

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume

12

Número
Number

3

Septiembre-Diciembre
September-December

2003

Artículo:

Revisión de libros y revistas

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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*



Edigraphic.com

Revisión de libros y revistas

Morphologic changes of a pigmented Spitz nevus assessed by dermoscopy

Maria A. Pizzicheta, Giuseppe Argenziano, Giorgio Grandi, Cecilia de Giacomi, Giusto Trevisan et al. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 137-9.

El nevo pigmentado de Spitz puede simular clínicamente e histopatológicamente a un melanoma. En este artículo se intentarán describir las características del nevo de Spitz al dermatoscopio. Para ello, se revisa un nevo de Spitz durante un periodo de 6 meses y se documentan los cambios encontrados. Se reporta el caso de un niño de 3 años con una pápula de color café-negro, de 3 mm de diámetro en el dorso del primer falange de la mano izquierda, lo cual se diagnosticó clínicamente en un inicio como un nevo de Reed. Se evaluó nuevamente al paciente a los 3 meses y a los 6 meses, en donde finalmente se le realizó una biopsia para su estudio histopatológico. A la revisión dermatoscópica se encontró que en el inicio (día 0) había un patrón globular y a los 3 meses había un patrón en estrellado, el cual aún persistía a los 6 meses aunque como una variante del mismo. Basado en estos resultados, se puede concluir que estos patrones son expresiones morfológicas que corresponden a las diferentes fases de evolución del nevo pigmentado de Spitz.

Jesse Schwartzberg R 2

Paraneoplastic acral vascular syndrome: Epidemiologic features, clinical manifestations and disease sequelae

Poszepczynsk2 E et al. American Academy of Dermatology; 2002; 47(1): 47-51.

El fenómeno de Raynaud es una enfermedad isquémica e idiopática que afecta principalmente manos y pies, es más frecuente en mujeres jóvenes asociado generalmente a enfermedades del tejido conectivo, embolia, trastorno de la hemostasia o con el uso de drogas vasoconstrictoras, su origen paraneoplásico es raramente reportado. Se describen dos casos de gangrena digi-

tal aguda de origen paraneoplásico y se revisan 66 casos de la literatura.

Casos reportados: Caso 1. Varón de 54 años de edad con fenómeno de Raynaud de 4 años de evolución, acude por isquemia aguda en todos los dedos de la mano. Antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, sin antecedentes de enfermedad de tejido conectivo. Exámenes de laboratorio y gabinete normales, a excepción del factor XII (disminuido) y a la endoscopia reveló carcinoma epidermoide esofágico con metástasis a faringe, fue tratado con prostaciclinas, heparina, ASA, antagonistas de calcio. Con buena evolución.

Caso 2. Mujer de 73 años, con isquemia aguda de los dedos. Antecedentes de tabaquismo, fue sometida a cirugía por carcinoma epidermoide de pulmón. Al examen físico: Fenómeno de Raynaud presente en manos y pies. Exámenes de laboratorio y gabinete normales a excepción del factor XII (disminuido), eco-Doppler con abolición de la perfusión digital. Ac antinucleares, Ac antisjogren (+). Presenta linfangitis carcinomatosa de pulmón con metástasis ósea. Tratada con heparina, antagonistas de calcio sin mejoría, la infusión de prostaciclinas (5 días) llevó a la remisión del cuadro, pero murió con insuficiencia respiratoria.

Resultados: Se presentó con mayor frecuencia en pacientes con una edad media de 55 años, con antecedentes de tabaquismo crónico, se asoció generalmente con adenocarcinoma principalmente pulmón y ovario. El fenómeno de Raynaud precedió en un 48% a la gangrena digital. El factor XII se encontró disminuido. Histológicamente: Necrosis fibrinoide y necrosis arterial y venosa. El tratamiento con prostaciclinas, ASA, heparina, dio buenos resultados con regresión definitiva de la isquemia digital.

En resumen, el síndrome acral vascular paraneoplásico es una enfermedad rara, cuyo mecanismo fisiopatológico se desconoce. El origen neoplásico se debe sospechar cuando el SAV aparece o empeora en un paciente anciano, especialmente del sexo masculino, sin antecedentes de enfermedades autoinmunes o vasculares o uso de fármacos vasoconstrictores, aunque las prostaglandinas se han usado con éxito en este síndrome, sin embargo no se sabe con exactitud el mecanismo de acción en esta patología por lo que se requieren estudios más amplios y controlados.

