

Revisión de libros y revistas

Flageul B. La dapsona: Ancien anti-bacillaire. Nouveaux effects secondaires.

Acta Leprologica 1998; 11: 1.

La dapsona es el primer antibiótico realmente eficaz contra el bacilo de Hansen. Utilizado después de los años 40, la mayoría de los efectos secundarios indeseables han sido prontamente conocidos: se trata de efectos tóxicos dependientes de la dosis como anemia hemolítica y metahemoglobinemia, y de efectos que no son dosis dependientes como leucopenia agranulocitosis, hepatitis, síndrome nefrótico y síndrome de hipersensibilidad.

Otros efectos secundarios han sido reconocidos más tardíamente. Es así como la neuropatía ligada a la dapsona fue reconocida hasta después de los años 80. Esta neurotoxicidad de la dapsona, dosis-dependiente, presenta un cuadro de polineuritis predominantemente en las extremidades inferiores, que inicia con alteraciones motoras y puede ser sensitiva o motriz, más o menos reversible de acuerdo a la prontitud con que se retire la dapsona. Esto podría explicar la mejoría que presentan algunos pacientes ancianos al suspender la dapsona, tras muchos años de haberla consumido.

El síndrome de hipersensibilidad a la dapsona suele abarcar manifestaciones cutáneas, como linfadenopatía y signos biológicos: eosinofilia, monocitosis y hepatitis citolítica.

En este número, los autores reportan un caso raro de hipersensibilidad a la dapsona que presenta una neumopatía con eosinófilos (Síndrome de Löeffler) sin manifestaciones cutáneas. Este es un cuadro excepcional, caso único publicado que puede ser confundido con una neumopatía de origen parasitario, y su aparición exige el cese inmediato de la dapsona.

Dr. José Jesús Trejo Ruiz.
RII Dermatología.

Sapuppo A, Micali G, Lacarrubba F. Patología Dermatológica ano-perianale.

G Ital Dermatol Venereol 1998; 133: 119-133.

La patología de la región anal y perianal presenta una gran dificultad diagnóstica, por su semejanza morfológica

y además porque existen condiciones locales como la humedad, la fricción y la presencia de materia fecal que cambia todo el cuadro clínico en determinadas patologías. En la región anal y perianal se presenta patología infecciosa bacteriana por *Proteus*, *E. coli*, *Pseudomonas*, o bien por *S. aureus*. Infecciones micóticas como la clásica candidosis. Infecciones virales como el herpes zoster. Otras patologías presentes en esta región son las dermatitis por contacto alérgicas (p. ej. fármacos tópicos) e irritativas (p. ej. jabones, desodorantes). La dermatitis atópica, el eritema polimorfo, el liquen en todas sus variedades y algunas neoplasias, son otras dermatosis, así como la dermatitis por pañal, la dermatitis estreptocócica perianal manifestada por eritema, exudado perianal y dolor al defecar; la gangrena de Fournier ocasionada por *Bacteroides fragilis*, estreptococo del grupo A, afecta la región perianal y perineo con alta mortalidad. La amiloidosis cutánea, fistula y quiste pilonidal, hemorroides, lesiones traumáticas, también se presentan en esta región.

Los sitios predilectos de manifestación de enfermedades de transmisión sexual son la región anal y perianal. Dentro de este grupo se menciona los condilomas acuminados, las sifílides, la proctitis gonocócica, linfogranuloma venéreo y herpes simple entre otros. La región del gran pliegue cutáneo está constituida por el surco interglúteo, el pliegue inguinal y glúteo-femoral. En este sitio encontramos psoriasis invertida como una placa eritemato-escamosa, brillante; el intertrigo por *Candida*, eritrasma por *Corynebacterium*, algunas enfermedades ampollosas como el pénfigo vegetante, pénfigo benigno familiar, enfermedad de Darier. Otras son: acantosis nigricans y patología inflamatoria y neoplásica de las glándulas sudoríparas apocrinas.

La parte terminal del aparato digestivo también provoca algunas enfermedades cutáneas como la tuberculosis, amibiasis, oxiuriasis, enfermedad de Crohn, entre otros.

La gran diversidad morfológica obliga al clínico a realizar un interrogatorio y una exploración completa, apoyados siempre en exámenes de laboratorio e histopatológicos.

Dra. Olivia Lugo.
RIII Dermatología.

Schissel DJ. Elston DM. Topical 5-fluorouracil treatment for psoriatic trachyonychia.

Cutis 1998; 62: 27-28.

La psoriasis es tal vez la patología que más frecuentemente se asocia con patología ungueal. La afectación de la uña varía dependiendo de los sitios involucrados por la psoriasis, así tenemos pits, acanalamiento, muescas, etc. Se producen por un daño directo de la psoriasis a la matriz ungueal, mientras que la hiperqueratosis subungueal y la onicólisis distal se deben a las alteraciones en el lecho ungueal. No existe tratamiento efectivo para la traquioniquia así como de otras manifestaciones cutáneas ocasionadas por la psoriasis. Entre los tratamientos probados están la fototerapia, las radiaciones, esteroides tópicos e inyectados y otros agentes de uso sistémico.

