

Evaluación de adapalene en gel para el tratamiento de queratosis actínicas y léntigos: Un estudio al azar (Assessment of adapalene gel for the treatment of actinic keratoses and lentigines: A randomized trial). Kang S, Goldfarb M, Weiss J, Metz R, Hamilton T, Voorhess J, Griffiths Ch. J Am Acad Dermatol 2003; 49 (1): 83-90

Antecedentes. El adapalene es un retinoide sintético con una eficacia clínica contra el acné y con una tolerancia adecuada. Sin embargo, sus efectos en las queratosis actínicas y léntigos no han sido evaluados. En este estudio se plantea la hipótesis de que, así como el adapalene comparado con la tretinoína en el tratamiento del acné, también podía mostrar los mismos efectos que la tretinoína en el tratamiento de las queratosis actínicas y los léntigos, pero con menor irritación.

Objetivos. Evaluar la eficacia y la seguridad en el uso de adapalene en gel para el tratamiento de queratosis actínicas y léntigos.

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo controlado al azar en dos centros, con noventa pacientes con queratosis actínicas y léntigos que fueron tratados diariamente por nueve meses con adapalene al 0.1%, 0.3% o vehículo en gel. En un inicio (cuatro semanas) se utilizó una vez al día y posteriormente dos veces al día.

Resultados. De los noventa pacientes (69 M y 21 F con una edad media de 63.1), 83 completaron el tratamiento de nueve meses. Con adapalene en gel las queratosis actínicas disminuyeron en 0.5 ffl 0.9 al 0.1%, y 1.5 ffl 1.3 al 0.3%. Después de un mes, los pacientes tratados con adapalene mostraron aclaramiento de los léntigos. A los nueve meses, 57% y 59% mostraron lesiones más claras con adapalene al 0.1% y 0.3%, respectivamente.

En cuanto a la histología, los pacientes mostraron reducción de la atipia celular y en la melanina epidérmica al utilizar adapalene; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En las fotografías estudiadas retrospectivamente se encontró una mejoría en el fotodaño en pacientes tratados con adapalene.

Conclusiones. El uso de adapalene en gel 0.1% y 0.3% fue bien tolerado y mostró mejoría en las queratosis actínicas y léntigos, así como en la piel fotodañada.

Marcia Karma Orantes. 

Uso de 5-FU intralesional en fibrosis subcutánea (Intralesional use of 5-FU in subcutaneous fibrosis). Blugerman G, Schavelzon D, Dreszman R, J Drugs Dermatol 2003; 2: 169-171

El 5-FU es un medicamento citostático, antimetabólico, que inhibe la formación de DNA. Es potencialmente tóxico para el epitelio displásico, y por lo tanto se ha utilizado en el tratamiento de varios tipos de cáncer.

Tópicamente se ha aplicado para tratar lesiones en piel y mucosas premalignas y malignas. Inicialmente fue utilizado como antifibrótico (en 1960, en oftalmología) para prevenir cicatrices en postoperados de glaucoma y recurrencias en cirugía de pterigión; posteriormente fue utilizado por Fitzpatrick en el tratamiento de cicatrices hipertróficas y queloides.

Se ha probado en laboratorio que el 5-FU reduce escasamente la producción de colágeno en fibroblastos normales, pero produce una reducción drástica en los fibroblastos alterados, como en la enfermedad de Dupuytren actuando en el gen y controlando la cantidad de proteína o el mensajero. También interactúa en la capacidad de crecimiento del factor TGF-1 para estimular la producción de colágeno.

Se aplicó en tejido fibroso postquirúrgico o no quirúrgico como posterior a cirugía abdominal, cicatrices por cirugía oncológica, en fibrosis por aplicación de sustancias se relleno, por inyecciones de medicamentos, por quemaduras de tercer grado, y en cicatrices retráctiles de acné. La técnica consistió en la aplicación de una mezcla intralesional de 0.9 ml de 5-FU 50 mg/ml, y 0.1 ml de triamcinolona 20 mg/ml en dosis inicial de 3 ml; en algunos casos, y dependiendo de la región a tratar, una dosis de 0.3 ml fue suficiente.

Los cambios fueron notorios, mejorando la dureza de las lesiones, pérdidas de volumen y retracción. No hubo recidivas y todos los pacientes tuvieron mejoría parcial o total.

Es considerado un tratamiento exitoso para las fibrosis subdérmicas o subcutáneas, así como otros tipos de retracciones o deformidades, ya que mejora las lesiones reduciendo la producción de colágeno y ayudando a la reorganización de fibras cicatrizales.