Dra. Leticia Mendoza R2

Tratando la queratosis

Pilar Gerbig Andreas W, MD. J Am Acad. Dermatol 2000; 43(3).

La queratosis pilar es principalmente un problema cosmético; frecuentemente es causada por un disturbio emocional y es difícil de tratar.

Se han usado muchos tratamientos con una variedad de éxito. Tazaroteno es un medicamento que selectivamente transactiva los receptores del ácido retinoico de la piel, éste tiene un fuerte efecto antiproliferativo y modula la diferenciación queratinolítica.

Tazaroteno ha sido usado en el tratamiento de múltiples desórdenes de la queratinización como es la enfermedad de Darier.

Se ha probado tazaroteno en un estudio abierto en el tratamiento de la queratosis pilar de forma consciente en 20 pacientes consecutivos de queratosis pilar asociada con atopía.

Se le dio instrucciones para que se aplicara en una emulsión de aceite en agua conteniendo 0.01% de tazaroteno cada noche por las próximas 4 a 8 semanas, después de transcurrir 2 semanas la queratosis pilar gradualmente disminuyó y se resolvió después de las 4 a 8 semanas. Ya que tazaroteno tiene una baja absorción percutánea y es rápidamente metabolizado y eliminado, esto puede ser benéfico para aquellos pacientes que sufren de queratosis pilar.

Dr. Virgilio Santamaría

Tratamiento actual del vitílico

Mendéz E. Act Terap Dermatol 2002; 25: 246-249.

A pesar de que desde hace años existen nuevos y mejores tratamientos para el vitílico, los dermatólogos aún no han llegado a un acuerdo. En una encuesta realizada en Holanda entre 332 reveló que el 16% recomendó el manejo activo: repigmentación (13%) y estabilización (3%); el 68% opinaron que lo mejor es informar y tranquilizar al paciente.

Dentro de las opciones terapéuticas para el vitílico se encuentran las no quirúrgicas como: PUVA oral y tópico, minoxidil, melagenina, levamisol, entre otras; las quirúrgicas: injertos micropigmentación; y para despigmentación la hidroquinona.

La fotoquimioterapia incluye el tratamiento con 8 metoxipsoraleno (8 MOP) tópica u oral combinado con UVA (PUVA terapia). De forma tópica se utiliza cuando afecta < 20% de la superficie corporal (SC) y niños > 2 años con escasas placas. El porcentaje de repigmentación es similar a los psoralenos por vía oral con menor duración y sin toxicidad sistémica y ocular. Las desventajas: posibles quemaduras, hiperpigmentación perilesional.

La fotoquimioterapia oral se indica cuando afecta > 20% SC, siendo el tratamiento más recomendado. Los efectos secundarios incluyen náuseas, vómitos, eritema, cefalea; estando contraindicado en insuficiencia renal o hepática, glaucoma, cáncer de piel.

Existen nuevas opciones de tratamiento, entre las que se encuentran: 5-MOP, menos fototóxica (30-50%) y con menos efectos adversos. Por lo que se considera primera elección en niños y preferible que el 8-MOP. La luz UVB de banda estrecha (311 nm) es una alternativa en el vitílico generalizado, con mejor respuesta en cara y tronco, además no requiere psoralenos, lo que disminuye la toxicidad.

Los esteroides se utilizan de forma tópica en menores de 12 años, en todas las formas de vitílico, pudiendo asociarse con UVA y siendo los más eficaces los de clase III (betametasona, fluticasona). En adultos se emplea en formas localizadas. La utilidad de los esteroides sistémicos es controversial y se utilizan en afeción de rápida extensión y actividad con buenos resultados. Otra opción son los mini-pulsos semanales de betametasona o dexametasona con menos efectos sistémicos, detiene la progresión (89%).

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos pacientes refractarios al tratamiento. En el futuro las terapias podrán incluir inmunomodulares y citoquinas; siendo la otra línea de desarrollo potencial la terapia láser.

Dra. Georgina González G R2