

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

**Volumen**  
*Volume* **13**

**Número**  
*Number* **2**

**Mayo-Agosto**  
*May-August* **2004**

*Artículo:*

**Revisión de libros y revistas**

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
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

---

### Dermatoscopia

---

Dr. Homero Mireles Rocha

Publicación auspiciada por el Centro Dermatológico Pascua.

Esta obra detalla las técnicas y equipo necesario para la aplicación de esta arma diagnóstica y aborda las características de epitelomas, nevos, melanomas, hemangiomas entre otros. El libro se presenta en pastas duras, cuenta con 100 hojas de contenido, 85 figuras tanto dermatoscópicas, clínicas como histológicas, único este libro al correlacionar la clínica con la imagen dermatoscópica y la confirmación histológica. Se encuentra a la venta en el Centro Dermatológico en la oficina de investigación, su costo es de \$300.00

Revisión de artículos:

---

### Estudio comparativo, aleatorio y doble ciego de Dysport vs Botox en hiperhidrosis palmar primaria

---

Simonetta Moreau, C. Cauhepe. JP Magues y JM Senardi. Departamento de Dermatología Clínica, Toulouse, Francia BJD 2003; 149: 1041-45.

La hiperhidrosis palmar primaria (HPP) es un trastorno frecuente caracterizado por sudoración excesiva de palmas, que pudiera llegar a ser incapacitante. En el tratamiento de la misma se emplea la toxina botulínica A (TBA) intradérmica; en Europa se cuenta en el mercado con dos preparaciones de TBA (Dysport y Botox) las cuales no son bioequivalentes. En el presente estudio analizamos la efectividad comparativa entre ambas con una relación de dosis de 1:4.

**Pacientes y métodos:** Participaron 8 pacientes (3 hombres y 5 mujeres) con HPP, edad 23-37 años; se realizó un estudio doble ciego, aleatorio y comparativo en el que todos los pacientes fueron tratados con Dysport en una palma y Botox en la otra, escogidas al azar, verificando la eficacia de cada una al comienzo y a los 1, 3 y 6 meses de seguimiento. La TBA se diluyó en solución salina al 0.9% para lograr una con-

centración de 2.5 U/0.1 mL para el Botox y 10U/0.1 mL para el Dysport (factor de conversión 1:4); tras un bloqueo regional de nervio mediano y cubital se aplicaron 27-29 dosis en cada palma en cantidades similares. El área de sudoración palmar (ASP) se midió al principio y a los 1, 3 y 6 meses por medio de la prueba de polvo de yodo de Minor, con controles fotográficos. Además se midió la respuesta subjetiva del 0 al 100 entre cada paciente así como el perfil de efectos colaterales.

**Resultados:** El ASP al inicio, el número de aplicaciones por palma así como el volumen instilado en cada palma fue similar en todos los pacientes. La dosis promedio aplicada fue  $69.3 \pm 3.1$  U para el Botox y  $283.7 \pm 11.3$  para el Dysport (1:4). Al mes, el ASP disminuyó 76.8% y 56.6% para Dysport y Botox, respectivamente ( $p = 0.0002$ ). A los 6 meses dichos valores fueron 56.6% y 51% para cada TBA respectivamente ( $p = 0.05$ ). De acuerdo a la valoración de cada paciente, la mejoría a los 1 y 3 meses fue 77 y 75% para Dysport y 68 y 72% para Botox, con una duración promedio del efecto benéfico de 17 semanas promedio para Dysport y 18 semanas promedio para Botox. El perfil de efectos colaterales incluyó parestesias y debilidad digitales entre las primeras 1 y 4 semanas, especialmente en las palmas tratadas con Dysport.

**Conclusiones:** La eficacia de Dysport y Botox fue similar a una concentración 1:4, con discreta tendencia a una mayor mejoría en las palmas tratadas con Dysport, aunque con mayor perfil de efectos colaterales no graves.

Dr. Edmundo Denis Rodríguez.

