

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **11**

Número
Number **2**




Mayo-Agosto
May-August **2002**

Artículo:




Revisión de libros y revistas

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Revisión de libros y revistas

LeBoit P. Granuloma Faciale.

Am J Dermatopathol 2002;24:440-443

El diagnóstico de granuloma facial es sobrediagnosticado clínica e histológicamente. Generalmente se presenta como una lesión única haciendo que se sospeche más de una neoformación que de un proceso inflamatorio. En los estudios histopatológicos se observa una vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos con fibrina en sus paredes, además de neutrófilos y su polvo alrededor de los vasos. El infiltrado se vuelve cada vez más denso y avanza rápidamente. Los cambios que hacen al granuloma facial distinto se desarrollan con el tiempo. Además de un intenso infiltrado de neutrófilos, eosinófilos y células plasmáticas se presenta fibrosis generalmente orientada concéntricamente alrededor de los pequeños vasos. Las lesiones del granuloma facial son típicamente placas faciales solitarias. Son de evolución crónica y resistentes al tratamiento, aunque hay reportes recientes de casos tratados satisfactoriamente con láser. Ackerman y Mones recientemente reportaron que el granuloma facial y el eritema elevatum diutinum son diferentes nombres para una misma alteración tratándose de una vasculitis leucocitoclástica en diferentes sitios, la cara para el primero y las extremidades para el segundo. El autor de este artículo cree que son dos alteraciones distintas. Los pacientes con lesiones de granuloma facial pueden desarrollar lesiones extrafaciales pero de forma asimétrica. Hay una enfermedad peculiar, la fibrosis angiocéntrica eosinofílica de la laringe, que puede acompañar al granuloma facial. El eritema elevatum diutinum comienza como el granuloma facial con la presencia de neutrófilos y su polvo nuclear alrededor de los pequeños vasos y fibrina en su pared. Los eosinófilos son escasos o están ausentes, los neutrófilos dominan el cuadro y las células plasmáticas se presentan de forma esporádica. Los sitios de predilección son diferentes, la cara está respetada frecuentemente y la piel de la cara dorsal de las articulaciones es afectada. La afección es bilateral y simétrica.

Estas alteraciones son miembros de una misma familia pero no son lo mismo.

Elizabeth Barrios Ganem R4D

Occupational allergic contact dermatitis is more prevalent than irritant contact dermatitis: A 5-year study

Kucenic MJ, Belsito DV. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 695-9.

La enfermedad ocupacional de la piel se define como una condición patológica cutánea secundaria a la exposición laboral como principal causa o como factor contribuyente para la dermatosis. Se estima que en EUA cerca del 90% de los casos de enfermedad ocupacional de la piel son debidos a dermatitis por contacto, existiendo discrepancia sobre la prevalencia de irritante versus alérgico como causa.

Objetivo: El propósito de este estudio es determinar la incidencia de dermatitis por contacto irritativa y alérgica en grupos laborales en pacientes referidos a una clínica dermatológica del área metropolitana en el oeste de Estados Unidos; se evalúa la actividad laboral y la exposición a sustancias alérgicas más comunes.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de datos de pruebas al parche de 537 pacientes realizadas por la Universidad de Kansas entre julio de 1994 a junio de 1999. Los pacientes fueron evaluados con una variedad de alérgenos potenciales de acuerdo a la sospecha laboral y clínica.

Se determinó la prevalencia del tipo de dermatitis por alérgico o irritante de acuerdo a los criterios de Mathias. Se interrogó historia de asma alérgica o dermatitis atópica concomitante.

Resultados: De 537 pacientes que se les realizó pruebas de parche, 135 (25%) tenían enfermedad profesional de la piel, de éstos 81 (60%) presentaban dermatitis por contacto, alérgica, y 46 (34%) por irritante primario. Los alérgenos más comunes identificados fueron: sulfato de níquel, glutaraldehído y mezcla de tiuram. Los pacientes con historia de atopia fue similar a los datos reportados en otros estudios (5.25%).

Discusión: En este estudio los trabajadores de la salud fueron el mayor número afectados por enfermedades ocupacionales de la piel, esto se explica porque el glutaraldehído es un reactivo utilizado para la esterilización en frío de equipo dental, y la mezcla de tiuram es utilizada para la producción de guantes. En cuanto al níquel, se sabe que es el metal alérgico más común en la población general.

Dra. Catia Richaud Manifacio R3-D

Bohlmann MK, Eckstein FS, Stauffer E, Alleman Y, Carrel TP. Isolated amelanotic malignant melanoma of the heart.

Br J Dermatol 2002; 146: 912-15.

