



**Yu Y, Dunaway S, Champer J, Kim J, Alikhan A. Changing our microbiome: probiotics in dermatology. (Cambiando nuestro microbioma: probióticos en dermatología). *Br J Dermatol.* 2020; 182: 39-46. doi: 10.1111/bjd.18088.**

### Introducción

En los últimos años se ha detectado que las bacterias comensales son un factor importante para la salud humana, y se les ha relacionado con la patogénesis de varias enfermedades. El interés ha sido mayor con el microbioma gastrointestinal, y el microbioma de la piel.

Los autores del presente artículo muestran datos actuales del microbioma, describiendo características del microbioma intestinal y el de la piel, y señalan los datos que sustentan la utilidad de emplear los probióticos orales y tópicos para enfermedades dermatológicas.

### Material y métodos

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y Clinical Trials de ciencia básica, investigación traslacional y estudios clínicos, en donde se describían su impacto en la dermatitis atópica, acné vulgar, psoriasis, heridas crónicas, dermatitis seborreica y neoplasias.

### Resultados

Existen pocos ensayos clínicos que sustenten la utilidad de los probióticos en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la piel; la única que se ha visto beneficiada ha sido la dermatitis atópica, debido a que se ha detectado que la diversidad del microbioma está inversamente correlacionada con la gravedad de la enfermedad, así como el aumento de los estafilococos durante los brotes. En un metaanálisis reciente se incluyeron 1,070 niños, en quienes se observaron reducciones significativas en los valores de puntuación de la dermatitis atópica (SCORAD) para pacientes al recibir probióticos vía oral con *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus salivarius* y una mezcla de diferentes cepas.

La mayoría de los estudios se realizaron con probióticos orales, y los que usaron probióticos tópicos casi no incluyeron los comensales de la piel. Fue positivo el resultado evidenciado en la mejora de las condiciones de la piel.

### Conclusiones

Se concluye que ambas presentaciones de los probióticos parecen ser eficaces para el tratamiento de algunas enfermedades de la piel, y son prometedoras en la cicatrización y cáncer de piel, requiriendo mayor número de estudios.

Los comensales en el intestino regulan y reducen de forma independiente la inflamación, y pueden proteger contra la malignidad, actuando como antioxidantes, induciendo genes supresores tumorales, preparando al sistema inmunológico contra las células

cancerosas, o reduciendo la inflamación activando a las células T reguladoras.

Los microbios intestinales tienen la capacidad de influir a nivel sistémico sobre la inflamación, el estrés oxidativo, el control glucémico y en los lípidos. En pacientes con enfermedades inflamatorias de la piel como el síndrome de dermatosis-artritis asociada al intestino, y en la rosácea se requiere la restauración de la microflora intestinal normal. Los comensales también pueden secretar directamente factores antimicrobianos como bacteriocinas moduladas solubles en fenol, ácido propiónico y péptidos antimicrobianos (AMP) o preparar de forma indirecta al sistema inmunológico para atacar a los microbios que causan enfermedades.

*Mariana Campos Gómez, R3D.*

**Mastacouris N, Fedá A, Strunk A, Garg A. Risk factors for generalized pustular psoriasis: a case-control study. (Factores de riesgos para psoriasis pustulosa generalizada: un estudio de casos y controles). *J Am Acad Dermatol.* 2023; 89: 846-848. doi: 10.1016/j.jaad.2023.06.018.**

La psoriasis pustulosa generalizada es una enfermedad rara, multisistémica, con mortalidad de hasta 16%. Los factores de riesgo para el desarrollo de la misma no han sido claramente definidos, por lo que en este artículo evaluaron el riesgo de desarrollo de psoriasis pustulosa generalizada, incluyendo variables asociadas con el estilo de vida, comorbilidades psiquiátricas y exposición previa a esteroides sistémicos.

Los autores realizaron un estudio de casos y controles con *IBM Explorys* (una base de datos de más de 40 centros de salud en los Estados Unidos de América). Incluyeron pacientes con psoriasis pustulosa mayores de 18 años, con una sola o más visitas médicas, estudiados entre el 1 de abril del 2016 y el 29 de febrero del 2020, y al menos con seis meses de seguimiento. Los controles fueron obtenidos por una base de datos en relación 20 a 1, pareados por edad, estado y fecha de consulta.

Los resultados primarios incluyeron antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y niveles de índice de masa corporal. Otras variables fueron: antecedentes de depresión y ansiedad un año antes del diagnóstico, exposición a esteroides orales tres meses antes del diagnóstico, y contar con seguro Medicaid.

### Resultados

Se incluyeron 642 casos de psoriasis pustulosa generalizada y 12,811 controles. Las variables asociadas con el desarrollo de psoriasis en placas incluyeron obesidad clase 1, factor de riesgo ajustado (aOR) 1.36, clase 2 o 3 aOR 1.32, antecedentes de tabaquismo (aOR 2.28), depresión (aOR 1.31), ansiedad (aOR 1.28), prescripción oral de esteroide tres meses previos al diagnóstico (aOR 3.05).

