

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen **14**  
Volume

Número **2**  
Number

Mayo-Agosto **2005**  
May-August

*Artículo:*




Revisión de libros y revistas

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
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](#)

## Revisión de libros y revistas

### Terbinafine-induced Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus

David A. McKay, Olivia M.V. Schofield and E. Claire Benton. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 472-474. Department of Dermatology, Royal Infirmary of Edinburgh, UK.

La terbinafina es una alilamina sintética que fue autorizada en el Reino Unido en 1991 como un tratamiento sistémico para la infección por dermatófitos de uñas y pies. Con estas infecciones los pacientes se presentan frecuentemente a la consulta del médico general, quien debe de iniciar tratamiento únicamente después de haber confirmado este tipo de infección mediante microscopia y cultivo de piel o de uñas. Los efectos adversos asociados con el uso de terbinafina son poco comunes, pero pueden incluir reacciones cutáneas.

Describimos el caso de 5 pacientes del sureste de Escocia que se representan a nuestra práctica en un periodo de 12 meses con lupus eritematoso cutáneo subagudo inducido por terbinafina. Todos los casos tuvieron anticuerpos antinucleares positivos, predominantemente Anti-Ro e importante historia de enfermedades autoinmunes preexistentes.

Cinco mujeres (edad media 46 años, rango 39-64 años) recibieron terbinafina vía oral para onicomycosis sospechada. La infección se había confirmado solamente en 1 de las 5 pacientes previo al inicio de la terapia por médico general, a todas las 5 pacientes previamente se les había diagnosticado púrpura trombocitopénica autoinmune, trombocitopenia esencial, vitíligo, psoriasis, diabetes y artritis seronegativa. El reporte de las biopsias de piel muestran un infiltrado de células inflamatorias y la inmunofluorescencia concuerda con lupus eritematoso. Los exámenes de laboratorio reportan linfopenia, eritrosedimentación con un índice elevado no significativo y las pruebas de función hepática y renal normales en todas las pacientes, excepto una quien presentó un desequilibrio transitorio de las pruebas de función hepática. Estudios inmunológicos mostraron factor antinuclear positivo en sólo 2 pacientes en una cantidad de  $> 1/640$ . Si embargo, todas las pacientes tenían anticuerpos de antígenos antinucleares (+): las 5 pacientes tienen Anti-Ro con títulos  $> 100$  micro/mL, una de 5 tiene anticuerpos Anti-La (+). Anticuerpos Anti-Histone se presentó sólo en una paciente de 3 pruebas.

Al suspender la terapia con terbinafina, 4 pacientes presentaron una resolución de las erupciones cutáneas en varias semanas; una necesitó un extenso ciclo de tratamiento con esteroides sistémicos durante 5 meses, por presentar enfermedades asociadas con anemia hemolítica, pero hizo una recuperación rápida y completa. Hasta la fecha las pacientes no han presentado ninguna recaída (12 meses después de suspender tratamiento), a pesar de la persistencia de Anti-Ro (+) en todos los casos de remisión clínica.

La terbinafina tiene actividad fungicida significativa y es la droga de elección para onicomycosis, tiene una alta eficacia y más prolongada remisión que otros agentes antifúngicos como griseofulvina e itraconazol.

Las reacciones cutáneas adversas asociadas con terbinafina son raras, pero incluyen fotosensibilidad, eritema multiforme/Sdm. Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, urticaria, pustulosis generalizada y exacerbación de la psoriasis.

En conclusión, la terbinafina oral es un tratamiento excelente en onicomycosis pero debe ser sólo prescrita después de la confirmación por microscopia y cultivos positivos para hongos.

Dra. Evelyn Carolina Guzmán R2.

### Metástasis cutánea umbilical. A propósito de un caso

María Gabriela Garrido, Mónica Dalla Costa, Cintia Pfeffer y cols. *Arch. Argent. Dermatol.* 2004, 54: 211-215.

Las metástasis cutáneas tienen una incidencia de 0.2 al 9% de los pacientes con neoplasias. En la mujer, el cáncer de mama representa la primera fuente de metástasis cutánea, mientras que en el hombre es el cáncer de pulmón. El melanoma metastásico es la tercera fuente en frecuencia considerando ambos sexos. **Caso clínico:** Paciente femenina de 33 años de edad acude a consultar por una placa papulovegetante infiltrada en región periumbilical, de 2 años de evolución. El cuadro comenzó con secreción seropurulenta por el orificio umbilical. Luego comienzan a aparecer pápulas vegetantes, hemorrágicas a la presión que convergen en orificio umbilical. Presenta además lesiones satélites que crecen en forma centrifuga y son indoloras. El estado general de la paciente está con-