Estrada. 

Un estudio clínico, prospectivo, aleatorio, doble ciego, que compara un complejo blanqueador de la piel con hidroquinona contra placebo en el tratamiento para el melasma. (*A clinical, prospective, randomized, double-blind trial comparing skin whitening complex with hydroquinone vs. placebo in the treatment of melasma*). Lima A, Matos LF, Brunstein F. Int J Dermatol 2003; 42: 153-156

El melasma es muy frecuente y afecta a todas las razas; predomina en mujeres en un 90% de los casos; influyen el embarazo, el uso de anticonceptivos y otros factores como los genéticos, la exposición a rayos UV, los cosméticos, los medicamentos fototóxicos y anticonvulsivos.

Todos los tipos de melasma tienen un aumento en la cantidad de melanocitos y en la actividad celular. Se clasifica en epidérmico, dérmico, mixto e indeterminado. El tratamiento es un reto, no hay estándar de oro, son frecuentes las recidivas. Hay principios básicos: uso de bloqueadores, inhibición de actividad de los melanocitos, remoción de melanina, dispersión de los gránulos de melanina.

La hidroquinona es un hidroxifenol que bloquea la síntesis de melanina por inhibición de la tirosinasa, es el agente despigmentante de elección.

El complejo blanqueador de la piel (CBP) es un producto de origen francés, contiene extracto de uva ursi; provoca decoloración química de la melanina y compite con tirosinasa, *Aspergillus* fermentado que quela el cobre (esencial para la actividad de la tirosina); extracto de uva rico en ácido málico y cítrico (acción exfoliante), remueve las células pigmentadas de la epidermis; extracto de arroz rico en oligosacáridos con una función hidratante. El CBP ha sido eficaz *in vitro*. Hay concentraciones de 2 a 5%.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del CBP comparado con la hidroquinona y placebo en el tratamiento del melasma. Se estudiaron treinta pacientes de 38 a 56 años de edad, separados en dos grupos al azar. Al grupo 1 se le administró hidroquinona al 4% en una mejilla y placebo en la otra; al grupo 2 se le administró CBP 5% para una mejilla y placebo para la otra. Se les administró bloqueador solar con un factor de protección solar del 25 a todos los pacientes. Se evaluaron después de tres meses. Hubo una mejoría general de 72%. Los dos grupos se evaluaron por separado; el 1 tuvo una mejoría de 76.9% y el 2 de 66.7% con

una $p = 0.673$, que no es estadísticamente significativa. El grupo 1 presentó 25 % de efectos adversos, principalmente prurito. La mejoría de CBP y la hidroquinona fue similar, por lo que es comparable su eficacia; no tuvo efectos adversos. Aunque la hidroquinona es efectiva en tipos de piel IV a VI, se usa poco debido a la leucodermia en confeti o destrucción definitiva de los melanocitos, por lo que el CBP puede ser una alternativa de tratamiento.

Marisol Carrillo C. 

Tratamiento de las alopecias areatas extensas con bolos de metilprednisolona: Estudio abierto con 66 pacientes. (*Traitement des pelades étendues par bolus de méthylprednisolon: étude ouverte de 66 malades*). Assouly P, Reygagne P, Jouanique C *et al.* Ann Dermatol Venereol 2003; 30: 326-330

La alopecia areata (AA) es de difícil tratamiento. El objetivo de este estudio fue precisar las mejores indicaciones de los bolos de glucocorticoides. Se incluyeron pacientes de 9 a 60 años: 47 con AA en placas extensas, 8 con AA decalvante total, 8 con AA universal, 3 con AA ofiásica.

Los pacientes recibieron 500 mg de metilprednisolona intravenosa al día por tres días consecutivos (niños 5 mg/kg/d). Los bolos eran repetidos a las 4,8 semanas. Se repetía la serie de bolos dependiendo de la respuesta. El criterio de evaluación era el porcentaje de pelo crecido a los 3 y a los 6 meses. Los resultados mostraron que las AA ofiásicas no presentaron crecimiento de pelo. Una buena respuesta (superior a 80%) fue obtenida en el 25% de las AA universales (recaída en 50% de los pacientes). En las AA decalvantes se obtuvo una buena respuesta en 50% de los casos y se mantuvo en 75% de los pacientes. En la AA de placas extensas se obtuvo una buena respuesta en 63.8% de los pacientes (90.5% si era el primer episodio de menos de tres meses de evolución). Este estudio permite precisar la mejor indicación del tratamiento con bolos de metilprednisolona: primer episodio, reciente, de AA en placas extensas.