El antecedente de alcoholismo tuvo un aOR menor con 0.82. Los pacientes de raza negra, comparados con los de raza blanca, tuvieron un aOR menor con 0.58.



En un estudio previo en pacientes suecos se observó mayor relación de psoriasis pustulosa generalizada en pacientes con depresión (aOR 1.74), ansiedad (aOR 1.65) y obesidad (aOR 3.02), comparado con los controles.

### Conclusión

Los autores sugieren que los pacientes con antecedentes de tabaquismo, obesidad, ansiedad, o uso reciente de esteroides sistémicos, mostraron un riesgo elevado de desarrollo de psoriasis pustulosa generalizada.

*Luis Gerardo Cruz Gómez, R2D.*

**Galili E, Levy SR, Tzanani I, Segal O, Lyakhovitsky A, Barzilai A et al. New-onset guttate psoriasis: a long-term follow-up study. (Psoriasis en gotas de inicio reciente: estudio de seguimiento a largo plazo). *Dermatology*. 2023; 239: 188-194. doi: 10.1159/000527737.**

### Introducción

La psoriasis en gotas (PG) tiene epidemiología, cuadro clínico e histopatología distintas a la psoriasis vulgar. La historia natural de la enfermedad ha sido poco estudiada, particularmente los desenlaces a largo plazo y los factores asociados a persistencia de la enfermedad.

### Objetivos

Caracterizar los desenlaces de la PG a largo plazo y determinar los factores potencialmente asociados a la persistencia de la enfermedad.

### Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con PG de reciente inicio entre los años 2009 y 2020, con al menos un año de seguimiento. Se recabaron los siguientes datos de los expedientes clínicos: características demográficas, tratamientos y respuesta a éstos, comorbilidades y recurrencias. Se realizó un cuestionario vía telefónica para determinar el estado actual de la PG: tipo, severidad y extensión. Al final del periodo de seguimiento, se compararon los pacientes con enfermedad persistente (lesiones después de un año del primer episodio) con los pacientes que alcanzaron remisión completa.

### Resultados

Se incluyeron 120 pacientes (media de edad de 28.8 años, 58.3% mujeres) con PG de reciente inicio. Al final del periodo de seguimiento, se identificó que 49.1% (n = 59) de los pacientes tuvieron persistencia de lesiones de psoriasis y 17.5% (n = 21) tuvieron una transformación al fenotipo de psoriasis vulgar (PV). La persistencia de psoriasis se asoció con el sexo masculino (OR = 2.1, p < 0.05), múltiples brotes (> 3, OR = 9.1, p < 0.001), transformación al fenotipo de PV (OR = 4.15, p < 0.001) e involucro palmoplantar (OR = 5.2, p < 0.01). La extensión de la enfermedad no fue mayor según el fenotipo (área de superficie corporal afectada > 10%: 43.8% en PV y 25.6% en PG, p = 0.18), 43.8% de los pacientes

con PV requirieron tratamiento vía oral o biológico, comparado con 11.6% de los pacientes con PG (OR = 5.9; IC 1.5-23).

### Conclusiones

La persistencia de la enfermedad es común en los casos con PG de reciente inicio. La mayoría de los pacientes permanecen en un fenotipo de PG, mientras que una pequeña proporción puede transformarse al fenotipo de PV, teniendo un impacto negativo en el pronóstico, con la necesidad de administrar tratamiento de mayor potencia. El sexo masculino, los brotes múltiples, el cambio de fenotipo a PV y el involucro palmoplantar se asociaron con persistencia de la enfermedad.

*Mariana de la Vega de la Peña, R2D.*

**Silverberg JI, Tallman AM, Ports WC, Gerber RA, Tan H, Zielinski MA. Evaluating the efficacy of crisaborole using the atopic dermatitis severity index and percentage of affected body surface area. (Evaluación de la eficacia del crisaborol mediante el índice de gravedad de la dermatitis atópica y el porcentaje de superficie corporal afectada). *Acta Derm Venereol*. 2020; 100: adv00170. doi: 10.2340/00015555-3489.**

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que cursa con prurito y lesiones eccematosas. El crisaborol ungüento al 2% es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, no esteroideo, para el tratamiento de la dermatitis atópica de leve a moderada.

Este análisis *post hoc* reúne los resultados de dos estudios de fase 3, multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, (ClinicalTrials.gov: NCT02118766 [AD-301] y NCT02118792 [AD-302]) para evaluar la eficacia del crisaborol en pacientes  $\geq 2$  años con dermatitis atópica de leve a moderada utilizando el índice de severidad de la dermatitis atópica (ADSI) y el porcentaje de superficie corporal tratable (% BSA). La puntuación del ADSI, fue la suma de gravedad del prurito, eritema, excoriación, exudación y liquenificación, en una escala de cuatro puntos desde ninguno (0) hasta grave (3).

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente 2:1 para recibir crisaborol (n = 1,016) o vehículo (n = 506) dos veces al día durante 28 días.