servado. *Estudios complementarios*: laboratorio de rutina: eritrosedimentación de 65 mm. Leucocitosis de 10,200/mm<sup>3</sup>. Resto sin alteraciones. *Ecografía abdominal*: esplenomegalia moderada, resto sin alteraciones. *TAC abdomino-pelviana*: útero aumentado de volumen, con hipodensidad interna difusa, relacionado con engrosamiento endometrial. Imagen expansiva parauterina izquierda que puede corresponder al ovario o menos probablemente a un conglomerado linfático iliaco izquierdo. Adenomegalias inguinales. *Biopsia cutánea*: carcinoma papilar con cuerpos de psamoma. Los diferentes estudios realizados no permitieron identificar el origen del tumor primitivo, sólo se contaba con el estudio biopsico de piel, que no permite con las características exclusivamente histológicas llegar al origen del mismo. El servicio de oncología decide tratar a la paciente como si tuviese un carcinoma de ovario con cisplatino y endosan. Luego del quinto ciclo de quimioterapia se observó una ligera involución de las lesiones. **Comentario**: La metástasis cutánea es un signo de mal pronóstico, dado que la sobrevida es menor al año. Son más frecuentes en la mujer (70%) que en el hombre (30%); esto se debería a que el principal origen de la metástasis cutánea es el carcinoma de mama. El grupo etario comprendido entre 50 y 70 años sería el más afectado. En general, los tumores de pulmón y mama metastatizan a tórax, mientras que los originados en intestino, ovario y vejiga lo hacen a nivel abdominal. Las metástasis que asientan en piel cabelluda provienen frecuentemente de tumores renales. Existen dos vías de diseminación de un tumor maligno: en forma directa o por metástasis. La propagación directa puede efectuarse por: contigüidad, implantación mecánica e implantación celómica.

Las metástasis cutáneas pueden adoptar distintas formas clínicas de presentación: nodular, inflamatoria o erisipelatoidea, telangiectásica, esclerodermiforme, cicatrizal o alopecia neoplásica, umbilical, zosteriforme y coraza. La presentación umbilical es llamada "nódulo de la Hermana María José". Se presenta un nódulo o placa firme, con apariencia inflamatoria, en la zona umbilical, que puede ulcerarse y presentar secreción serosanguinolenta o purulenta. Es frecuente en el adenocarcinoma gástrico, tumores de páncreas, colon, ovario y endometrio. Una completa metodología de estudio ayuda a encontrar la neoplasia primaria, aunque a veces aun en la necropsia no llega a identificarse el tumor primitivo.

Dra. Themis Gutiérrez Oliveros R2D

### Potencial future therapies for psoriasis

K, Alexander Papp, MD, PhD. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, University of Western Ontario, Canada 2005;1:58-62.

Una década de estudio y observación clínica ha conseguido el profundo conocimiento de los procesos inflamatorios e inmunológicos implicados en la psoriasis. Este artículo describe brevemente la potencial aplicación de los diversos agentes biológicos y moleculares en esta entidad. Terapias biológicas utilizadas en el tratamiento de psoriasis como alefacept, efazulimab y etanercept recientemente han demostrado su efectividad, no obstante aunque tienen un blanco de acción idéntico, muestran distintos resultados debido a la farmacocinética, farmacodinamia y actividad biológica. Los antagonistas TNF son un gran grupo de compuestos utilizado en forma reciente para el tratamiento de psoriasis, además de ser una nueva opción terapéutica han incrementado el conocimiento de la patogenia de esta enfermedad, dos anticuerpos monoclonales anti-TNF que actualmente se encuentran en fase III son infliximab y adalimumab, indicados en aquellas enfermedades en las que TNF- $\alpha$  actúa como una prominente citokina patogénica entre estas artritis reumatoide y enfermedad de Crohn, en las que ha demostrado eficacia clínica, sin embargo se atribuye un riesgo elevado para el desarrollo de infecciones oportunistas como tuberculosis y coccidiomicosis; estudios *in vivo* han demostrado que en presencia de complemento estos fármacos son capaces de lisar células de superficie del TNF- $\alpha$  sin embargo *in vivo* son estudios difíciles de reproducir y por lo tanto su significancia clínica en psoriasis es aún incierta aunque su efectividad podría atribuirse como modulador de la respuesta biológica regulada por el TNF- $\alpha$ . Debe tenerse precaución con estos fármacos dado que reducen la respuesta inmune inicial (signos y síntomas) ante infección así como por el riesgo potencial de asociación a enfermedad desmielinizante demostrada, sin causa aún conocida. En un estudio fase II **Adalimumab** administrado a 40 mg/semana en pacientes con psoriasis moderada-severa, a la semana 12 el 80% de pacientes alcanzó un PASI de 75, sin diferencias clínicas significativas respecto al grupo placebo. **Infliximab** en un estudio fase II que evaluó eficacia y seguridad en psoriasis moderada-severa, se logró mejoría desde las primeras 2 semanas de Tx y remisión de la enfermedad en la semana 20 con dosis de 3-5 mg/kg durante 4-8 semanas y sus eventos adversos fueron similares en todos los grupos estudiados. **Onercept**, también de la misma familia de medicamentos, ha demostrado en

