



Seo HM, Oh SU, Kim S et al. Dutasteride in the treatment of frontal fibrosing alopecia: systematic review and meta-analysis. (Tratamiento de la alopecia frontal fibrosante con dutasterida: revisión sistemática y meta-análisis). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024; 38: 1514-1521. doi: 10.1111/jdv.19802.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial progresiva que afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, caracterizada por el retroceso de la línea de implantación de cabello a nivel frontal. A pesar de su creciente prevalencia, no existe un tratamiento estandarizado. Recientemente se ha considerado al dutasterida, un inhibidor dual de la 5-alfa reduktasa, como una posible opción terapéutica. Este estudio realiza una revisión sistemática y metaanálisis para evaluar su eficacia.

El principal objetivo fue determinar la proporción de pacientes con AFF que presentaron estabilización, la cual se considera la detención del retroceso de la línea de implantación, o si tuvieron mejoría clínica tras recibir tratamiento oral con dutasterida. Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020. Se incluyeron siete estudios con un total de 366 pacientes tratados con dutasterida oral. Se empleó un modelo de efectos aleatorios para el análisis. Además, se evaluó la calidad metodológica mediante la herramienta ROBINS-I.

Se observó que 62.8% de los pacientes tratados con dutasterida lograron estabilización de la enfermedad (IC95%: 39.8-85.9%), mientras que 35.6% presentó mejoría clínica (IC95%: 16.3-54.9%). Los efectos adversos fueron infrecuentes y bien tolerados. Estos hallazgos sugieren que el dutasterida es efectivo para frenar la progresión de la AFF en una proporción significativa de pacientes.

Los resultados respaldan el uso de dutasterida como alternativa terapéutica viable en pacientes con AFF, especialmente en casos resistentes. Sin embargo, dada la heterogeneidad de los estudios incluidos, se requiere más evidencia, idealmente mediante ensayos clínicos aleatorizados, para establecer su eficacia con mayor certeza.

Daniela Guzmán Ortega, R2D.

Baldwin H, Gold LS, Harper JC et al. Triple-combination clindamycin phosphate 1.2%/adapalene 0.15%/benzoyl peroxide 3.1% gel for acne in adult and pediatric participants. (Triple combinación de gel de fosfato de clindamicina al 1.2%, más adapaleno al 0.15%, más peróxido de benzoilo al 3.1% para acné en participantes pediátricos y adultos). *J Drugs Dermatol.* 2024; 23: 394-402. doi: 10.36849/JDD.8357.

Existen numerosas opciones de tratamiento para el manejo del acné, tanto tópicas, como sistémicas; sin embargo, pocas invitan a la adherencia terapéutica, y son seguras y eficaces para ser empleadas en todos los grupos etarios.

Tomando como base los cuatro componentes principales de la fisiopatología del acné, el tratamiento ideal es aquel que

logra cubrir varios aspectos de éste sin tanta complejidad en su seguimiento diario.

Este artículo se enfoca en el nuevo fármaco de triple combinación a base de fosfato de clindamicina 1.2% + adapaleno 0.15% + peróxido de benzoilo 3.1% (CAB) que busca cubrir las necesidades previamente mencionadas en forma de gel humectante.

En cuanto a su diseño, se realizaron dos estudios con participantes de nueve o más años, con acné moderado-severo. Se incluyeron un total de 363 pacientes. El tipo de estudio fue fase 3, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, formando dos grupos: uno utilizando CAB y otro empleando solamente un vehículo, una vez al día por 12 semanas.

Más de 50% de los pacientes mayores de 18 años y 45% de los menores de 18 años tratados con CAB reportaron eficacia en su tratamiento a las 12 semanas, en contraste con menos de 25% en los tratados con vehículo. De la misma manera, mejoró la calidad de vida de manera más representativa en el grupo que aplicó CAB. Los efectos adversos reportados fueron eritema, hiperpigmentación, descamación, xerosis y ardor, con predominio en los pacientes en terapia con CAB.

Betsy Margot López Gómez, R2D.