Caroline Chanussot. 

Fototerapia con UVB banda angosta vs. 8-MOP UVA para el tratamiento de psoriasis crónica en placas (Narrowband UV-B (TL-01) phototherapy vs. 8-MOP UVA for the treatment of chronic plaque psoriasis). Marham T, Rogers S, Collins P. Skin And Cancer Hospital, City of Dublin, Ireland. Archives of Dermatology, Vol. 139, marzo 2003

El artículo describe un estudio comparativo aleatorio realizado en el Hospital de Piel y Cáncer de la ciudad de Dublín, Irlanda, en el cual se compara el uso de UVB de banda angosta con PUVA en el tratamiento de la psoriasis en placas.

Se reclutó a 54 pacientes, de los cuales 45 terminaron el estudio. Como requisito se eligió a pacientes subsecuentes del servicio que padecieran psoriasis crónica en placas de por lo menos 8% de extensión. Dichos pacientes recibieron tratamiento dos semanas antes del estudio, y en caso de estar recibiendo fototerapia no debían aplicársela cuatro meses antes del estudio. Entre los criterios de exclusión constaban pacientes menores de 16 años, con enfermedad hepática o renal, fotosensibilidad, terapia sistémica activa para psoriasis ocho semanas previas al estudio.

Los pacientes fueron puestos en dos grupos de control, uno con terapia UVB y otros con PUVA. La UVB era administrada tres veces por semana y se ajustaban dosis cada mes, dependiendo de la cantidad de radiación que padecieran y del grado de eritema postirradiación. Por otro lado, a los pacientes PUVA se les administraba dos horas antes de la exposición a UVA, un psoraleno que podía ser 10 mg de deltapsoaleno, y en el caso de intolerancia al mismo, 5MOP (20 mg de pentadora). Se administró UVA dos horas después de la ingestión de psoralenos y dos veces por semana. En ambos grupos las dosis dependía del tipo de piel.

Los resultados mostraron una significancia estadística en el uso de PUVA vs. UVB con valor p de 0.3, mientras que no hubo significancia estadística en el número de días requeridos para aclarar las lesiones o días de remisión de ambos grupos. Los efectos adversos fueron los mismos en ambos grupos, exceptuando la presencia de náuseas en el grupo tratado con PUVA. Fue un estudio muy limitado en cuanto al número de pacientes, puesto que el reclutamiento no alcanzó la meta deseada, que era de cien.

Dra. Sonia Barrezueta Chea. 

Protección contra los rayos UV utilizando una combinación de antioxidantes tópicos, vitamina C y vitamina E. *UV photoprotection by combination topical antioxidants, vitamin C and vitamin E.* Lin Jing-Yi, Selim A, Shea Ch, Grichnik J, Omar M, Monteiro-Riviere N y Pinnell S. J Am Acad Dermatol 2003; (6): 866-874

Antecedentes

Todas las plantas y animales se protegen contra los RUV utilizando vitamina C y E. La piel utiliza la vitamina C para proteger el medio acuoso y la vitamina E para proteger el medio lipídico. El hombre no tiene la capacidad de producir vitamina C, por lo que es necesario que la consuma o se la aplique.

Objetivo

Establecer si el uso conjunto de vitaminas C y E tópicos es mejor para la protección contra los RUV que el uso de estas vitaminas aisladas tópicamente.

Métodos

Se desarrolló una solución acuosa estable con L-ascórbico al 15% y α -tocoferol al 1%, que se aplicó durante cuatro días a cerdos blancos Yorkshire. Estos cerdos se irradiaron con un simulador solar tanto en piel sin solución como en piel con solución acuosa. El día cinco se midió el factor de protección antioxidante, el eritema, la cantidad de *sunburn cells* y la formación de dímeros de timina.

Resultados

La combinación de vitaminas C y E produjo una protección significativa contra el eritema y la formación de *sunburn cells*. A pesar de que el uso individual de vitaminas C y E también confiere protección, en conjunto sinergizan sus efectos.

La aplicación por cuatro días seguidos produjo una protección progresiva cuatro veces mayor. También se produjo menor formación de dímeros de timina.

Conclusiones

Se observó una notable fotoprotección con la combinación de vitaminas C y E tópicos, por lo que se sugiere que se utilicen junto con los fotoprotectores para proteger contra cáncer y fotodaño.

Marcia Karam Orantes. 