

Debido a la rareza del cuadro no hay guías ni consensos sobre el tratamiento en estos pacientes. Se han probado diferentes tratamientos, en su mayoría solo parcialmente efectivos, incluyendo corticoides orales y tópicos, inhibidores de la calcineurina tópicos, melfalán, inmunoglobulinas, rituximab y talidomina, así como fototerapia con PUVA y UVB^{1,6,7}.

En conclusión, la plasmacitosis cutánea es una entidad poco frecuente en caucásicos que suele conllevar un curso crónico y benigno a largo plazo, pero debido al desconocimiento de este proceso patológico se recomienda un seguimiento de estos pacientes⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Honda R, Cerroni L, Tanikawa A, Ebihara T, Amagai M, Ishiko A. Cutaneous plasmacytosis: Report of 6 cases with or without systemic involvement. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68:978–85.
2. López-Gómez A, Salas-García T, Ramírez-Andreo A, Poblet-Martínez E. Cutaneous plasmacytosis in a white man. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:520–2.
3. Kitamura K, Tamura N, Hatano H, Toyama K, Mikata A, Watanabe S. A case of plasmacytosis with multiple peculiar eruptions. *J Dermatol*. 1980;7:341–9.

4. Watanabe S, Ohara K, Kukita A, Mori S. Systemic plasmacytosis. A syndrome of peculiar multiple skin eruptions, generalized lymphadenopathy, and polyclonal hypergammaglobulinemia. *Arch Dermatol*. 1986;122:1314–20.
5. Wagner G, Rose C, Klapper W, Sachse MM. Cutaneous and systemic plasmacytosis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013;11:1161–7.
6. Han XD, Lee SSJ, Tan SH, Chong WS, Ng SK, Ooi MGM, et al. Cutaneous plasmacytosis: A clinicopathologic study of a series of cases and their treatment outcomes. *Am J Dermatopathol*. 2018;40:36–42.
7. Yanaba K, Kajii T, Matsuzaki H, Umezawa Y, Nakagawa H. Cutaneous plasmacytosis successfully treated with narrowband ultraviolet B irradiation therapy. *J Dermatol*. 2016;43:229–30.

P.J. Álvarez-Chinchilla^{a,*}, L. Scheneller-Pavelescu^a, M. Niveiro^b y P. Devesa^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedroalvarezchinchilla@gmail.com (P.J. Álvarez-Chinchilla).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.024>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Uso de los corticoides sistémicos en el tratamiento de la hidradenitis supurativa moderada-grave



Systemic Steroids in the Management of Moderate-to-severe Hidradenitis Suppurativa

Sr. Director:

La hidradenitis supurativa es la inflamación crónica de las glándulas apocrinas cutáneas. Pese a los avances terapéuticos, la respuesta a los diversos tratamientos sigue siendo limitada. Así mismo, la hidradenitis supurativa estará muy relacionada con diversos trastornos de base inmunológica¹. Hasta este momento, el adalimumab es el único fármaco que ha sido aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos para su tratamiento. Por otro lado, a pesar de que se han observado resultados clínicos alentadores, la respuesta de la hidradenitis supurativa al adalimumab sigue siendo subóptima², lo que hace necesario el desarrollo de nuevos tratamientos inmunosupresores. A pesar de que el uso de tratamientos con efecto antiinflamatorio es ampliamente conocido en la hidradenitis supurativa, la utilización de corticoides sistémicos tiene una evidencia escasa, ya que hasta este momento tanto el número de casos³⁻⁵ como de series^{6,7} publicados son limitados. El objetivo del presente estudio fue valorar el uso de los corticoides sis-

témicos como terapia complementaria en las hidradenitis supurativas.

Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo. Los pacientes se recogieron desde la consulta monográfica de enfermedades anexas del servicio de dermatología de un hospital de nivel terciario localizado en Lisboa. Los datos se obtuvieron tanto a partir de la historia clínica electrónica como de la historia clínica en papel. Para considerar a los pacientes como elegibles para este estudio, tenían que haber sido diagnosticados de una hidradenitis supurativa moderada o grave, según los criterios del *International Hidranesitis Suppurativa Severity Score* (IHS4) y, además, tenían que haber sido tratados en al menos alguna oportunidad con un corticoide sistémico. El criterio principal fue el grado de la respuesta clínica, determinado por el *Hidranesitis Suppurativa Clinical Response Score* (HiSCR)⁸. Así mismo, se usaron otras escalas más subjetivas, con las que los propios pacientes hacían la valoración, como el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI) y la escala de calificación numérica del dolor (NRS). Para el análisis estadístico se usó la prueba de rangos de Wilcoxon, estableciendo un nivel de significación de 0,05, y se usó STATA/IC 15.1 (STATA Corp., Texas, EE. UU.).