Los tumores primarios del corazón son raros, con incidencia en autopsias de 0.0017 a 0.033, las metástasis a corazón son más frecuentes y usualmente se manifiestan en etapas avanzadas de enfermedad. El melanoma maligno es una de las neoplasias con mayor inclusión cardiaca, más del 50% de los pacientes tienen metástasis cardíacas al momento de morir. A continuación se presenta el caso clínico de una mujer de 58 años de edad con melanoma maligno amelanótico de localización cardiaca única. La paciente presentaba disnea severa, pérdida de 7 kg en tres meses, y datos de falla ventricular derecha, la ecocardiografía transtorácica reveló derrame pericárdico, por lo que se realizó evacuación de líquido pericárdico mediante punción suxifoidea, la ecocardiografía realizada 5 días después reveló un tumor de 4 x 3 cm en el surco auriculoventricular y septum auricular, así como derrame pericárdico recurrente. Dos años previos a este cuadro la paciente ameritó colocación de marcapasos por un bloqueo auriculoventricular de tercer grado, por lo que no fue posible realizar tomografía computada ni resonancia magnética. A través de cintigrama de ventilación-perfusión se confirmó embolismo pulmonar recurrente. Para clasificación histológica, y potencial extirpación de la neoplasia, así como prevenir embolización pulmonar se realizó cirugía exploratoria, la palpación reveló una masa tumoral infiltrante en la pared inferior del ventrículo derecho, así como en el surco auriculoventricular, la excisión curativa no fue posible, por lo que tras realización de fenestraciones pleuropericárdicas la operación fue discontinuada. No presentó complicaciones posoperatorias inmediatas. El diagnóstico por inmunohistoquímica e histología fue de melanoma amelanótico con infiltración miocárdica. Exámenes exhaustivos para detectar un tumor primario u otros sitios de inclusión metastásica, no mostraron lesión tumoral, y el examen ocular, orolaringeo, ginecológico y anorrectal no mostró melanoma primario. La paciente recibió dacarbazina, pero no fue bien tolerada por lo que se suspendió el tratamiento, presentó congestión recurrente y falleció 6 semanas más tarde por falla cardiaca. Aunque aproximadamente 5% de todos los melanomas malignos pri-

marios se originan en sitios extracutáneos, sólo se ha reportado un caso de melanoma de probable origen primario cardíaco. Probablemente esta paciente tuvo una lesión primaria cutánea no aparente que sufrió regresión y esto podría explicar la ausencia de tumor primario, en concordancia con el hecho de que las lesiones metastásicas amelanóticas son más frecuentes que las primarias amelanóticas. Dada la alta propensión de inclusión cardiaca los dermatólogos y oncólogos que tratan pacientes con melanoma deben tener en cuenta que síntomas como disnea, falla cardiaca congestiva y embolismo pulmonar recurrente pueden ser ocasionadas por focos cardíacos de melanoma maligno metastásico.

Dra. Ivonne Figueroa Zárate R3-D.

Oliver Valeri, Lacour Jean-Philippe, et. al. Treatment of Chronic Erosive Oral Lichen Planus with low Concentrations of Topical Tacrolimus.

Arch Dermatol. 2002;138:1335-1338.

El liquen oral crónico erosivo (LOCE) es una forma dolorosa y grave del liquen de la mucosa oral, al cual se le ha tratado de diversas formas, siendo resistente a terapias orales y sistémicas. Entre los tratamientos que se han empleado como primera línea se encuentran los corticoesteroides sistémicos, sin embargo en muchos casos con pobre respuesta al tratamiento, otros tratamientos empleados son los retinoides tópicos y sistémicos, griseofulvina, antimaláricos, talidomida y algunos más invasivos como la fotoquimioterapia llegando a tener sólo efectos paliativos.

Debido a que las células T-mediadoras interfieren en la patogénesis del LOCE, se han realizado estudios en los que ha habido buena respuesta con ciclosporina tópica teniendo como objetivo a los linfocitos T cooperadores.

El tacrolimus es un macrólido inmunosupresor que se administra en forma sistémica para prevenir el rechazo a órganos trasplantados. Este tiene un efecto similar a la ciclosporina, inhibiendo la activación y proliferación de linfocitos T y actualmente se ocupa en dermatitis atópica de forma tópica.

Con los datos anteriores, se realiza un estudio prospectivo en los que se incluyen 8 enfermos con LOCE corroborado histológicamente; que no estuvieran en tratamiento con corticoesteroides, retinoides, antimaláricos o ciclosporina o que hubieran suspendido sus tra-

tamientos 4 semanas antes del estudio. Se les realizaron colutorios preparados con una cápsula de 0.5 mg diluida en 500 mL de agua destilada y estos colutorios se hicieron 4 veces al día por 2 minutos usando 15 mL de la preparación, teniendo controles de laboratorios (BH: electrolitos séricos, pruebas de función renal y hepática y glucemia) a los 15 días y al mes de tratamiento y después cada mes hasta alcanzar los 6 meses de tratamiento. En siete pacientes hubo una buena respuesta sintomática principalmente en el 1er mes, sin observarse efectos adversos y un paciente presentó herpes durante el

tratamiento, ninguno presentó candidosis oral. Todos los pacientes tuvieron concentraciones sanguíneas de tacrolimus por debajo de 1.5 ng/mL. Después de doce meses todos los enfermos presentaron recaídas y requirieron tratamiento con corticosteroides sistémicos o antimaláricos.

Conclusión: el tacrolimus tópico diluido en agua a concentraciones bajas ayuda a una rápida mejoría de la sintomatología del LOEC.

Dra. Miriam Neri Carmona