Lapidus AH, Lee S, Liu ZF et al. Topical calcipotriol plus 5-fluorouracil in the treatment of actinic keratosis, Bowen's disease, and squamous cell carcinoma: a systematic review. (Calcipotriol más 5-fluorouracilo tópico en el tratamiento de queratosis actínicas, enfermedad de Bowen y carcinoma de células escamosas: una revisión sistemática). *J Cutan Med Surg.* 2024; 28: 375-380. doi: 10.1177/12034754241256347.

Introducción

Las queratosis actínicas (QA) son lesiones cutáneas premalignas causadas por la exposición solar crónica, que presentan riesgo de progresión a carcinoma de células escamosas (CCE). Estas condiciones son comunes en personas de piel clara y su incidencia es particularmente alta en regiones como Australia, donde el CCE representa 30% de los cánceres de piel no melanoma. El tratamiento tradicional con 5-fluorouracilo (5-FU) es efectivo, pero su uso prolongado y los efectos secundarios dificultan la adherencia de los pacientes. Recientemente, se ha propuesto el uso combinado de 5-FU con calcipotriol, un análogo de la vitamina D, que potencia la respuesta inmunitaria, mejorando la eficacia del tratamiento y reduciendo su duración.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de estudios publicados en MEDLINE, Embase y la Cochrane Library hasta enero de 2023, siguiendo las directrices PRISMA. De 84 registros iniciales, ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión, que analizaron el uso de la combinación de 5-FU y calcipotriol en QA, enfermedad de Bowen y CCE. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados,



estudios observacionales y reportes de casos, con datos sobre eficacia, seguridad y efectos adversos.

Resultados

Los estudios revisados incluyeron a 214 pacientes en grupos control y 288 en grupos de intervención. La combinación de 5-FU al 5% con calcipotriol mostró una reducción significativa de QA, con disminución de 87.8% en el rostro y de 79% en extremidades superiores tras un tratamiento de cuatro días, en comparación con reducciones de 26.3 y 16.3% en los grupos control. A tres años, la incidencia de CCE disminuyó significativamente en rostro y cuero cabelludo (6.67% en el grupo tratado frente a 27.5% en el control). Los efectos secundarios incluyeron eritema y ardor transitorios, que resolvieron en dos semanas sin complicaciones graves.

Conclusión

La combinación de 5-FU y calcipotriol es una estrategia prometedora para el manejo de QA, con beneficios significativos en términos de eficacia, duración y prevención del CCE. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para validar su uso en otras patologías como la enfermedad de Bowen y el CCE *in situ*, y en poblaciones de alto riesgo. Este enfoque representa un avance significativo en la dermatología oncológica, con potencial para transformar el manejo clínico de estas lesiones cutáneas.

Diana Laura Lara González, R2D.

Drucker AM, Lam M, Prieto-Merino D et al. Systemic immunomodulatory treatments for atopic dermatitis: living systematic review and network meta-analysis update. (Tratamientos inmunomoduladores sistémicos para dermatitis atópica: actualización de una revisión sistemática en línea, y metaanálisis). JAMA Dermatol. 2024; 160: 936-944. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.2192.

El propósito de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de lebrikizumab, un anticuerpo monoclonal, aprobado recientemente, para el manejo de la dermatitis atópica moderada a severa. Se realizó la comparación con otros tratamientos sistémicos, tales como dupilumab, abrocitinib, baricitinib, tralokinumab y upadacitinib.

Hasta el momento, lebrikizumab, dirigido contra la interleucina-13, sólo había sido comparado con placebo, para valorar su eficacia frente a otras terapias existentes, este estudio efectúa un análisis indirecto mediante una red de ensayos clínicos aleatorizados. Este trabajo forma parte de una revisión sistemática, actualizada periódicamente, y registrada en PROSPERO en la cual se analizaron:

1. 97 ensayos clínicos aleatorizados.
2. 24,679 pacientes con dermatitis atópica moderada a severa.
3. Periodo: ensayos hasta el 3 de noviembre de 2023.
4. Duración mínima de tratamiento: 8 semanas.

El estudio proporciona evidencia de certeza moderada de que lebrikizumab es igual de eficaz que dupilumab a corto plazo

(16 semanas). Sin embargo, dupilumab supera a lebrikizumab en el porcentaje de pacientes que alcanzan mejoría clínica más evidente.

