evitar la recurrencia del melasma se deben recomendar acciones que incluyan evitar la exposición solar y el uso regular de protector solar de amplio espectro.

Se recomienda realizar más estudios que involucren poblaciones más grandes para confirmar los hallazgos de este trabajo, con un seguimiento adecuado para detectar recurrencias o efectos adversos tardíos.

Nataly Reyes Soto, R1D.

Valdés-Morales KL, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Diagnostic accuracy of dermoscopy of actinic keratosis: a systematic review. (Precisión en el diagnóstico de queratosis actínicas empleando la dermatoscopia: una revisión sistemática). *Dermatol Pract Concept*. 2020; 10:e2020121. doi: <https://doi.org/10.5826/dpc.1004a121>.

Introducción

La queratosis actínica (QA) es una neoplasia cutánea que se desarrolla por exposición solar crónica en piel expuesta al sol. Antiguamente se consideraba una lesión precursora de carcinoma de células escamosas; sin embargo, en la actualidad se señala que forma parte del mismo padecimiento. La dermatoscopia es una herramienta utilizada para el diagnóstico de esta dermatosis, con la cual se han descrito diversos patrones: estructuras grises, descamación y líneas romboidales en la variedad pigmentada. Vasos ondulados lineales, aperturas foliculares, rodeadas por una pseudorred de color rosa-rojo y descamación en la QA no pigmentada.

No existen publicaciones previas acerca de la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología con el empleo de dicha técnica.

Métodos

El objetivo principal de este estudio fue determinar la sensibilidad y especificidad de la dermatoscopia en el diagnóstico de QA.

Criterios de inclusión/exclusión: mayores de 18 años, protocolos en los que se realizó dermatoscopia como prueba índice, y examen histopatológico como prueba confirmatoria. Estudios en los que ya se contaba con diagnóstico histopatológico, y posteriormente se empleó la técnica dermatoscópica y en los que no existía sesgo por parte del dermatopatólogo. Fueron excluidos los reportes de caso.

Análisis de datos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en EMBASE, MEDLINE, Scopus y el Registro Cochrane hasta agosto de 2019. El riesgo de sesgo se evaluó mediante el instrumento QUADAS-2, la prueba estándar de referencia fue el resultado del estudio histopatológico.

Resultados

Se tomaron en cuenta 1,165 estudios; los autores analizaron 485 títulos y resúmenes. Se eligieron dos trabajos en los que se estudiaron 219 QA para análisis cualitativo. El número y la heterogeneidad de los estudios incluidos limitaron un análisis cuantitativo. En el primer estudio la sensibilidad se calculó en 98.7% y la especificidad en 95%. En el segundo, la sensibilidad fue de 51.2%. El hallazgo dermatoscópico reportado más frecuentemente fue la escama superficial (86.7%), seguida de apertura folicular (83.1%) y pseudorred eritematosa (79.9%), ambos comprendiendo el «patrón en fresa», y por último vasos ondulados lineales (71.2%).

Discusión

Se analizaron dos estudios: uno con bajo riesgo de sesgo y otro con alto riesgo. El hallazgo dermatoscópico más frecuente en ambos fue el «patrón en fresa». A pesar del uso generalizado de la dermatoscopia para el diagnóstico de QA, existen pocos trabajos que evalúen la sensibilidad y especificidad. En el estudio de Zalaudek y colaboradores, la pseudorred roja fue el hallazgo más frecuente (67.1%), seguido de escama y folículos pilosos en diana. En el estudio de Kelati y colaboradores los hallazgos más frecuentes fueron: aspecto romboidal (82.8%), halo gris interior (58.6%), escamas (39.2%), signo de jalea y pigmentación superficial (37.5%). Lee y su grupo, encontraron escama blanquecina-amarillenta en 73.1%, áreas sin estructura blanquecina (50%), fondo rojo (50%), pseudorred roja (46.2%) y rosetas (7.7%). Akay y su equipo incluyeron QA pigmentadas y concluyeron, con base en sus observaciones, que la presencia de pseudorred es un hallazgo específico de ésta. Rosendahl y colaboradores, y Gómez-Martin y su equipo agruparon a la QA en otras entidades, por lo que se excluyeron dichos estudios.

La enfermedad de Bowen y el carcinoma de células escamosas son los principales diagnósticos diferenciales de la QA.

La característica del patrón en fresa es más frecuente en lesiones faciales, pero no es común en las extrafaciales. Este patrón característico también puede estar ausente en diferentes tipos de QA, como el bowenoide, donde se observa un patrón vascular glomerular o vasos en espiral; o en la QA hiperqueratósica en la que predomina la escama.

En los estudios que se excluyeron de esta revisión no se tomaron en cuenta lesiones sospechosas de malignidad. Se considera que es importante incluirlas en estudios futuros, porque estas lesiones son diagnósticos diferenciales de la QA.

También se observó en esta revisión que se utilizaron diferentes términos dermatoscópicos para las estructuras observadas, y se señalaron diferentes patrones entre estudios, por lo que se recomienda adherirse a la terminología publicada por la Sociedad Internacional de Dermatoscopia.

Conclusión

La dermatoscopia es una herramienta práctica para ayudar en el diagnóstico de QA; sin embargo, los estudios que se centran específicamente en la precisión del diagnóstico son escasos.

María Fernanda Villegas Calzada, R1D.