Se observó disminución en la puntuación ADSI en ambos grupos de tratamiento con el tiempo, sin embargo, la proporción de pacientes que tuvieron mejora en la puntuación ADSI el día 29 fue significativamente mayor para los pacientes tratados con crisaborol que para los pacientes tratados con vehículo (62.7% frente a 48.4%; p < 0.0001).

El porcentaje BSA medio disminuyó de 18.3% (al inicio) a 10.6% el día 29 en pacientes tratados con crisaborol, y de 18.1 a 13.6% en pacientes tratados con vehículo. El cambio medio (IC de 95%) en el porcentaje de BSA el día 29 fue significativamente mayor en los pacientes tratados con crisaborol que en los pacientes tratados con vehículo (-7.43 [-8.22 a -6.64] vs -4.44 [-5.55 a -3.33]; p < 0.0001).

Crisaborol fue eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica de leve a moderada según el ADSI y el porcentaje de BSA.

*Marian Guadalupe Escribano Ponce, R2D.*

**Janeczek M, Koziel Z, Bhasin R, Tao J, Eilers D, Swan J. High prevalence of erythrasma in patients with inverse psoriasis: a cross-sectional study. (Alta prevalencia de eritrasma en pacientes con psoriasis invertida: un estudio transversal). *J Clin Aesthet Dermatol*. 2020; 13: 12-14.**

La psoriasis invertida se caracteriza por la presencia de placas eritematosas, lisas y brillantes que afectan las regiones intertriginosas. Debido a esta apariencia inespecífica, a menudo se diagnostica erróneamente como intertrigo, eritrasma o dermatitis seborreica. La terapia antifúngica se utiliza para suprimir la microbiota levaduriforme; sin embargo, se cree que pudiera desencadenar lesiones nuevas o recurrentes. Además, la psoriasis y la psoriasis invertida predisponen al paciente a infecciones secundarias del área afectada, lo que pudiera exacerbar los síntomas y complicar el tratamiento. El eritrasma es causado por *Corynebacterium minutissimum* y se presenta como manchas marrón rojizas bien delimitadas que afectan regiones intertriginosas. El diagnóstico se basa en la fluorescencia rojo coral al examen con la lámpara de Wood, y puede confirmarse mediante tinción de Gram. Actualmente no existen estudios que demuestren la presencia de *C. minutissimum* en lesiones de psoriasis invertida, lo que pudiera desencadenar o exacerbar el proceso inflamatorio.

### Material y métodos

Se incluyeron 30 pacientes con psoriasis invertida para determinar la coplevalencia del eritrasma, independientemente de la ubicación o la gravedad de las lesiones. Todas las zonas psoriásicas se examinaron utilizando una lámpara de Wood estándar y la fluorescencia rojo coral indicó un resultado positivo. Se determinó la prevalencia de eritrasma, el porcentaje de lesiones positivas para la infección, la ubicación de las lesiones positivas para determinar las áreas más susceptibles y el porcentaje de pacientes con infecciones múltiples (presencia de dos o más sitios de infección).

### Resultados

El 57% de los pacientes tenían eritrasma. Se determinó que 25 de 55 placas de psoriasis inversa (46%) fueron positivas para infección. La mayor tasa de infección se encontró en el pliegue interglúteo (55%), seguido del pliegue inguinal y genitales (50%); 41% de los pacientes con *C. minutissimum* presentaron múltiples sitios de infección.

### Discusión

Este estudio indica alta prevalencia de *C. minutissimum* en pacientes con psoriasis invertida, lo que indica que el análisis con lámpara de Wood debe considerarse en casos refractarios de psoriasis o en el estudio diagnóstico inicial de las lesiones. La sospecha clínica debe ser mayor en pacientes con factores de riesgo de eritrasma como: mala higiene, obesidad, DM2, hiperhidrosis, edad avanzada, inmunosupresión y residencia en climas cálidos. No existe información en la literatura de si *C. minutissimum* desencadena la inflamación que conduce a la psoriasis, si exacerba los síntomas actuales o si no contribuye en el proceso de la enfermedad. Estudios anteriores han demostrado que *Malassezia* puede desencadenar o exacerbar la psoriasis mediante la liberación de ácido araquidónico y sus metabolitos a través

de lipasas secretadas. Otros organismos que se ha demostrado que promueven la inflamación incluyen *S. pyogenes*, *S. aureus* y *Candida*. Además, no hay estudios que indiquen el tratamiento adecuado de pacientes con eritrasma y psoriasis invertida concomitantes. Se necesitan más estudios para determinar si el tratamiento en estos pacientes afecta la respuesta terapéutica de la psoriasis invertida.

### Conclusión

Existe alta prevalencia de infección por *C. minutissimum* en pacientes con psoriasis invertida, y se debe mantener alta sospecha de la misma debido a su potencial para desencadenar o exacerbar las lesiones psoriásicas.

María Fernanda Pérez Barragán, R2D.