Se destaca que los tratamientos más eficaces (como upadacitinib en altas dosis) deben ser evaluados cuidadosamente por su perfil de efectos secundarios y adecuación para terapias a largo plazo. Dentro de sus limitaciones se observa:

1. Poca disponibilidad de datos en niños.
2. Falta de datos a largo plazo, ya que los ensayos tenían una duración máxima de 16 semanas.
3. Poca potencia estadística para evaluar seguridad debido a la baja frecuencia de eventos adversos graves.
4. Los cambios en la población de los ensayos a lo largo del tiempo pueden afectar la transitividad del análisis.

Lebrikizumab es una opción terapéutica viable y eficaz para adultos con dermatitis atópica moderada a severa. Aunque su eficacia continua es comparable con dupilumab, este último mostró mejores resultados a nivel clínico. Esta información permite a médicos y pacientes tomar decisiones informadas sobre el tratamiento más adecuado.

Carolina Hernández Lua, R2D.

Nanda R, Covone J, Cohen JL. Delayed inflammatory reactions to hyaluronic acid fillers: a case series of novel associations. (Reacciones inflamatorias retardadas a rellenos de ácido hialurónico: serie de casos de nuevas asociaciones). J Drugs Dermatol. 2025; 24: 101-103.

Introducción

Se han descrito reacciones inmunes retardadas (RIR) que ocurren posterior a la aplicación de rellenos de ácido hialurónico y que se desencadenan por diversos estímulos. Este artículo presenta tres nuevos desencadenantes.

Caso 1. Mujer de 57 años a quien se le aplicaron rellenos de ácido hialurónico en el tercio inferior de la cara, desarrolló edema y eritema en el sitio de colocación posterior a un accidente automovilístico que persistieron ocho semanas después de éste, se sospechó del desarrollo de una RIR por alteración de la barrera cutánea secundaria a microtraumatismos, por lo que se le suministró hialuronidasa para disolver el relleno.

Caso 2. Mujer de 54 años, con antecedente de empleo de rellenos en región infraorbitaria y mejillas, acudió para una sesión de láser erbium fraccional ablativo en cuello y tórax; dos días posteriores a la sesión presentó dermatitis de contacto en cara por aplicación de ácido hipocloroso diluido que afectó la barrera de la piel. Además, se observó persistencia de eritema y edema en zonas donde se usaron los rellenos que sugirió el diagnóstico de RIR.

Caso 3. Mujer de 54 años a quien se le inyectó relleno de ácido hialurónico en la mano izquierda presentó edema, prurito y sensibilidad tres meses posteriores al procedimiento después de realizar trabajos de jardinería. Se le diagnosticó una RIR y se utilizó hialuronidasa y prednisona como tratamiento con lo que mejoró.

Discusión

Las RIR ocurren al menos dos semanas después de la aplicación de rellenos. Se desconoce el mecanismo que las desencadena, aunque se sugiere que el ácido hialurónico se vuelve inmunogénico al liberarse en forma secundaria a varios desencadenantes. Se han usado diferentes tratamientos para el manejo de estas reacciones.

Conclusión

Este artículo presenta tres nuevos desencadenantes de RIR. Es aconsejable que tanto los pacientes como los médicos tratantes conozcan el riesgo de desarrollar una RIR para que estén preparados para manejarlas.

Cynthia Gabriela Nitsch Yat, R2D.

Ghanshani R, Park SE, Aleshin MA et al. Hidradenitis supurativa in children. (Hidradenitis supurativa en niños). Dermatol Clin. 2025; 43: 317-330. doi: 10.1016/j.det.2024.12.014.

La hidradenitis supurativa (HS) pediátrica es una enfermedad inflamatoria crónica, rara en niños, con una prevalencia de 0.028% en EE. UU., siendo más común en adolescentes afroamericanas y birraciales. Los síntomas suelen aparecer entre los 10 y 21 años, con un retraso en el diagnóstico de 0.7 a 2 años. Se asocia a comorbilidades metabólicas, inflamatorias y psiquiátricas, lo que resalta la necesidad de iniciar un tratamiento temprano.