---

### Características Histopatológicas de la Alopecia Areata

---

Whiting DA. Arch Dermatol 39;2003:1555-59

La alopecia areata (AA) es la causa más común de alopecia no cicatrizal (1.7%) en adultos de 50 años y ocurre en todos los grupos raciales y por igual en los dos sexos. Su edad de presentación más común es en la tercera o cuarta década. Existe una historia familiar

en un 20% de los casos. Y en el 20-30% se asocia a otras enfermedades autoinmunes como la diabetes mellitus. Las lesiones típicas son una o más placas suaves y redondas con alopecia en la que la piel se observa deprimida por la pérdida del soporte de los folículos pilosos y se observa pelo con apariencia de signo de admiración en la periferia. Existen diferentes patrones como son: en parches, mosaico, o difusa. Otras variantes son la oñícea en la que se pierde una banda pelo a lo largo de los márgenes de la piel cabelluda, la alopecia total abarca toda la piel cabelluda y la alopecia universal afecta todo el pelo corporal. La biopsia de pacientes con alopecia areata muestra un infiltrado linfocitario peribulbar que es esencial para establecer el diagnóstico, pero a menudo los pacientes carecen de este clásico infiltrado dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentren. El objetivo de este estudio es determinar las características histopatológicas en cada fase de la enfermedad por medio de biopsias transversales. En 50 pacientes de nuevo ingreso en el Baylor hair research and treatment center en Dallas Texas se recabaron datos como edad, sexo, raza, y duración de la enfermedad, se realizó un historia clínica para indagar datos como salud general, atopia o enfermedades autoinmunes. Se tomó una biopsia de 4 mm que se cortó horizontalmente y en la que se contaron los pelos en anágeno, catágeno y telógeno, y se calcularon las tasas a partir de éstos. Además se clasificó la fibrosis como leve, moderada o severa. Las características histopatológicas no se vieron afectadas por sexo, edad, raza, tipo de AA, porcentaje de pelo perdido, duración total o regresión. El mayor factor que afecta las características histopatológicas es la duración del evento actual. En la etapa aguda se encontraron linfocitos rodeando los pelos terminales en los episodios tempranos y pelo miniaturizado en los episodios repetidos, en la etapa subaguda se encontró disminución de los pelos en anágeno y aumento del pelo en catágeno y telógeno. En la etapa crónica disminuyó la cantidad de pelo terminal y aumentó la cantidad de pelo miniaturizado con inflamación variable. Durante la recuperación se encontró aumento del pelo en anágeno, y no se encontró inflamación. En conclusión, las características histopatológicas de la AA dependen de la etapa en la que se encuentre el episodio actual. La AA debe sospecharse cuando se encuentre alto porcentaje de pelo en telógeno o miniaturizado aun en ausencia de infiltrado linfocitario peribulbar.

Jorge A Canut Gasperin

### A randomized Trial of Etanercept as Monotherapy for psoriasis.

Gottlieb AB, Matheson Rt, Lowe N, krueger CG, Kang S, et al. Arch Dermatol 2003;139:1627-1632.

La psoriasis afecta del 1 al 3% de la población mundial, existen diversos estudios clínicos que apoyan la hipótesis que el FNT juega un rol importante en su patogenia.

**Objetivos:** Se realizó este estudio multicéntrico, para evaluar la eficacia y seguridad de la monoterapia con etanercept (bloqueador de FNT), en el tratamiento de la psoriasis en placas.

**Diseño:** Aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico.

**Pacientes:** Todos los pacientes eran mayores de 18 años, con afección mayor del 10% de la superficie corporal, habían suspendido cuatro semanas previas PUVA o terapia sistémica, y 2 semanas previas, UVB, esteroides tópicos, análogos de vitamina A o D y antralina, de 148 seleccionados, se aleatorizaron 112, 55 en el grupo placebo y 57 en el grupo con etretinato, sin diferencia estadísticamente significativas entre los dos.

**Intervenciones:** Los pacientes recibieron etanercept 25 mg, o placebo en forma subcutánea 2 veces a la semana durante 24 semanas.

La eficacia se evaluó al comparar la proporción de pacientes en cada grupo de tratamiento que alcanzara una mejoría del 75% del PASI en la semana 12, la seguridad se evaluó de acuerdo a los efectos adversos o abandono de tratamiento, los exámenes de laboratorio realizados fueron: biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea y examen general de orina

En la semana 12, 53 (93%) de los 57 de etanercept y 40 (73%) de los 55 de placebo continuaban en el estudio y en la semana 24, 48 (84%) de los pacientes tratados con etanercept y 12 (22%) de los del grupo placebo continuaban en el estudio, en la semana 12, 17 (39%) de los del grupo etanercept y 1 (2%) de los del grupo placebo alcanzaron un PASI de 75% y en la semana 24, 32 (56%) de los del grupo etanercept y 3 (5%) de los del grupo placebo alcanzaron este nivel ( $P < .001$ ).