De los 121 pacientes con diagnóstico de hidradenitis supurativa, 20 (16,5%) cumplieron con los criterios de elegibilidad. De estos, 16 fueron incluidos en el análisis (Tabla 1). Cuatro de los pacientes fueron excluidos debido al escaso cumplimiento o a la pérdida de seguimiento. La mayor parte de los pacientes eran pacientes de sexo femenino (9/16), de

Tabla 1 Datos generales de los pacientes y resultados del uso de corticoides sistémicos de forma complementaria. Todas las valoraciones tienen un valor asignado al pretratamiento, al postratamiento y a un valor delta, los que a su vez están representadas por las letras i (inicial), f (final) y Δ (cambio con el tratamiento), respectivamente

N° de paciente	Sexo	Edad	Años con HS	Razón de inicio	Tratamientos Concomitantes	Dosis PDN mg/Kg	Tiempo de PDN	HiSCR	ISH4 _i	ISH4 _f	Δ ISH4	DLQ _i	DLQ _f	Δ ADLQI	NRS _i	NRS _f	Δ NRS
I	F	59	4	Enfriam. De enfermedad	Doxy	0,47	24	No	43	36	-16%	15	14	7%	8	7,5	-6%
II§	M	48	2	Mejora síntomas	ADA-Doxy	0,46	40	No	56	56	0%	26	20	23%	1	0	-100%
				Mejora síntomas	ADA	0,24	30	No	56	56	0%	20	20	-5%	1	4	-300%
				Enf. Preoperatorio	Erta-penem	0,66	30	Si	56	56	0%	20	21	0%	4	1	-75%
III	M	44	1	Brote agudo	Isotretinoim	0,35	12	Si	6	4	-33%	10	0	-100%	8	0	-100%
IV	M	18	1	Enfriam. De enfermedad	Clind-Rif	0,7	60	Si	12	4	-67%	11	8	-27%	7	1,5	-79%
				Brote agudo	ADA	0,24	30	Si	4	4	0%	4	2	-50%	1	0	-100%
V	M	58	1	Brote agudo	Clind-Rif	0,28	60	Si	4	4	0%	4	1	-75%	2	1,5	-25%
VI	F	24	0	Enfriam. De enfermedad	ADA-Doxy	0,57	60	No	17	17	0%	11	12	-9%	6,5	6,5	0%

Tabla 1 (continuación)

N° de paciente	Sexo	Edad	Años con HS	Razón de inicio	Tratamientos Concomitantes	Dosis PDN mg/Kg	Tiempo de PDN	HiSCR	ISH4 _i	ISH4 _f	ΔISH4	DLQ _i	DLQ _f	ΔADLQI	NRS _i	NRS _f	ΔNRS	
VII	M	58	5	Enfriam. De enfermedad	Clind-Rif	0,33	54	Si	16	10	-38%	16	12	-25%	6,5	4,5	-31%	
VIII	F	44	19	Enfriam. De enfermedad	Acitretin	0,29	10	Si	20	8	-60%	8	5	-38%	0	0	0%	
IX	F	46	31	Brote agudo	ADA	0,5	29	No	4	2	-50%	8	8	0%	25	23	-8%	
X	M	58	30	Enfriam. De enfermedad	Doxy	0,5	30	Si	31	24	-23%	23	17	-26%	5	2	-60%	
XI	F	49	3	Enfriam. De enfermedad	ADA	0,47	90	Si	46	35	-34%	8	1	-88%	4	2	-50%	
XII	M	67	2	Brote agudo	ADA	0,42	15	Si	8	8	0%	9	11	-22%	7	0	-100%	
XIII	F	21	1	Enfriam. De enfermedad	IFX-Doxy	1	60	Si	6	2	-37%	3	3	0%	10	0	-100%	
XIV	M	28	2	Enfriam. De enfermedad	ADA-Doxy	0,72	70	Si	14	12	-14%	16	10	-38%	4,5	1	-78%	
XV	F	32	16	Enfriam. De enfermedad	Doxy	0,28	29	No	24	24	0%	19	19	0	7	5	-29%	
XVI§	F	54	2	Enfriam. De enfermedad	Primer ciclo terapéutico	Doxy	0,37	35	Si	4	4	0%	24	22	-8%	7	5	-29%
					Segundo ciclo terapéutico	Enf. Preoperatorio	Doxy	0,37	15	Si	4	0	100%	22	0	-100%	5	0