La terapia pediátrico de la HS se basa en las recomendaciones para adultos, pero adaptadas a la edad pediátrica. Para casos leves, la terapia inicial incluye lavados antisépticos, como clorhexidina o peróxido de benzoilo, y antibióticos tópicos como la clindamicina y el resorcínol. Los antibióticos sistémicos, como las tetraciclinas (doxiciclina y minociclina), son una opción de primera línea. Deben usarse con precaución en niños menores de ocho años debido a los posibles efectos en la dentición. La combinación de clindamicina y rifampicina también muestra buena eficacia, aunque algunos estudios sugieren que la rifampicina podría reducir la efectividad de la clindamicina.

Para casos más graves o resistentes, opciones como la dapsona y el ertapenem se consideran de segunda línea, aunque la evidencia en niños es limitada. Otros antibióticos, como la cefalexina, la trimetoprima-sulfametoazol y la amoxicilina-ácido clavulánico, pueden ser útiles en situaciones específicas, como alergias a los tratamientos de primera línea.

Medicamentos como la metformina pueden ser útiles en pacientes con obesidad, resistencia a la insulina o síndrome de ovario poliquístico, aunque la evidencia es limitada. La espironolactona se utiliza en adolescentes, especialmente mujeres con acné hormonal o síndrome de ovario poliquístico. Sin embargo, no se recomienda en varones ni en niñas prepúberes debido a los posibles efectos hormonales. La finasterida tiene poca evidencia en HS pediátrica, pero en algunos casos se ha observado mejoría. Los anticonceptivos orales combinados pueden ser útiles en adolescentes postmenarca, en especial si los brotes están relacionados con hormonas o síndrome de ovario poliquístico.

Los retinoides como la isotretinoína y la acitretina son opciones a considerar. La isotretinoína está aprobada por la FDA para el

tratamiento del acné severo en pacientes mayores de 12 años, y aunque los resultados en HS pediátrica son mixtos, puede ser útil en pacientes con acné inflamatorio concomitante. La acitretina ha mostrado mejores resultados que la isotretinoína en adultos con HS y puede considerarse en casos seleccionados, aunque su uso debe evaluarse cuidadosamente debido a su perfil de efectos adversos.

Los biológicos deben considerarse en pacientes pediátricos con HS cuando otros tratamientos no sean efectivos, no como última opción, sino tempranamente para evitar daño irreversible. Ejemplos incluyen adalimumab y otros como secukinumab, bimekizumab, infliximab, ustekinumab y anakinra. Los inhibidores de pequeñas moléculas, como apremilast y upadacitinib, podrían ser opciones de segunda o tercera línea, aunque no hay estudios específicos en HS pediátrica.

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos, se utilizan incisión y drenaje, inyección de esteroides intralesionales, *deroofing*, escisiones locales amplias y terapia con láser o luz, principalmente para eliminar vello y tratar HS.

La terapia debe ser individualizada y basada en un enfoque multidisciplinario que combine tratamientos médicos y quirúrgicos, adaptados a las necesidades de los pacientes pediátricos.

Edith Dariela Riojas Hernández, R2D.

Cantrell W, Easley L, Squittieri K. Steroids used to treat acne vulgaris: a review of efficacy, safety, and clinical considerations. (Esteroides en el tratamiento del acné vulgar: revisión de su eficacia, seguridad y consideraciones clínicas). J Drugs Dermatol. 2024; 23: 404-409. doi: 10.36849/JDD.7846.

El acné vulgar es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica con una alta prevalencia global, que puede generar un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Si bien los tratamientos de primera línea suelen incluir retinoides, antibióticos y peróxido de benzoilo, existe un creciente interés en el uso de esteroides y moléculas esteroideas como herramientas terapéuticas, especialmente en casos moderados a severos o resistentes. Esta revisión, publicada en el *Journal of Drugs in Dermatology*, explora el papel de diversas estrategias basadas en esteroides en el tratamiento del acné. Se describen los mecanismos de acción y la evidencia clínica disponible para corticosteroides orales (como la prednisona), inyecciones intralesionales de triamcinolona, anticonceptivos orales combinados (ACOs), espironolactona oral y clascoterona tópica.