**Giacalone S, Spigariolo CB, Bortoluzzi P, Nazzaro G. Oral nicotinamide: the role in skin cancer chemoprevention. (Nicotinamida oral: su papel en la quimiopreención del cáncer de piel). *Dermatol Ther*. 2021; 34: e14892. doi: 10.1111/dth.14892.**

### Introducción

La incidencia del cáncer de piel ha aumentado gradualmente en la última década; la exposición a la radiación ultravioleta (RUV) sigue siendo el principal factor de riesgo. En los últimos años, se ha propuesto la ingesta oral de diferentes sustancias para detener la carcinogénesis ocasionada por la RUV. En este artículo se realiza una revisión sobre el empleo de la nicotinamida en la quimiopreención del cáncer de piel melanoma y no melanoma.

### Rol de la nicotinamida

La nicotinamida es una forma soluble en agua de la vitamina B3 (niacina) que proviene de fuentes exógenas y endógenas. Es el precursor del dinucleótido de nicotinamida y adenina (NAD+), coenzima que interviene en las reacciones redox encargadas de la producción de ATP, que de forma general es responsable del metabolismo energético celular. Se ha estudiado el uso de la nicotinamida en enfermedades como la rosácea y el acné. En el cáncer de piel desempeña un papel central en los diferentes pasos de la carcinogénesis inducida por la RUV: daño al ADN, inmunosupresión e inflamación. En cuanto al daño al ADN, reduce los niveles de algunos fotoproductos producidos por la RUV en los queratinocitos, a su vez, regula al gen p53 y a las sirtuinas. La nicotinamida reduce la inflamación al disminuir diversas interleucinas como IL-6, IL-8, IL-10 y el TNF $\alpha$ . Respecto a la inmunosupresión, restaura los niveles de energía adecuados requeridos por la célula para reparar el daño al ADN, y también previene la sobreactivación de PARP.

### Estudios clínicos

En el estudio ONTRAC se evaluó la eficacia y seguridad de la nicotinamida en la quimiopreención de cáncer de piel no melanoma (CPNM) y queratosis actínicas (QA) en pacientes de alto riesgo que previamente habían tenido 2-3 CPNM. Se evaluaron 386 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos, el primero recibía 500 mg de nicotinamida vía oral dos veces al día y al

segundo se le administraba placebo, durante 12 meses. Los pacientes que recibieron nicotinamida tuvieron menor incidencia de nuevos CPNM; en particular, la diferencia relativa fue del 25, 27, 18 y 29%, respectivamente, a los tres, seis, nueve y 12 meses. Mientras que la reducción de QA fue 11% menor en el grupo nicotinamida que en el de placebo a los tres meses, 14% a los seis, 20% a los nueve y 13% a los 12. Otro estudio evaluó el uso de nicotinamida en QA de pacientes post trasplantados, donde se utilizó dosis de 250 mg tres veces al día durante seis meses, y se encontró que al finalizar el tratamiento de QA, en 18 de 19 pacientes se redujo el tamaño, siete de éstas tuvieron una regresión clínica completa, y ningún paciente desarrolló nuevas QA. Por otro lado, el uso de nicotinamida en melanoma sigue siendo polémico.

### Puntos controversiales

A pesar del rápido efecto de la nicotinamida, su eficacia desaparece al suspenderla. Y por los resultados observados en diversos estudios, parece más probable que ralentice el proceso de cancerización de células ya iniciadas, en lugar de evitar la iniciación.

### Indicaciones y efectos secundarios

La dosis recomendada de nicotinamida oral es de 500 mg dos veces al día por tiempo indefinido. La eficacia de este medicamento no se ve influenciada por la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) o tabaquismo. Respecto a la relación con otros fármacos, únicamente se ha encontrado una posible interacción con la carbamazepina. Un factor que influye en la eficacia quimiopreventiva es el número de CPNM previos, ya que los pacientes con mayor daño solar y que previamente habían presentado cifras más altas de CPNM parecieron responder más eficazmente a la nicotinamida que los pacientes con cifras bajas de CPNM. Además, tiene un excelente perfil de seguridad, y es bien tolerada a altas dosis (hasta 3 g/día). Los efectos secundarios que se han reportado en la literatura al utilizar dosis muy altas son daño hepático y trombocitopenia. En embarazo y lactancia no se han reportado anomalías.

### Conclusiones

La nicotinamida es una forma de vitamina B3 que se ha utilizado en la quimiopreención del cáncer de piel debido a que interfiere en la carcinogénesis producida por la RUV. Su eficacia y seguridad en la quimiopreención de CPNM y QA se demostraron en el estudio ONTRAC. La dosis recomendada es de 500 mg dos veces al día de manera continua.