estudios fase II y III su eficacia y seguridad administrado 3 veces por semana durante 12 semanas con sólo reacción local en el sitio de aplicación como evento adverso. En cuanto a los agentes NO-antagonistas del TNF- $\alpha$ , como los anticuerpos monoclonales dirigidos contra IL-12 e IL-23: **CNTO 1,276** demostró en un pequeño estudio de cohorte PASI 75 en el 67% del total de pacientes incluidos alcanzado en 8-16 semanas pos TX; **Caliximab** (anticuerpo monoclonal implicado en la activación de células T) estudiado recientemente demostró en 40% de los pacientes incluidos alcanzar un PASI 50. **ISA 247**, un agente isómero de ciclosporina (antagonista de la calcineurina) que ha demostrado eficacia clínica comparable con ésta disminuyendo la potencial nefrotoxicidad atribuida a ciclosporina A en el Tx de psoriasis en placa. La seguridad y eficacia de **Pimecrolimus** administrado por vía oral ha sido demostrada sólo en estudios fase II. El ácido fumárico, usado durante muchos años en Alemania para el Tx de psoriasis, pero su mecanismo de acción no está completamente estudiado y su seguridad y eficacia aún no está definida. Retinoides como el **Tazarotene** con efecto sobre el metabolismo de células T, diferenciación celular y vías inmunológicas, inhiben IL-17 lo cual se traduce a un importante efecto inmunomodulador ha demostrado una eficacia sustancial con reducidos efectos adversos. En estudio existen otros inmunomoduladores que bloquean la activación de citoquinas específicas como IL-12, diseñadas para bloquear o alterar sus receptores o ligandos, otras mediante la supresión de mecanismos de activación inmune vía MAP cinasa, sin embargo siguen siendo menos eficaces debido a su toxicidad y pobre biodisponibilidad. Durante muchas décadas con el descubrimiento de nuevas terapias ha sido posible el conocimiento relacionado a la patogénesis, bioquímica y respuesta inmune implicadas en la psoriasis, siguen en estudio nuevos agentes, sin embargo aún falta por establecer dosis y duración óptima, así como ser realizados con muestras mayores, a pesar de ello nos encontramos en una época prometedora en el ámbito de la dermatología.

### Ocronosis exógena

Vázquez O, Ocampo J, et al  
Actas Dermatol 2004; 4(3-4): 68-70

La ocronosis se refiere al depósito de pigmentos a nivel de la dermis papilar, descrita por primera vez en 1906 por Pick. Se divide en endógena o también llamada alcaptu-  
noria, la cual es rara ya que se presenta un caso por cada

250,000 habitantes; de origen autosómico recesivo y debida a la ausencia de la enzima oxidasa del ácido homogentísico. Por otra parte, la forma exógena es producida generalmente por el uso de hidroquinona inhibiendo la acción de esta enzima, dando como resultado el depósito de pigmento en las fibras colágenas de la dermis.

Se presenta el caso de una mujer de 61 años de edad quien utilizó numerosas cremas blanqueadoras, algunas de éstas a base de hidroquinona y quien presentó una dermatosis de 3 años de evolución caracterizada por manchas hipercrómicas de color café negruzco, difusas, de límites irregulares; utilizando para su tratamiento ácido retinoico al 0.50%, hidroquinona al 4%, bloqueador FPS 40 y quimiexfoliación con ácido glicólico; posterior a este tratamiento presentó una placa eritematosa de 2.4 por 2.2 cm de diámetro tratada con hidroquinona al 4%, betametasona al 0.1% y yodocloro-hidroquinoleína, sin presentar mejoría, por lo que se le practicó una biopsia, la cual confirmó el diagnóstico. Se le inició tratamiento a base de UVA Ursi y bloqueador FPS 40 con aparente buena evolución.

