

BIBLIOGRAFÍA

- Zaballos DP, Martín AM, Salsench-Serrano E, Lafuente-Urrez F, et al. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Medicina General*. 2002; 42:188-197.
- Mir Bonafé JM, Fernández-López E, Nieto-González G, Unamuno-Pérez P. Manifestaciones cutáneas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Piel*. 2011;26:451-464.
- Murillo-Medina R, Wong-Rodríguez U. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Rev Hosp Jua Mex*. 2007;74:11-15.
- Palamaras I, Jabbour EJ, Pietropaolo N, Thomson P, et al. Metastatic Crohn's disease: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:1033-1043.
- Saéz-Lázaro M, Martínez-Hernández A, Bendezú-García RA, Rodríguez-Manrique MA, et al. Enfermedad de Crohn metastásica: respuesta a intensificación de tratamiento con adalimumab. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:321-325.
- Ickrath F, Stoevesandt J, Schulmeyer L, Glatzel C, et al. Metastatic Crohn's disease: an underestimated entity. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2021;19:973-982.
- Puerta JD, Álvarez-Díazgranados A, Sarassa-González V, Agudelo-Quintero CC. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Med UPB*. 2021;40: 67-74.
- Sánchez-Ballester R, Sanchís-Sánchez C, Rodrigo-Nicolas B, Valcuende-Cavero F. Enfermedad de Crohn metastásica tratada con ustekinumab. *Actas Dermosifiliogr*. 2021; 112:182-183.
- Blasco-Alonso J, Girón Fernández-Crehuet F, Lendinez-Ramírez MA, Gallego-Gutiérrez S, et al. Metastatic Crohn's disease in pediatrics. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108:598-603.
- Greuter T, Navarini A, Vavricka SR. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Clinic Rev Allerg Immunol*. 2017; 53:413-427.
- Ruiz-Villaverde R, Sánchez Cano D, Pérez-López I, Aneiros-Fernández J. Metastatic Crohn disease. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:171-172.
- Aberumand B, Howard J, Howard J. Metastatic Crohn's disease. An approach to an uncommon but important cutaneous disorder. *Biomed Res Int*. 2017;2017:8192150.
- Schneider SL, Foster K, Patel D, Shwayder T. Cutaneous manifestations of metastatic Crohn's disease. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:566-574.

PERLAS

Carla Minaudo

Médica Asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



TRATAMIENTO COMBINADO CON METOTREXATO Y PREDNISONA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA TOTAL Y UNIVERSAL

Estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, realizado en Francia de 2014 a 2016, en pacientes de 18 a 70 años con alopecia areata total y universal crónica (con al menos 6 meses de evolución). Se incorporaron casos en los que fracasaron los tratamientos tópicos y sistémicos previos, a excepción del metotrexato (MTX). Se incluyeron 89 pacientes y se realizaron dos fases sucesivas de 6 meses cada una. En la primera, los pacientes fueron aleatorizados para recibir tratamiento con MTX 20-25 mg semanales versus placebo de MTX. Los que tuvieron índices de recrecimiento capilar mayores del 25% se mantuvieron con el mismo tratamiento. Aquellos con una respuesta menor del 25% fueron reasignados a MTX + prednisona (20 mg/d durante 3 meses y luego 15 mg/d durante 3 meses) frente a MTX + placebo de prednisona. La duración total del protocolo fue de 12 meses.

Los pacientes fueron evaluados por cuatro expertos internacionales independientes. El objetivo primario fue la respuesta completa o casi completa (RC), entendida como una recuperación del cabello superior al 90% (puntaje SALT < 10) a los 6 meses.

Se observó que el MTX como monoterapia no tuvo una eficacia suficiente. La combinación con dosis bajas de prednisona fue más eficaz y alcanzó la RC hasta en el 31% de los pacientes.

Se documentó el seguimiento de 7 pacientes que habían obtenido RC durante 70,3 meses, 5 de ellos mantuvieron la respuesta con un puntaje SALT entre

40 y 0. Tres pacientes suspendieron el tratamiento y 4 continuaron con una dosis promedio de 8,7 mg de prednisona diarios y 11,6 mg de MTX semanal. El inicio de la respuesta se observó a los 3 meses en los pacientes con la terapia combinada, mientras que hubo un retraso mayor en los que usaron MTX solo. Los autores señalan que los niveles de respuesta fueron comparables con los obtenidos en el estudio de King et al. con el baricitinib.

Joly P, Lafon A, Houivet E, Donnadieu N, et al. Efficacy of methotrexate alone vs methotrexate plus low-dose prednisone in patients with alopecia areata totalis or universalis: a 2-step double-blind randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2023;159:403-410.

TRATAMIENTO DE UNA CICATRIZ HIPOPIGMENTADA CON SOLUCIÓN OFTÁLMICA DE BIMATOPROST AL 0,3% CON MICRONEEDLING Y TACROLIMUS AL 0,1%

Se comunica el caso de una paciente de 32 años, de piel negra, con una cicatriz hipopigmentada en el brazo, de 40 x 15 cm, posterior a una quemadura con agua hirviendo 5 meses antes del inicio del tratamiento.

En primer término, se indicó tacrolimus ungüento al 0,1% una vez por día durante un mes, con el resultado de una hiperpigmentación perifolicular. A partir de ese momento se realizaron 8 sesiones de microneedling y aplicación de solución oftálmica de bimatoprost al 0,3%.

El microneedling se aplicó con un dispositivo manual

motorizado, con una profundidad de 0,25 mm para obtener un petequiado puntiforme. Luego se aplicó la solución oftálmica hasta su absorción y se realizó un segundo ciclo de microneedling. Las primeras 6 sesiones fueron mensuales y las últimas 2, trimestrales.

Al mismo tiempo, la paciente mantuvo el tratamiento con tacrolimus hasta 4 meses después de finalizar el microneedling.

El resultado fue exitoso, con una repigmentación completa.

El bimatoprost, un análogo de las prostaglandinas, se utiliza como tratamiento oftalmológico para el glaucoma de ángulo abierto y en dermatología para la hipopigmentación. Es conocido su efecto adverso de hiperpigmentación de la piel circundante y del iris. Este se relaciona con el aumento de la melanogénesis y la proliferación de melanocitos y sus dendritas debido al efecto proinflamatorio con liberación de prostaglandinas, situación similar a la inflamación con hiperpigmentación resultante de la exposición a la radiación UV. Aprovechando esta reacción adversa, se lo ha empleado como tratamiento fuera de prospecto (*off label*) en pacientes con vitiligo.

Por su parte, se aplicó el microneedling con la finalidad de aumentar la permeabilidad cutánea al fármaco a través de las pequeñas incisiones generadas por esa técnica. Asimismo, los autores comentan que se mantuvo el tacrolimus por su efecto antiinflamatorio para permitir la recuperación y regeneración de los melanocitos.

Nguyen N, Helms J, Conza A, Petty A, et al. Microneedling with bimatoprost to treat hypopigmented skin caused by burn scars. *Cutis*. 2023;111:E31-E33.