*Cynthia Guadalupe Reyes Hernández, R2D.*

**Darwin E, Heyes A, Hirt PA, Wikramanayake TC, Jimenez JJ. Low-level laser therapy for the treatment of androgenic alopecia: a review. (Tratamiento con láser de bajo nivel para la alopecia androgénica: revisión de la literatura). *Lasers Med Sci.* 2018; 33: 425-434. doi: 10.1007/510103-017-2385-5.**

La alopecia androgénica (AA) es la enfermedad del pelo más frecuente en la población masculina. Se calcula que hasta 50% de los hombres a la edad de 50 años se encuentran afectados

en la mayoría de las razas. A pesar de que existen numerosos tratamientos tópicos y sistémicos aprobados por la FDA, como minoxidil y finasterida, se escribe poco acerca de los tratamientos adyuvantes con láser. La propuesta de la presente revisión hace énfasis en la aplicabilidad de estas tecnologías como manejo adyuvante para la AA.

La longitud de onda en promedio para este tipo de láser es de 500-1,100 nm, a baja intensidad, 3-90 mW, fluencia de 1-4 J/cm<sup>2</sup>. Se ha observado que con estos parámetros la luz acelera la mitosis de queratinocitos y fibroblastos tras la producción de especies reactivas de oxígeno y antioxidantes, inhibe el óxido nítrico, aumenta la producción de ATP, y, por lo tanto, el metabolismo y crecimiento capilar, también se ha visto que disminuye la PGE2 y aumenta las citocinas antiinflamatorias.

Kim y colaboradores en una cohorte de 24 pacientes con AA utilizaron luz roja con 650-780 nm por 10 min, diario por 14 días, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: recuento de fibras capilares basales en vértex de 137, y 153 en occipucio; posterior a la terapia, 145 y 164, respectivamente, con significancia estadística de  $p < 0.05$ . Leavit y colaboradores realizaron un estudio con 110 hombres con AA en quienes aplicaron luz roja de 655 nm cada tercer día por 15 minutos por dos semanas. Se evidenció un incremento de 19.5 fibras capilares. Jiménez y colaboradores, de igual forma, demostraron un aumento de 20.5 cabellos/cm<sup>2</sup> al final de un estudio con luz roja de 630 nm.

Por lo anterior, diversos estudios sugieren que esta modalidad terapéutica se puede casi equiparar al uso de finasterida de 1 mg diario más minoxidil tópico al 5%. Cabe destacar que los estudios lo consideran como grado de evidencia y recomendación I- IIB, y como manejo adyuvante o en pacientes en quienes está contraindicado el tratamiento sistémico.

*Luis David Segundo López, R2D.*

**Wang B, Huang Y, Tang Y, Zhao Z, Shi W, Jian D, Liu F et al. Paroxetine is an effective treatment for refractory erythema of rosacea: primary results from the prospective rosacea refractory erythema randomized clinical trial. (Paroxetina como tratamiento efectivo para el eritema refractario en rosácea: resultados primarios del ensayo clínico aleatorizado prospectivo de eritema refractario en rosácea). *J Am Acad Dermatol.* 2023; 88: 1300-1307. doi: 10.1016/j.jaad.2023.01.044.**

### Introducción

La rosácea es una enfermedad cutánea inflamatoria recurrente que afecta la región centrofacial. A la fecha, las opciones terapéuticas para disminuir el eritema en la rosácea son limitadas, entre éstas se encuentran la brimonidina (alfa 2 agonista) y oximetazolina (alfa 1 agonista). Sin embargo, sólo brindan efectividad parcial o transitoria, con eritema de rebote intenso durante o posterior a su uso. La paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, actualmente aprobada para su uso en depresión, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Estudios previos han demostrado que funciona para controlar los bochornos de la menopausia. Se sugiere que la paroxetina, al inhibir la recaptura de la serotonina, pueda tener un papel importante en la disfunción vascular. Se diseñó este estudio prospectivo, doble ciego, aleatorizado, para evaluar su eficacia en la rosácea.

## Material y métodos

Se seleccionaron pacientes entre 18 y 65 años con eritema refractario por rosácea que persiste posterior a tres meses de tratamiento con tetraciclinas combinadas con, o sin alfa agonistas tópicos, o luz pulsada intensa. Se incluyeron pacientes entre abril del 2020 y septiembre del 2021 de cinco centros de investigación en China. Se aleatorizó a los pacientes en dos grupos, 49 y 48 participantes, para recibir paroxetina 25 mg/día y placebo, respectivamente, por dos semanas. Se realizaron revisiones a las cuatro, ocho y 12 semanas, con seguimiento extra a las 12 semanas en pacientes con éxito terapéutico para valorar recurrencias. La evaluación primaria se efectuó utilizando la escala de *Clinical Erythema Assessment* (CEA), con éxito definido con la obtención de puntajes 0 o 1 o más de 2 puntos de mejoría con esta escala desde el puntaje basal. Las evaluaciones secundarias fueron: cambios en el CEA a las semanas cuatro y ocho, severidad del *flushing* empleando la *Flushing Assessment Tool* a la semana 12, mejoría de la calidad de vida con el *Rosacea Quality of Life Index* (RosaQoL) y mejoría en general con la *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-42) a la semana 12.