Actualmente existen un gran número de productos despigmentantes que contienen hidroquinona y que se venden al público de manera indiscriminada sin un adecuado control médico. La ocronosis comúnmente se presenta como máculas asimétricas negro-azuladas, que se localizan en el área malar, mejillas y cuello. Desde 1979 se describen 3 estadios. 1) eritema y ligera pigmentación, 2) hiperpigmentación, coloide negruzco y atrofia y 3) lesiones papulonodulares con o sin inflamación. Histológicamente la ocronosis exógena se caracteriza por depósitos de material amarillento en forma de plátano, localizados en la dermis papilar, la fuente que la produce aún se desconoce, sin embargo, es posible que la hidroquinona tópica al inhibir la enzima, mencionada anteriormente, dé como resultado la acumulación local del ácido homogentísico, el cual al polimerizarse produzca el pigmento responsable de la ocronosis. Otras causas pueden ser fibras elásticas o colágenas degeneradas con diversas sustancias como el fenol, quinina y resorcinol, pero la hidroquinona es el agente causal más común. La ocronosis no depende de la concentración de hidroquinona en el tratamiento, sino del uso prolongado de ésta. Se han utilizado múltiples tratamientos como tretinoína en gel, crioterapia y ácido tricloroacético, sin resultados favorables. Actualmente se está utilizando un láser Q-Switch de alexandrita (755) con resultados favorables.

Dra. Iliana López-Zaragoza R2.

---

## Relación médico-paciente y trabajo interdisciplinario en dermatología

---

Jorge Claudio Ulnik, Monica Czerlowski y Javier Guillermo Ubogui. Arch. Argent. Dermatol. 2004; 54(5): 233-238

**Introducción y objetivos:** El objetivo de este trabajo es analizar mediante un estudio de casos de pacientes con psoriasis las causas generadoras de las conductas que habitualmente provocan dificultades en la relación médico-paciente en dermatología. La psicodermatología estudia dos grandes grupos de pacientes: los que presentan problemas cutáneos como consecuencia de patologías psiquiátricas, y los que padecen problemas psiquiátricos vinculados a patologías cutáneas. El primer grupo constituye un problema especial: en la medida en que el paciente niega que se autoproduce las lesiones (dermatosis artefactos) o insiste delirantemente en que su patología es producida por parásitos o insectos inexistentes (parasitosis delusional) o se rasca frenéticamente alimentando un círculo vicioso de rascado y prurito (excoriaciones neuróticas), el juicio clínico y sobre todo la terapéutica se hacen difíciles y esto redundando indefectiblemente en una relación médico-paciente perturbada. El segundo grupo, formado por los pacientes con problemas psiquiátricos asociados a patologías cutáneas, es el más frecuente y discutido, porque al ser las enfermedades de etiología orgánica, el factor psicológico es más fácil de negar. **Material y métodos:** Se tomó una muestra de 26 pacientes de ambos sexos con psoriasis como motivo de consulta, que concurrieron espontáneamente a un centro médico y permanecieron en tratamiento y seguimiento durante un periodo mínimo de 4 años. Se formó un equipo interdisciplinario integrado por dos dermatólogos, dos psi-

coanalistas (un psiquiatra y una psicóloga), un especialista en técnicas de relajación y una enfermera. Se utilizó una técnica de atención consistente en recibir un dermatólogo y un psicoterapeuta en conjunto al paciente en su primera consulta y luego abordarlo en equipo, con tratamiento dermatológico y psicoterapia individual o grupal. **Análisis y observación de casos:** Se analizó la conducta de los pacientes siguiendo cinco ejes:

1. La conducta de apego
2. El masoquismo
3. El rol de mirada
4. La expresión de emociones
5. La ambivalencia y la división de la personalidad

**Discusión:** El psicoanálisis es una disciplina que tiene como objeto de estudio el inconsciente y que utiliza como herramienta principal la interpretación. El trabajo en conjunto permitió comprender mecanismos psicológicos perturbadores de la relación médico-paciente y de la evolución favorable de la enfermedad. Además, favoreció que los pacientes no se perdieran en el camino de la derivación al psiquiatra, como tantas veces sucede. **Conclusiones:** El trabajo en equipos interdisciplinarios permite: 1) comprender por qué ciertos pacientes necesitan ver a su médico a menudo independientemente de si obtienen resultados favorables o no; 2) establecer correlaciones entre el curso de la enfermedad y los hechos significativos de la vida del enfermo; 3) no responder a cada queja o demanda con una nueva oferta de tratamiento; 4) tener en mente el diagnóstico de personalidad del paciente y su historial vital, a la hora de evaluar la enfermedad y su tratamiento; y 5) lograr estabilidad y continuidad en la relación médico-paciente con la consecuente adherencia al tratamiento, favoreciendo una mejor respuesta terapéutica.

Dra. Rita Lucía Valdés Webster R 3 D