Los corticosteroides orales se reservan para el manejo inicial de acné inflamatorio severo, debido a su potente efecto antiinflamatorio y su capacidad de suprimir andrógenos. Sin embargo, su uso prolongado se asocia con efectos adversos importantes, como hiperglucemia, aumento de peso y riesgo de osteoporosis. Las inyecciones intralesionales son útiles en lesiones individuales inflamatorias o quísticas, pero su uso repetido puede inducir atrofia cutánea o telangiectasias.

Los ACOs combinados y la espironolactona son opciones eficaces en mujeres, al modular el desbalance hormonal. Los ACOs combinados han demostrado reducir tanto lesiones inflamatorias como no inflamatorias, aunque su uso está contraindicado en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. La espironolactona, utilizada fuera de sus indicaciones aprobadas, ha mostrado

eficacia sostenida, especialmente en mujeres adultas con acné persistente o asociado a hiperandrogenismo.

La clascoterona tópica, aprobada para pacientes desde los 12 años, representa una alternativa segura y bien tolerada, con acción local sobre los receptores androgénicos sin efectos sistémicos significativos.

El artículo subraya la necesidad de un enfoque personalizado, considerando factores como edad, sexo, color de piel, deseo de embarazo, comorbilidades y preferencias del paciente. El uso compartido de decisiones entre médico y paciente es fundamental para optimizar la respuesta terapéutica y mejorar la adherencia.

Alejandra Yasbeth Carrillo Guajardo, R2D.

Wang JY, Zafar K, Bitterman D et al. Gender, racial, and Fitzpatrick skin type representation in melasma clinical trials. (Representación demográfica en ensayos clínicos de melasma: un análisis de inclusión por sexo, etnia y fototipo cutáneo). *J Drugs Dermatol.* 2025; 24: 19-22. doi: 10.36849/JDD.8379.

El melasma es una hiperpigmentación facial adquirida, crónica y simétrica, caracterizada por la aparición de manchas de color marrón claro a oscuro, con bordes irregulares y difusos, que se localizan principalmente en regiones fotoexpuestas como el rostro. Su prevalencia es mayor en mujeres y en personas con fototipos cutáneos altos. Aunque su curso clínico es benigno, su impacto emocional y estético puede ser significativo. A pesar de esto, los ensayos clínicos en melasma no siempre reflejan adecuadamente la diversidad de los pacientes afectados. El presente estudio analizó la representación por sexo, grupo étnico y fototipo en ensayos clínicos registrados en ClinicalTrials.gov.

Se revisaron 56 estudios, de los cuales se incluyeron 19 que contaban con datos demográficos completos, con un total de 614 pacientes. El 96.6% de los participantes fueron mujeres, evidenciando la marcada sobrerrepresentación femenina en los estudios y, al mismo tiempo, falta de inclusión del sexo masculino, lo que impide comprender con mayor precisión la enfermedad en varones. En cuanto a la distribución étnica, se identificó una alta participación de pacientes hispanos/latinos (43.1%), seguida por asiáticos (23.7%), blancos (15.5%) y afroamericanos (14.7%). Sin embargo, no se incluyó a personas indígenas americanas ni nativas del Pacífico, a pesar de su presencia en el censo estadounidense.

En relación con el fototipo cutáneo, predominaron los tipos III (30.1%) y IV (45.9%), acordes con los grupos que presentan con mayor frecuencia esta condición. Los fototipos II y V también estuvieron representados en menor medida, y no se reportaron pacientes con fototipo I. Estos resultados indican un esfuerzo creciente por incluir a poblaciones con mayor carga de enfermedad, lo que representa un avance frente a otros estudios dermatológicos –como los de psoriasis, hidradenitis supurativa, cáncer cutáneo no melanoma o procedimientos con láser–, donde persiste subrepresentación de pacientes con piel de color.

Para mejorar esta situación, es necesario fomentar el diseño de ensayos que desde su origen contemplen criterios de inclusión más amplios, reclutamiento activo en comunidades diversas, y reportes estandarizados de datos demográficos. Además, es fundamental promover la formación de profesiona-

les de la salud más sensibles a las diferencias étnico-raciales, y establecer políticas editoriales y regulatorias que prioricen la representatividad. Así, la investigación clínica en dermatología podrá ofrecer resultados más equitativos, aplicables y útiles para toda la población.