## Resultados

Se observó mejoría inicial con paroxetina con diferencia estadísticamente significativa en el CEA a las 12 semanas (21 pacientes, 42.9%) vs placebo (10 pacientes, 20.8%) con p de 0.02. De los desenlaces secundarios, los únicos con diferencia estadísticamente significativa en favor de la paroxetina fueron la mejoría en el *flushing*, con p de 0.04, mejoría en la sensación subjetiva de ardor, con p de 0.003, y mejoría de la depresión, con p de 0.041. Los efectos adversos más comunes asociados a paroxetina en estos pacientes fueron mareo, letargia, náusea, dispepsia y temblores musculares. Las recurrencias se observaron en 31.2% de los casos.

## Discusión

Los pacientes con rosácea cursan con disfunción vascular facial, fácilmente detonada por estímulos externos e internos. Los receptores 5-HT tienen un rol importante en el balance vasomotor, pues cuando existe disfunción en la recaptura de 5-HT, éstos se contraen y dilatan de manera anormal. Múltiples estudios han propuesto que en la rosácea existe liberación anormal de 5-HT. Otros estudios han reportado que la 5-HT está asociada en la termorregulación. Se ha reportado, además, que existe un pleomorfismo de un nucleótido de 5-HT<sub>2A</sub> en la rosácea. Por lo anterior, se sugiere que el empleo de paroxetina es una potencial alternativa terapéutica. Los autores sugieren que se requiere de mayor duración terapéutica (16 o 24 semanas) para lograr demostrar los efectos adecuados de la paroxetina, pues se sabe que, durante el tratamiento psiquiátrico, se requieren de al menos seis semanas para lograr concentraciones en sangre suficientes y estables, y se utiliza generalmente a mayores dosis (40-60 mg/día).

Diana Miroslava Zamora Benze, R2D.

**Aarts P, van Huijstee JC, van der Zee HH, van Doorn MBA, van Straalen KR, Prens EP. Adalimumab in conjunction with surgery compared with adalimumab monotherapy for**

**hidradenitis suppurativa: a randomized controlled trial in a real-world setting. (Adalimumab junto con cirugía en comparación con adalimumab en monoterapia para la hidradenitis suppurativa: ensayo controlado aleatorio en un entorno del mundo real). *J Am Acad Dermatol.* 2023; 89: 677-684. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.034.**

La hidradenitis suppurativa (HS) es una enfermedad crónica, debilitante e inflamatoria de la piel, que se manifiesta con nódulos inflamatorios, abscesos y fístulas en la región axilar, inguinal y anogenital. Adalimumab es el único medicamento biológico registrado y aprobado para la HS, con mejoría de hasta 60% en la escala de respuesta clínica de hidradenitis suppurativa (HiSCR), reduciendo la cantidad de nódulos inflamatorios y abscesos; sin embargo, las fístulas solo mejoran ligeramente durante el tratamiento. Esto explica por qué más de 70% de los pacientes requiere además de una extirpación quirúrgica amplia. En este estudio el objetivo fue comparar la eficacia real del adalimumab y la cirugía adyuvante con adalimumab en monoterapia en pacientes con HS moderada a muy grave.

Se trató de un ensayo clínico pragmático de fase IV, llevado a cabo en el Departamento de Dermatología del Centro Médico de la Universidad Erasmus de Rotterdam, Países Bajos, desde agosto de 2018 hasta julio de 2022. Se aleatorizó a pacientes con HS moderada a grave en dos grupos: uno recibió adalimumab con cirugía, y el otro adalimumab en monoterapia, en proporción de 1:1. Ambos grupos fueron tratados con adalimumab durante 12 meses, con visitas al hospital cada tres meses. El grupo de cirugía también tuvo la opción de recibir hasta dos intervenciones quirúrgicas después de tres meses. Los participantes eran adultos; el resultado primario se evaluó utilizando el Sistema Internacional de Puntuación de Gravedad de Hidradenitis Suppurativa.

Se incluyeron 31 pacientes por grupo. El sistema medio de puntuación internacional de gravedad de Hidradenitis Suppurativa en la línea de base fue de  $23.9 \pm 10.7$  en el grupo de cirugía y de  $20.9 \pm 16.4$ , en el grupo de monoterapia. Después de 12 meses de tratamiento, el grupo quirúrgico tuvo reducción significativamente mayor en el Sistema Internacional de Puntuación de Gravedad de Hidradenitis Suppurativa en comparación con el grupo de monoterapia ( $-1,919.1 \pm 11.3$  frente a  $-7.8 \pm 11.8$ ,  $p < 0.001$ ). Además, el grupo de cirugía mostró mayor reducción en el Índice de Calidad de Vida de Dermatología después del tratamiento en comparación con el grupo de monoterapia ( $-8.2 \pm 6.2$  frente a  $-4 \pm 7.7$ ,  $p = 0.22$ ).

La combinación de adalimumab con cirugía dio como resultado mayor eficacia clínica y mejor calidad de vida después de 12 meses.

María Fernanda Villegas Calzada, R3D.