Se presenta el caso de mujer de 48 años con historia de 12 años con distrofia de las 20 uñas. Entre sus antecedentes están diabetes mellitus tipo II y asma; ambos controlados con medicamentos. La paciente presentaba leuconiquia en placas, gran cantidad de pits, onicólisis distal con hiperqueratosis subungueal y hemorragias en astilla proximales. El estudio micológico con hidróxido de potasio fue negativo. Se realizó diagnóstico de psoriasis ungueal, y se indicó un esteroide tópico por ocho semanas sin éxito. Se indicó posteriormente el tratamiento con 5-fluorouracilo tópico en crema al 5% durante 20 minutos y posterior lavado, alternando los días de aplicación.

Después de dos semanas se modificó el uso a cada cuarto día debido a la presentación de irritación periungueal. Se notó una mejoría clínica y funcional después de 16 semanas de tratamiento. Actualmente se mantiene con el mismo tratamiento una vez por semana.

La afección ungueal se observa hasta en un 50% de los pacientes con psoriasis incluso sin lesiones dermatológicas, la alteración más frecuente son los pits, seguido por la decoloración del lecho ungueal en «gota de aceite», onicólisis, hiperqueratosis subungueal y hemorragias en astilla. El primero en describir el uso de 5 FU tópico en la distrofia ungueal psoriásica fue Fredricksson en 1974, reportó el beneficio obtenido en un paciente que usó 5 FU tópico en solución al 1% durante seis meses sin oclusión. Posteriormente Fritz reportó 114 pacientes con mejoría del 50% con el uso de 5 FU tópico en solución al 1% dos veces por día. Nosotros usamos 5 fluorouracilo tópico en crema al 5% pero sólo en una paciente. Esperamos utilizarlos en más pacientes.

Dr. Moisés Laureano Lazcano.
RIII Dermatología.

Navarro-Porro et al. Topical azelaic acid therapy for palpebral lesions of melanoma in situ (lentigo maligna) and for melanoma in situ progressed to invasive melanoma. A report on four cases.

G Ital Dermatol Venereol 1998; 133:79-85.

Existe un número importante de tratamientos para el lentigo (melanoma maligno *in situ*), incluyendo la excisión quirúrgica con margen de seguridad, cirugía micrográfica de Mohs o bien, mediante inmuno-peroxidasa, criocirugía o radioterapia. El ácido azelaico ha demostrado tener un efecto citotóxico y anti-proliferativo sobre la hiperactividad y malignidad de las células proliferativas en estas entidades sin embargo esta terapia no ha tenido un soporte adecuado debido a que el tratamiento quirúrgico es el de elección y existe dificultad para aceptar que el tratamiento tópico puede ser efectivo o éticamente justificado. Los autores consideran la terapia con ácido azelaico como apropiado para casos de melanoma *in situ* por varias razones como son: edad del paciente, tamaño y situación de la lesión, rechazo del paciente a la cirugía, o como opción en el tratamiento de recaídas postcirugía.

Casos reportados. Caso 1.- Mujer de 63 años de edad con neoformación café negro de 3 x 3 cm, localizada a la porción lateral del párpado inferior derecho, de cinco años de evolución. La paciente solicita manejo tópico y se aplica ácido azelaico al 20% crema dos veces al día por seis meses presentando regresión completa de la lesión, corroborada clínica e histológicamente; con seguimiento normal por nueve años.

Caso 2.- Mujer de 30 años de edad con neoformación café negra de 2.5 x 2.5 con áreas exofíticas negras de 0.7 mm en la región infraorbitaria izquierda, con diagnóstico de melanoma. Considerando la topografía y la morfología de la lesión se decidió el tratamiento tópico con ácido azelaico al 20% crema, dos veces al día, observándose regularidad en el pigmento después de cinco semanas de tratamiento el cual se continuó por seis meses más. Posterior a su suspensión presenta en dos ocasiones recaídas tratadas con ácido azelaico y extirpación. Nueve años después se reporta asintomática.

Caso 3.- Mujer de 70 años con neoformación negra, de 4 x 3 cm sobre la región infraorbitaria izquierda de 20 años de evolución de crecimiento reciente, con reporte histológico y por microscopia electrónica de melanoma que progresó a melanoma invasivo. Se trató con ácido azelaico tópico al 20% crema dos veces al día por seis meses, nueve meses después presen-

ta recaída reincidiendo tratamiento por dos años y medio. A cinco años de seguimiento se reporta sin metástasis.

Caso 4.- Mujer de 80 años con melanoma nodular ulcerado, histológicamente reportado como melanoma *in situ*. La paciente no acepta tratamiento quirúrgico y se emplea ácido azelaico 20% crema por ocho meses. Con buen resultado, asintomática por varios años. Los cuatro casos reportados ilustran los beneficios de la terapia con ácido azelaico tópico para lesiones seleccionadas de melanoma *in situ*. Los casos 1 y 2 muestran que

es útil para reducir el tamaño de la lesión y se puede considerar como tratamiento adyuvante prequirúrgico en topografías difíciles. Los casos 3 y 4 demostraron el efecto significativo del ácido azelaico con regresión clínica completa mejorando la calidad de vida de los pacientes. Esta terapia requiere, de ser empleada de tiempos prolongados y la duración depende de la actividad de la lesión y de su topografía.

Dra. Margarita Flores Castellanos.
Diplomado Dermato-Oncología.