Iván Javier Carbajal Almada, R2D.

Miao L, Ma Y, Liu Z et al. Modern techniques in addressing facial acne scars: a thorough analysis. (Técnicas modernas dirigidas al tratamiento de cicatrices de acné: un análisis exhaustivo). *Skin Res Technol.* 2024; 30: e13573. doi: 10.1111/srt.13573.

El acné es una afección inflamatoria crónica que afecta 85% de los adolescentes, puede dejar cicatrices, especialmente en mejillas y frente que repercuten en la imagen física de cada paciente, y en su salud emocional. Las cicatrices más comunes son las atróficas (tipo picahielo, caja y en rollo), aunque también existen cicatrices hipertróficas y queloides. Los tratamientos incluyen métodos no quirúrgicos y quirúrgicos, así como terapias emergentes. Las combinaciones de tratamientos suelen ser más efectivas que los enfoques individuales.

Entre los procedimientos no quirúrgicos se encuentra el tratamiento fotónico, que incluye principalmente el uso de láser y radiofrecuencia para mejorar dichas cicatrices. Existen dos tipos de láser: el ablativo (láser de CO₂), que utiliza calor intenso para eliminar capas de piel y estimular la regeneración de colágeno, el de 10,600 nm, que es el más utilizado y eficaz para tratar cicatrices atróficas, aunque puede causar efectos secundarios temporales, como enrojecimiento y pigmentación. Su eficacia mejora al combinarse con tratamientos como PRP (plasma rico en plaquetas), o células madre. Y el láser fraccionado no ablativo, que crea microzonas de lesión térmica (MTZ), estimulando la regeneración del colágeno sin dañar el tejido circundante; es menos invasivo y tiene menos efectos secundarios; incluye láseres de tinte pulsado (PDL) con longitudes de onda que van de 585 a 600 nm, el Nd:YAG, láser erbium y el láser diodo, efectivos especialmente en cicatrices tipo caja. La combinación con tretinoína mejora los resultados. La radiofrecuencia emplea electrodos que generan lesiones térmicas en capas profundas de la piel, activando los fibroblastos y promoviendo la síntesis de colágeno, lo que favorece la reparación del tejido cicatricial.

Otras opciones no quirúrgicas incluyen el peeling químico, eficaz y seguro para las cicatrices de acné, utilizando ácidos como los alfa hidroxíacidos, el ácido tricloroacético y sus combinaciones para exfoliar la piel, estimular la regeneración celular y promover la producción de colágeno, es ideal para cicatrices superficiales, pigmentación y acné leve, y se pueden emplear técnicas como CROSS para cicatrices más profundas. Son accesibles, de bajo costo, el paciente tiene una rápida recuperación, con buena aceptación, aunque requieren cuidados postratamiento y protección solar.

Además, existen rellenos de piel que requieren inyecciones repetidas, terapia con microagujas (MN), adecuada para pieles oscuras (tipos IV y V) sin causar pigmentación, lo que la hace un tratamiento versátil. También se ha empleado el llamado «levantamiento de hilos», una cirugía mínimamente invasiva con efectividad tardía y riesgos de infección.

Por otro lado, los manejos quirúrgicos incluyen dermoabrasión, que promueve la regeneración celular y la formación de colágeno, eficaz para cicatrices superficiales, presenta riesgos como dolor persistente y cambios de color permanentes; escisión por punch, ideal para cicatrices de tipo picahielo y caja; sin embargo, puede dejar cicatrices residuales; y escisión subcutánea, útil para cicatrices en rollo, consiste en cortar las fibras subcutáneas que tiran de la piel, elevando las cicatrices deprimidas, puede causar hematomas, eritema y pigmentación excesiva, y existe el riesgo de daño nervioso y vascular si no se usan las herramientas adecuadas. Las terapias combinadas han demostrado ser más eficaces que las individuales. Las terapias emergentes incluyen la aplicación de células madre (MSC), factor de crecimiento epidérmico (EGFO), y exosomas, que tienen un gran potencial para mejorar el tratamiento de las cicatrices por acné, con innovaciones que continúan avanzando.