* Todos los puntajes (IHS4, DLQI y NRS) y sus respectivos Δ están representados por valores medios. Todos los cambios fueron estadísticamente significativos (prueba de rangos de Wilcoxon, p <0.05)

§ Los pacientes II y XV solo tenían fístulas con drenaje activo. Se consideró que cumplían el HiSCR a pesar de la ausencia de cambios en el IHS4, ya que el tratamiento con PDN condujo a una reducción clínicamente significativa de la supuración, la carga inflamatoria y de la gravedad general de la enfermedad.

HS - Hidradenitis supurativa; PDN - prednisolona; Preop - Preoperatorio; Sint - Sintomático; ADA - Adalimumab; Doxy - Doxiciclina; Clind-Rif - Clindamicina - Rifampicina; IFX - Infliximab



Figura 1 Pretratamiento (i) y postratamiento (f) con corticoides sistémicos complementarios. Se observó un cambio estadísticamente significativo tanto en el IHS4 como en las valoraciones realizadas por los pacientes (prueba de rangos de Wilcoxon, $p < 0,05$).

raza caucásica (15/16), tenían una edad media de 45 años (18-67) y una duración media de la enfermedad de 7,5 años (1-31). En la mayor parte de los pacientes se diagnosticó una enfermedad considerada como grave (10/16; mediana IHS4 de 15).

En total se pautaron 20 ciclos de corticoides sistémicos complementarios (3 de los pacientes recibieron más de un ciclo). Los corticoides sistémicos se pautaron para el «enfriamiento de la enfermedad» (11), para el manejo de los brotes agudos (5), para el alivio sintomático (2) o para el «enfriamiento preoperatorio» (2). La mediana de la dosis máxima de prednisolona fue de 0,44 mg/kg (0,28-1) y la duración media fue de 30 días (10-90). Los corticoides sistémicos se usaron principalmente en combinación con doxiciclina (9 ciclos), seguida del adalimumab (8 ciclos). La mayoría de los ciclos (14/20, 70%) alcanzaron el HiSCR. Los que no lo hicieron eran sobre todo aquellos pacientes que tenían una mayor actividad inflamatoria de la enfermedad (con una mediana del IHS4 de 33,3 en aquellos que no habían respondido al corticoide frente a una mediana de 10 en aquellos que sí habían respondido). La mediana de IHS4 se redujo en un 40% ($p = 0,0012$) (fig. 1). Se observó una mejoría significativa en todas las valoraciones realizadas por los propios pacientes: la mediana del dolor NRS y el DLQI se redujeron un 74% ($p = 0,0007$) y un 19% ($p = 0,003$), respectivamente. Tres de los pacientes tuvieron un notable empeoramiento de la enfermedad poco después de haber suspendido los corticoides sistémicos. En ningún caso fue necesario interrumpir el tratamiento, ni tampoco se objetivó ningún evento adverso resaltable.