**McGrath LR, Oey L, McDonald S, Berle D, Wootton BM. Prevalence of body dysmorphic disorder: a systematic review and meta-analysis. (Prevalencia de desorden dismórfico corporal: una revisión sistemática y metaanálisis). *Body Image.* 2023; 46: 202-211. doi: 10.1016/j.bodyim.2023.06.008.**

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un defecto percibido en la apariencia física por el paciente, quién realiza actos mentales o conductas repetitivos (mirarse al espejo, camuflaje, etc.) para reducir su preocupación. La aparición del trastorno es en

la adolescencia. Se ha relacionado con otros problemas, como el abandono escolar y otras comorbilidades psiquiátricas, como depresión y tendencia suicida. Sin embargo, no se diagnostica a tiempo o es infradiagnosticada. No se conoce la prevalencia exacta, y algunos estudios reportan cifras muy variadas: en la población general varía entre 0.5 y 3.2%, mientras que en entornos cosméticos y dermatológicos los cálculos de prevalencia son más altos, oscilando entre 1.8 y 57.0%; y en ambientes psiquiátricos, las cifras oscilan entre 3.0 y 54.3%.

Por lo anterior se realizó este estudio para conocer mejor la prevalencia de TDC, con un enfoque meta-analítico, tratando de superar algunas de las limitaciones de revisiones anteriores. Se buscó en varias bases de datos, únicamente estudios que hayan realizado un diagnóstico de TDC mediante una entrevista estructurada, se evaluó el riesgo de sesgo de publicación, se examinaron los moderadores de las tasas de prevalencia (incluido el entorno, la ubicación geográfica, la entrevista de diagnóstico utilizada, el año de publicación, la edad media de la muestra y la distribución por género de la muestra).

Se incluyeron un total de 7,159 participantes en 22 estudios, 20 de los 22 (91%) utilizaron los criterios del DSM-IV para diagnosticar TDC, uno empleó el DSM-III y otro no informó qué versión del DSM aplicó. La mayoría de los estudios se realizaron en Europa (55%), también se incluyeron de Australia, EEUU, Brasil y Egipto. La edad promedio fue de 35 años. Fue más frecuente en mujeres. La prevalencia general agrupada de TDC en todos los estudios fue aproximadamente de 11%. Sin embargo, de acuerdo con los diferentes entornos examinados la prevalencia puntual agrupada fue de 20.0% en entornos de cosmética/dermatología, de 7.4% en entornos de salud mental y de 6.7% incluidos estudiantes y bailarines de ballet profesionales.

Se concluye que es importante evaluar el TDC en los entornos de cosmética/dermatología y salud mental, donde existen altas tasas de prevalencia, utilizando pruebas de detección del TDC en todos los pacientes que buscan cirugía estética/tratamientos dermatológicos. Lo anterior es importante para los pacientes, ya que estos tratamientos muchas veces no resultan satisfactorios y/o no alivian los síntomas a quienes padecen TDC. Por otro lado, es importante realizar estudios metodológicamente más rigurosos para mejorar la confiabilidad de las cifras de prevalencia. Así como efectuar estudios epidemiológicos del TDC en grandes comunidades para establecer la frecuencia de la prevalencia dentro de una población general.

*Nataly Carolina Berrezueta Córdova, R3D.*

**Sar-Pomian M, Rudnicka L, Olszewska M. Trichoscopy-a useful tool in the preliminary differential diagnosis of autoimmune bullous diseases. (Tricoscopia-una herramienta útil en el diagnóstico diferencial preliminar en enfermedades ampollas autoinmunes). *Int J Dermatol.* 2017; 56: 996-1002. doi: 10.1111/ijd.13725.**

La piel cabelluda es una topografía habitual que se ve afectada por las enfermedades ampollas autoinmunes. La tricoscopia ofrece un enfoque no invasivo para diagnosticarlas. Sin embargo, existen muy pocos estudios utilizando esta herramienta en este tipo de padecimientos. Las características tricoscópicas específicas del penfigoide ampolloso y la dermatitis herpetiforme no se han publicado hasta la fecha. Este estudio tiene como objetivo

evaluar el valor de la tricoscopia en la diferenciación entre pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso y dermatitis herpetiforme. Se utilizó esta técnica para evaluar lesiones en la piel cabelluda en 68 pacientes, incluyendo 26 con pénfigo vulgar, 17 con pénfigo foliáceo, 17 con penfigoide ampolloso y ocho con dermatitis herpetiforme. Las evaluaciones se realizaron con magnificaciones de 20 y 70 veces con *FotoFinder*.

Se observó que la característica tricoscópica más frecuente en las enfermedades ampollas autoinmunes fue la extravasación, observada en 76.9% de los casos de pénfigo vulgar, 70.6% de pénfigo foliáceo, 76.5% de penfigoide ampolloso y 100% en la dermatitis herpetiforme. Las costras hemorrágicas amarillas fueron las más frecuentemente observadas, en proporciones respectivas de 73.1, 70.6, 64.7 y 35.5%. La escama difusa amarilla y la escama tubular fueron más comunes en el pénfigo foliáceo (52.9 y 41.2%, respectivamente). Los vasos punteados agrupados fueron característicos de la dermatitis herpetiforme (62.5%). Los vasos punteados con halo blanco fueron una característica distintiva del pénfigo vulgar. El estudio propone realizar un algoritmo tricoscópico para la diferenciación de enfermedades ampollas autoinmunes.