Existen varias opciones efectivas para tratar las cicatrices de acné, y su combinación puede mejorar los resultados. La elección debe adaptarse a las necesidades del paciente, considerando factores como expectativas y costos.

Alba Noemí Moreno Paredes, R2D.

Khan M, Wallace CE, Ahmed F et al. Assessing comparative efficacy of biologics for the treatment of psoriasis with nail involvement: a systematic review. (Evaluación comparativa de la eficacia de los biológicos para el tratamiento de psoriasis con involucro ungueal: una revisión sistemática). J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2024; 9: 61-68. doi: 10.1177/24755303231217491.

La psoriasis ungueal constituye una manifestación clínicamente desafiante y de difícil manejo dentro del espectro psoriásico, caracterizada por ser relativamente refractaria al tratamiento convencional. A pesar de los avances recientes en terapias biológicas dirigidas, la evidencia sobre su eficacia en el compromiso ungueal, es limitada. El presente resumen corresponde a una revisión sistemática que evalúa y compara la eficacia de diferentes agentes biológicos en pacientes con psoriasis ungueal.

Objetivo del estudio

El objetivo principal fue analizar comparativamente la eficacia de fármacos biológicos aprobados para psoriasis y artritis psoriásica (PsA) en pacientes con afectación ungueal, utilizando herramientas validadas como el NAPSI (índice de severidad de psoriasis ungueal) y su versión modificada, mNAPSI, como criterios de evaluación de la respuesta terapéutica.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura conforme a las directrices PRISMA, mediante búsqueda en la base de datos PubMed (hasta noviembre de 2022). Se incluyeron 16 estudios clínicos aleatorizados en fase III o IV, que reportaron resultados específicos en psoriasis ungueal tratados con biológicos. Se excluyeron revisiones, metaanálisis, modelos no humanos y literatura no disponible en idioma inglés.

Se analizaron datos de más de 5,400 pacientes adultos, evaluando el porcentaje de mejoría en NAPSI/mNAPSI respecto

al basal y la proporción de pacientes con NAPSI = 0 el cual es un indicativo de resolución completa de las lesiones ungueales.

Resultados principales (Tablas 1 y 2)

Biológico	Mejoría porcentual media		
	NAPSI (semana 24) %	mNAPSI %	NAPSI = 0 a la semana 24 %
Adalimumab	57.2*	NR	44.6
Guselkumab	52.4	NR	NR
Ustekinumab	55.7	NR	19.4
Ixekizumab	70.5	NR	41.0
Infliximab	57.2	NR	26.2
Etanercept	74.0	NR	31.0
Brodalumab	76.9	NR	31.6
Golimumab	44.0	NR	NR
Risankizumab	NR	54.1	NR
Secukinumab	41.6**	NR	NR
Certolizumab pegol	NR	55.2	NR
Placebo	4.5	33.0	7.8

NR = no reportado.

* El promedio incluye un estudio de 26 semanas (si se excluye: 57.4%).

** Estudio de 16 semanas; resultado a 32 semanas del mismo estudio: 57.9%.

Biológico	Mejoría porcentual media de NAPSI (semana 52) %		NAPSI = 0 a la semana 52 %
	Mejoría porcentual media de NAPSI (semana 52) %		
Brodalumab	83.1		63.8
Ustekinumab	69.0		33.85
Guselkumab	68.1*		NR
Ixekizumab	83.3		57.7
Adalimumab	70.2**		58.8
Placebo	~0.45		NR

NR = no reportado.

* Estudio con duración de 48 semanas.

** El promedio incluye un estudio de 48 semanas (si se excluye: 79%).

Otros agentes biológicos como infliximab, ustekinumab, guselkumab, certolizumab, golimumab y secukinumab también demostraron eficacia, aunque con resultados heterogéneos y/o evidencia limitada.

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática sugieren que ixekizumab, brodalumab y adalimumab se encuentran entre los agentes

biológicos con mayor eficacia terapéutica para el tratamiento de la psoriasis ungueal, destacándose ixekizumab por alcanzar los valores más altos tanto en mejoría porcentual del índice NAPSI como en resolución completa de las lesiones ungueales (NAPSI = 0). Estos hallazgos son consistentes con evidencia previa proveniente de metaanálisis en psoriasis en placas, aunque en estudios anteriores no se había evaluado de forma específica la eficacia sobre el compromiso ungueal.