El porcentaje de pacientes que presentaron efectos adversos fue similar en ambos grupos, siendo más frecuente el edema periférico en el grupo placebo y las reacciones en el sitio de la inyección más frecuentes en el grupo con etanercept (9% vs 0%), sin embargo no fueron causa de abandono de tratamiento.

**Conclusión:** La monoterapia con etanercept provee un beneficio estadísticamente significativo en pacientes con psoriasis en placas y se considera seguro.

Dra. Diana Laura Sánchez

---

**Hiccups, eructation, and other uncommon prodromal manifestations of herpes zoster.**

---

Berlin, AL, Muhn ChY, Billick R. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1121-1124.

El herpes zoster es una enfermedad común por reactivación del virus de la varicela zoster. Son conocidos los síntomas prodrómicos de ardor, prurito y dolor previos a la aparición de las lesiones cutáneas, sin embargo se han visto asociadas algunas manifestaciones gastrointestinales que preceden a las manifestaciones cutáneas.

Se presenta el caso de un paciente de 73 años de edad con diagnóstico clínico de herpes zoster con afectación de los dermatomas C2 y C3 del lado izquierdo, el cual presentó 2 semanas antes ataques de hipo y eructos severos en episodios de 15 minutos; el paciente presentaba antecedentes de cirugía de tiroides por carcinoma papilar, hipertensión arterial, hernia hiatal, gastritis por *Helicobacter pylori* y reflujo gastroesofágico, sin manifestaciones clínicas por 3 años. Se administró valaciclovir con significativa mejoría de la sintomatología cutánea y gastrointestinal.

El hipo es producido por un arco reflejo independiente del centro respiratorio cerebral; las ramas del nervio frénico, del nervio vago y del tronco simpático forman la vía aferente, mientras que la vía eferente involucra principalmente al nervio frénico que se encuentra formado por ramas nerviosas de C3, C4 y C5, por lo que al ser C3 el dermatoma más afectado por herpes zoster conlleva a una subsecuente irritación nerviosa que resulta con la estimulación del diafragma, lo cual puede ser confirmado por radiografía o fluoroscopia. También se han realizado estudios *post mortem* donde se ha encontrado mielitis segmental unilateral o mononeuritis periférica de la raíz nerviosa ventral o porción distal de nervios mixtos, así como con imágenes de resonancia magnética se han confirmado lesiones inflamatorias por virus de varicela zoster.

Se han reportado otras alteraciones nerviosas motoras en casos de infección por herpes zoster pero que

pueden ser subclínicas o ser enmascaradas por las severas alteraciones sensitivas que se producen, y que han sido confirmadas por electromiografía. Estas manifestaciones clínicas se han encontrado con mayor incidencia en pacientes inmunocomprometidos, aunque también en pacientes inmunocompetentes se han visto.

En la literatura sólo se han reportado 2 casos similares a éste, pero es importante el diagnóstico precoz para evitar complicaciones y secuelas a largo plazo.

Dra. Araceli Alvarado Delgadillo

---

**Treatment of lentigo maligna with tazarotene 0.1% gel.**

---

Chimenti S, Carrozzo AM, Citarella L, De Felice C, Peris K. J Am Acad Dermatol. 2004; 50: 101-103.

El léntigo maligno se considera un melanoma *in situ* que aparece en pacientes de edad mediana, en zonas expuestas al sol cuyo tratamiento de elección es la excisión quirúrgica o cirugía micrográfica de Mohs, con altas tasas de curación y bajas de recurrencia, y en pacientes con edad avanzada o compromiso del estado general con lesiones de difícil abordaje por localización o extensión el interferón alfa intralesional, ácido azelaico tópico e imiquimod.

Se comunican 2 casos de pacientes de 74 y 80 años respectivamente donde aplican tazaroteno gel 0.1% una vez al día durante 6 a 8 meses en léntigos malignos corroborados por dermatoscopia, clínica e histología. Obteniendo como resultado la curación completa sin recurrencias a los 18 y 30 meses, y como efecto colateral tan sólo eritema y prurito.

Se presume que el tazaroteno actúa en estos pacientes mediante la regulación de los genes TIG -1, -2 y -3 como lo hace en psoriasis y otros tipos de cáncer; y aparece como una alternativa médica para el tratamiento de pacientes seleccionados con léntigo maligno no invasivo en los que no es factible realizar un tratamiento quirúrgico por su estado general o por las características de la lesión aunque se requiere mayor cantidad de estudios y seguimiento a plazos más largos.

Dra. Ivonne Janneth Godoy V. R3D-CDP.