A pesar de que hasta en el 1% de las consultas por hidradenitis supurativa será necesario prescribir corticoides sistémicos⁹, los estudios acerca de su utilización en esta enfermedad siguen siendo escasos. Hasta donde tenemos conocimiento, esta es la serie más amplia en la que se ha evaluado el uso de los corticoides sistémicos como una terapia complementaria en la hidradenitis supurativa. Nuestros resultados señalan que la indicación de una pauta por un corto o un mediano plazo podría ser beneficiosa para controlar de manera rápida los brotes dolorosos inflamatorios, al permitir que los tratamientos convencionales actúen y lograr un control adecuado de la enfermedad de base. Previamente, el uso de dosis bajas de corticoides sistémicos por largos periodos de tiempo había demostrado ciertas ventajas en el manejo de la hidradenitis supurativa⁷. Sin embargo,

se deben tener en cuenta los efectos secundarios que se pueden desarrollar por el uso crónico de los corticoides sistémicos. Así mismo, se ha postulado que la presencia de una inflamación crónica aumentará el riesgo del desarrollo de complicaciones posoperatorias¹⁰. En esta serie, 2 de los pacientes fueron tratados preoperatoriamente con corticoides sistémicos con resultados favorables, por lo que se podría postular que estos corticoides podrían ser de gran utilidad si se requiere un «enfriamiento preoperatorio» de la hidradenitis supurativa.

En conclusión, es probable que los pacientes con una hidradenitis supurativa de intensidad de moderada a grave se beneficien del tratamiento complementario con corticoides sistémicos tanto para el control de la enfermedad como para el manejo preoperatorio. Debido a las limitaciones del presente estudio, sobre todo en relación con el diseño retrospectivo y el tamaño limitado de la muestra, creemos que sería necesario un ensayo controlado con placebo para determinar de una manera más clara el papel de los corticoides sistémicos en el manejo antiinflamatorio de la hidradenitis supurativa.

Bibliografía

1. Saunte DM, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa advances in diagnosis treatment. *JAMA*. 2017;318:2019–32, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.16691>.
2. Kimball A.B., Okun MM, Williams AD, Gottlieb AB, Papp KA, Zouboulis CC, et al. Two phase 3 trials of adalimumab for hidradenitis suppurativa. *N Engl J Med*. 2016;375:422–34, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1504370>.
3. Fearfield LA, Staughton RC. Severe vulval apocrine acne successfully treated with prednisolone and isotretinoin. *Clin Exp Dermatol*. 1999;189–92.
4. Norris J, Cunliffe W. Hidradenitis suppurativa: Response to oral steroids. *Br J Dermatol*. 1986;96.
5. Camisa C, Sexton C, Friedman C. Treatment of hidradenitis suppurativa with combination hypothalamic-pituitary-ovarian and adrenal suppression. A case report. *J Reprod Med*. 1989;543–6.
6. Danto J. Preliminary studies of the effect of hydrocortisone on hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol*. 1958;31:299–300.
7. Prado G, Amore PD, Florez-white M. Low-dose systemic corticosteroid treatment for recalcitrant hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2019;75:3–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.06.001>.
8. Kimball A, Ganguli A, Fleischer A. Reliability of the hidradenitis suppurativa clinical response (HiSCR) in the assessment

of patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2018. Epub ahead. doi:10.1111/jdv.15163.

9. Davis SA, Lin H, Balkrishnan R, Feldman SR. Hidradenitis suppurativa management in the United States: An analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and MarketScan Medicaid Databases. *Ski Appendage Disord*. 2015;1:65-73, 10.1159/000431037.
10. Ruan QZ, Chen AD, Singhal D, Lee BT, Fukudome EY. Surgical management of hidradenitis suppurativa: Procedural trends and risk factors. *J Surg Res*. 2018;229:200-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2018.04.007>.

B. Duarte*, N. Cunha, A. Lencastre y J. Cabete

Servico de Dermatología, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalario de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: brunoduarte@campus.ul.pt (B. Duarte).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.030>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Terapia fotodinámica con luz de día en el tratamiento de la queilitis actínica



Actinic Cheilitis Treated With Daylight Photodynamic Therapy

Sr. Director:

La queilitis actínica (QA) es una patología crónica premaligna que afecta generalmente al labio inferior y que se considera el equivalente de las queratosis actínicas en la piel¹⁻³. Se han postulado múltiples tratamientos para la QA, no siendo ninguno de ellos definitivo. La terapia fotodinámica (TFD) con luz de día es una terapia ampliamente empleada en el tratamiento de las queratosis actínicas que ha demostrado unas tasas de efectividad similares a la TFD convencional, ocasionando un dolor nulo o mínimo^{4,5}. El objetivo de nuestro estudio fue describir nuestra experiencia en cuanto a la eficacia y la seguridad del tratamiento con TFD con luz de día de la QA. Entre mayo y octubre de 2018 se trataron seis pacientes. Tras un curetaje suave se les colocó un rollo de algodón en la mucosa labial interna para exponer el labio inferior y se les aplicó una cantidad suficiente de crema de aminolevulinato de metilo y, sin oclusión, se recomendó exposición a la luz del día ambiental durante dos horas. El resto de la piel se protegió con un protector solar FPS 50+. Tras las dos horas de exposición, se lavó la zona tratada y se aplicó FPS 50+ en el labio. Se realizó otra sesión a las dos semanas y se revisó a los pacientes a los dos meses (figs. 1 y 2). Se evaluó a los pacientes mediante una escala clínica (superficie afecta y respuesta completa/parcial/no respuesta) y una escala EVA para el dolor. Las características de los pacientes tratados y los resultados del tratamiento están recogidos en la tabla 1. Cuatro de los pacientes (67%) mostraron una respuesta completa y dos una respuesta parcial con una reducción media de la superficie afecta de un 58,3%. El resultado medio en la escala de dolor fue de 0,5 sobre 10.

La QA es una entidad premaligna con una razón de transformación en carcinoma espinocelular (CE) de un 16,9% y un riesgo relativo de un 2,5 en la aparición de éste^{1,2}. Además, estos CEs tienen una tendencia cuatro veces mayor a desarrollar metástasis ganglionares que los que se desarrollan en piel^{6,7}. La exposición crónica a la radiación ultravioleta

es el principal factor de riesgo implicado en la aparición de la QA junto con el tabaco y el alcoholismo³. Se ha utilizado múltiples tratamientos para la QA, como son los métodos ablativos: crioterapia, tratamiento con láser CO₂, la extirpación quirúrgica parcial o la bermellectomía y los tratamientos tópicos como el imiquimod o el 5-fluoracilo^{3,8}. Por otro lado, las queratosis actínicas son el equivalente a nivel cutáneo de la QA³ y en ellas también se han empleado múltiples tratamientos similares a los anteriores añadiendo como alternativa la TFD con luz de día. Esta técnica consiste en la aplicación de una sustancia fotosensibilizante (MAL/5-ALA) que es activada mediante la exposición a la luz de día ambiental (luz visible) sin necesidad de oclusión previa ni exposición a luz roja procedente de lámpara como ocurría en la TFD convencional⁴. La TFD con luz de día se ha asociado a tasas de efectividad similares a la TFD convencional (tasa de aclaramiento de un 70-93% a los tres meses tras una sola sesión^{4,5}) siendo mucho mejor tolerada al no conllevar dolor o ser éste mínimo⁴. En la QA también se ha empleado la TFD convencional (15 estudios previos)³ arrojando una respuesta clínica media del 60,25% y un 47,4% de aclaramiento histológico³. El dolor intenso durante el tratamiento fue el principal efecto secundario, que requirió la administración de analgesia oral o de anestesia local³. La TFD con luz de día en QA se ha empleado en número menor de ocasiones, encontrando en la literatura solo dos estudios^{8,9} y una descripción de dos casos¹⁰. Fai D et al.⁸ trataron a 10 pacientes con QA con TFD con luz de día con aminolevulinato en crema obteniendo una remisión total del área afecta en el 70% de los pacientes a los tres meses y que se mantuvo en el 50% de ellos a los 6-12 meses de seguimiento final. Todos los pacientes mostraron remisión parcial mantenida hasta el final del seguimiento. En otro estudio trataron 11 pacientes obteniendo una tasa de curación del 91%⁹ y los dos casos aislados descritos se curaron por completo tras el tratamiento¹⁰. En ningún caso se comunicaron efectos adversos. Nuestros resultados son muy similares a los descritos anteriormente en la literatura. Todos los pacientes experimentaron una mejoría del área afecta inicial, apreciándose una resolución completa en el 67% de los pacientes. Estos resultados superan a los obtenidos con otros tratamientos médicos como 5-FU (aclaramientos clínicos en el 30-40% de los pacientes)³ y son similares a los de imiquimod 5% crema³ (40-100%). Tampoco se detectaron efectos secundarios más allá de molestias leves, siendo los resultados obtenidos para la escala EVA para el dolor (0-10)