Cabe señalar que ixekizumab y adalimumab fueron los biológicos más estudiados, con 958 y 865 pacientes, respectivamente, lo que representa aproximadamente 33.7% del total de la muestra analizada. Esta distribución no equitativa en el número de pacientes por fármaco podría constituir una fuente potencial de sesgo, al ponderar los resultados de estos dos agentes frente a otros biológicos menos representados.

Limitaciones

Muchos de los estudios incluidos no se centraron exclusivamente en la afectación ungueal, sino en la psoriasis en placas o artritis psoriásica. No se aplicó ponderación estadística a los promedios, lo que podría sesgar la representación de eficacia relativa. Así mismo, algunos ensayos no informaron significancia estadística. Existió variabilidad metodológica y heterogeneidad en los criterios de inclusión y características basales. La falta de datos sobre uso previo de biológicos en varios estudios imposibilita análisis estratificados.

Conclusión

Pese a sus limitaciones metodológicas, esta revisión aporta información relevante para una selección óptima de terapias biológicas en pacientes con psoriasis ungueal. Se concluye que brodalumab, ixekizumab y etanercept desarrollaron los mayores porcentajes de mejoría en la escala de NAPSI a 24 semanas. Por otra parte, ixekizumab y adalimumab logran las mayores tasas de resolución completa (NAPSI = 0).

Finalmente, esta revisión sistemática muestra las mejores opciones terapéuticas hasta el momento para tratar la psoriasis ungueal y artritis psoriásica, las cuales son de difícil control. Sin embargo, se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados controlados y comparativos para optimizar el abordaje terapéutico.

Lourdes Martínez Ordaz, R2D.

Yoon S, Kim K, Shin K et al. The safety of systemic Janus kinase inhibitors in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. (Seguridad de los inhibidores sistémicos de Janus quinasa en la dermatitis atópica: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024; 38: 52-61. doi: 10.1111/jdv.19426.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con impacto significativo en la calidad de vida. En los últimos años, los inhibidores de Janus quinasa (JAK) han surgido como una opción prometedora para el tratamiento de la DA moderada a grave, especialmente en aquellos pacientes que no responden adecuadamente a las terapias convencionales. Sin embargo, la seguridad de estos fármacos sigue siendo tema de debate y requiere evaluación exhaustiva.

Definición

Los inhibidores de JAK son fármacos inmunomoduladores que bloquean enzimas clave en la señalización de citocinas proinflamatorias involucradas en la patogénesis de la DA. Al inhibir la actividad de las JAK, reducen la inflamación y el prurito. Su uso sistémico requiere evaluación cuidadosa de los posibles eventos adversos.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA) para evaluar la seguridad de los inhibidores de JAK sistémicos en pacientes con DA. Se buscaron estudios relevantes en múltiples bases de datos y se comparó el riesgo de eventos adversos entre los grupos de tratamiento con inhibidores de JAK y placebo.

Discusión

El análisis reveló que el uso de inhibidores de JAK sistémicos se asoció con mayor riesgo de ciertos eventos adversos, como el desarrollo de herpes zoster, cefalea, acné y elevación de la creatina fosfoquinasa en sangre. Sin embargo, no se observó aumento significativo en el riesgo de infecciones graves, cáncer de piel no melanoma, eventos cardiovasculares adversos mayores, ni tromboembolismo venoso. La duración del seguimiento en muchos estudios fue relativamente corta, limitando la evaluación del riesgo a largo plazo.

Conclusión

Los inhibidores de JAK sistémicos son una opción terapéutica valiosa para la DA moderada a grave, pero es fundamental considerar su perfil de seguridad y monitorizar a los pacientes para detectar posibles eventos adversos. Se necesitan estudios a largo plazo para evaluar completamente el riesgo de eventos cardiovasculares y neoplasias malignas. La toma de decisiones clínicas debe basarse en una evaluación individualizada tomando en cuenta el riesgo-beneficio del paciente.

Adriana Sharai Acosta Luna, R2D.