Como conclusión, las enfermedades ampollas autoinmunes muestran patrones tricoscópicos distintivos. La tricoscopia emerge como una herramienta de diagnóstico rápida, útil en la consulta para la diferenciación preliminar de estos padecimientos.

*Lilia Yolanda Camacho Frausto, R3D.*

**Van Zuuren EJ, Arents BWM, van der Linden MMD, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: new concepts in classification and treatment. (Rosácea: Nuevos conceptos en clasificación y tratamiento). *Am J Clin Dermatol.* 2021; 22: 457-465. doi: 10.1007/s40257-021-00595-7.**

La rosácea es una enfermedad crónica e inflamatoria, que ocasiona gran impacto en la calidad de vida. Las manifestaciones clínicas habituales son: eritema fijo, presencia de pápulas, pústulas, telangiectasias y, en algunos casos, cambios fimatosos. Los ojos también pueden verse afectados. La patogénesis y la fisiopatología de la rosácea aún no son totalmente claras; se han propuesto como teorías la disfunción de los sistemas inmunitarios innatos y adaptativos, la relación con el *Demodex*, presencia de *S. epidermidis*, además de las disregulaciones neurovasculares que se reflejan en mayor reactividad a la temperatura, realización de ejercicio, exposición a los rayos UV, ingesta de alimentos con picantes, alcohol, etc.

En el año 2017 se propuso un enfoque basado en fenotipos para el diagnóstico y clasificación de la rosácea. Las características diagnósticas son el eritema facial persistente y los denominados «fimas»; las características mayores son el enrojecimiento transitorio, la presencia de pápulas, pústulas, telangiectasias y las manifestaciones oculares; y las características menores son la sensación ardorosa, o de resequedad en la piel, así como el edema.

En los últimos años se han propuesto gran variedad de opciones de tratamiento. Los aprobados son la brimonidina tópica y oximetazolina, la ivermectina tópica, metronidazol, ácido azelaico y doxiciclina oral de 40 mg. Existen otros fármacos en desarrollo o recientemente aprobados.

En un estudio aleatorizado, doble ciego, con 72 pacientes, se comparó la combinación de metronidazol tópico más 40 mg de

doxiciclina oral, contra el uso de metronidazol en monoterapia. El tratamiento combinado redujo significativamente las lesiones inflamatorias, en comparación con la monoterapia; la combinación de brimonidina tópica e ivermectina tópica al 1% en un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con 190 pacientes demostró mayor eficacia en los pacientes que utilizaron la combinación de ambas desde el inicio, en comparación con aquellos que iniciaron con ivermectina, y hasta la quinta semana añadieron brimonidina. La combinación de ivermectina tópica con 40 mg de doxiciclina se comparó en un ensayo de fase IIIb, aleatorizado y ciego en 273 pacientes, contra el uso de ivermectina sola y placebo. A las 12 semanas ambos redujeron la inflamación, aunque la combinación de los arriba mencionados fue más efectiva y más rápida. Aunque la terapia combinada es una práctica común entre los dermatólogos, en estos casos sólo existe evidencia limitada que respalda su eficacia.

La minociclina, tetraciclina bacteriostática y antiinflamatoria muy lipofílica, cuando se emplea en los casos de rosácea tiene evidencia limitada y requiere de más estudios. La espuma de minociclina al 1.5% fue aprobada por la FDA en 2020 y está disponible en EEUU. El peróxido de benzoilo en la rosácea no se

ha investigado debido a la irritación que ocasiona en la piel. No obstante, su presentación encapsulada en sílice podría mitigar dicha irritación. El gel de minociclina, los biológicos como secukinumab y erenumab necesitan ensayos controlados aleatorios con tamaños de muestra más grandes para confirmar sus beneficios. El spray tópico B244 proveniente de una cepa bacteriana de *Nitrosomonas eutropha* convierte el amoníaco y la urea del sudor en nitritos que tienen propiedades antibacterianas, y en óxido nítrico que regula la inflamación y la vasodilatación. Se encuentra en estudio. El gel tópico Omiganan (un péptido antimicrobiano sintético), la rifaximina (un antibiótico activo en el intestino), DMT2 (gel al 5% antiinflamatorio) y la hidroxicloroquina son opciones terapéuticas aún en estudio.

En conclusión, el principal objetivo del tratamiento es lograr una mejoría importante de las lesiones que causa la rosácea y, a la vez, mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, existe una necesidad continua de identificar nuevos tratamientos, más eficaces, que día con día se someten a valoración para ofrecer un manejo integral al paciente con rosácea.

*Nabil de Anda Ortiz, R3D.*