

Resúmenes

Basketter D, Pons-Guiraud A, Van Asten A et al. Fragrance allergy: assessing the safety of washed fabrics (Alergia a fragancias: evaluando la seguridad de las telas lavadas). Contact Dermatitis 2010; 62: 349-354.

Recientemente se han comunicado reacciones cutáneas alérgicas a las fragancias utilizadas en los productos de lavado. El objetivo del presente estudio fue investigar el riesgo de desarrollar reacciones alérgicas a fragancias en sujetos previamente sensibilizados.

Se utilizaron dos de los alérgenos en fragancias más frecuentes y usados en los productos de lavado: isoeugenol y carboxialdehído de hidroxiisohexyl 3-ciclohexano. Se seleccionaron 36 pacientes con reacciones alérgicas positivas comprobadas con las pruebas al parche, 19 con el primer alérgeno y 17 con el segundo. Se fabricaron parches con dosis de alérgenos mayores a las encontradas normalmente en los productos. A cada paciente se le aplicaron parches con 4 diluciones de cada alérgeno (0.00001%, 0.0001%, 0.001%, 0.01%) y un parche control de etanol/dietilftalato. Éstos fueron revisados a la hora de aplicación para evaluar la presencia o no de alguna reacción urticariana y se reaplicaron para su posterior retiro a los dos días. Se realizaron valoraciones a los 30 minutos y 4 días posteriores al retiro del parche. Se observó que sólo dos pacientes reaccionaron al parche de isoeugenol a la concentración de 0.01% (esto es una concentración 20 veces mayor a la que está expuesta normalmente la piel con algún producto de lavado); ninguno reaccionó a concentraciones menores. Veinte pacientes reaccionaron al parche de carboxialdehído de hidroxiisohexyl 3-ciclohexano y dieciocho al parche control, pero estas reacciones fueron mínimas.

Con esto se comprueba que los residuos químicos de fragancias encontrados en productos de lavado no representan un riesgo de reacción alérgica inmediata o retardada en pacientes previamente sensibilizados; sin embargo, dejan abierta la posibilidad de si la combinación de éstos con otros alérgenos o la presencia de irritantes primarios favorecen el desarrollo de dermatosis que en suma pueden ser más problemáticas que si se tratara únicamente de las fragancias.

Dr. Marcelino Espinoza Tavitas. R4 de Dermatología

Schiestl C, Neuhaus K, Zoller S, Subotic U, Forster-Kuebler I, Michels R et al. Efficacy and safety of propranolol as first-line treatment for infantile hemangiomas (Eficacia y seguridad del propranolol como primera línea de tratamiento para hemangiomas infantiles). Eur J Pediatr 2010; 1324-1332.

Los betabloqueadores se consideran actualmente como una opción terapéutica prometedora para el tratamiento de los hemangiomas infantiles (HI) complicados. Una proporción de éstos se asocia a importante morbilidad. Hoy en día, es escasa la información que se tiene y se conoce poco acerca del impacto hemodinámico en los niños tratados con este fármaco.

Entre los HI que requieren tratamiento se incluyen aquellos que afectan el área periorbitaria, la zona central de la cara, los pliegues, la región anogenital y sitios donde exista riesgo alto de ulceración, disfunción o desfiguración, o si se compromete la vía aérea. En el 2008 Léauté-Labrèze y colaboradores, reportaron el hallazgo incidental de la regresión de los hemangiomas en niños tratados con propranolol, un betabloqueador no selectivo. Este hallazgo se ha recibido con gran interés por la comunidad médica, y ya se han reportado algunas series de casos, las cuales han comunicado observaciones prometedoras, puesto que se ha encontrado mayor efectividad y mejor tolerancia con propranolol en comparación con otros medicamentos.

Justificación: Hasta ahora, los estudios realizados no han sido controlados, y no existen indicaciones específicas para su administración.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con HI complicados tratados con propranolol con una dosis promedio de 2 mg/kg/día dividido en 3 dosis, entre diciembre del 2008 y diciembre del 2009. Todos los pacientes fueron valorados previamente por el Servicio de Cardiología Pediátrica. Los resultados se evaluaron a través de fotografías clínicas utilizando una escala visual análoga, ultrasonido y, si se encontraba indicado, se realizaba valoración oftalmológica. La tolerancia y las variables hemodinámicas fueron registradas a lo largo de la investigación. Se hospitalizaron durante dos días para observación al inicio de la terapia. Veinticinco niños fueron incluidos en el estudio, con una edad promedio de 3.6 años. El lapso de tiempo promedio de seguimiento fue de 14 meses. Catorce niños terminaron el tratamiento. En todos los pacientes fue evidente un cambio en el color y una disminución en el tamaño de los HI. Se observó una respuesta más rápida en aquellos HI con afección periorcular. La tolerancia al propranolol fue buena y no se presentaron efectos secundarios hemodinámicos de importancia.

Conclusión: A pesar de ciertas limitaciones en su metodología, este estudio corrobora la información del excelente efecto y buena tolerancia de esta novedosa terapia, por lo que se propone el uso del propranolol como tratamiento de primera línea.

Paola Castañeda Gameros. R2 Dermatología

Wanat KA, Anadkat MJ, Klekotka PA. Seasonal variation of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis associated with trimethoprim-sulfamethoxazole (Variación estacional del síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica asociada con trimetoprim-sulfametoxazol). J Am Acad Dermatol 2009; 60: 589-94.

El síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son considerados poco frecuentes, con una incidencia para SJS, entre 1.2 y 6.0 casos por millón por año y para NET 0.4 y 1.2 casos por millón.

Se diferencian en base al porcentaje de superficie corporal afectada: SSJ < 10% y NET > 30%. Se les considera reacciones inmunológicas desencadenadas por la ingesta de algunos medicamentos y ciertas infecciones.

El rango de mortalidad de estos padecimientos es variable: < 10% en SJS y < 40% en NET.

Objetivo: Determinar si existe una variación estacional en la presentación del SJS y la NET. Conocer sus características en un hospital de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo desde 1995 hasta 2007, para lo cual se revisaron y analizaron los expedientes de 50 pacientes con los padecimientos ya señalados.

Resultados: El medicamento más comúnmente relacionado como causa de SJS y NET fue el trimetoprim-sulfametoxazol (TMX) (26%).

La tendencia estacional en la cual se observó con mayor frecuencia fue en la primavera, con mayor número de casos de SJS/NET ($p = 0.34$), comparado con otras estaciones ($p = 0.002$). La edad de los pacientes fue significativamente menor (37.8 ± 13.7) que otros pacientes con SJS. La mortalidad general fue de una muerte.

Limitaciones: El estudio presentó limitaciones relacionadas con los datos encontrados en los expedientes de los pacientes hospitalizados y con el número total de casos.

Conclusión: Se observó una relación entre la temporada estacional con la presentación del SJS y NET ocasionadas por la ingesta de TMX; así mismo, parece ser más frecuente en pacientes jóvenes.

Dra. Sandra Judith Castillón Alcaraz. R4 Dermatología

Poblet E, Jiménez F, Pascual A et al. Frontal fibrosing alopecia versus lichen planopilaris clinicopathological study (Alopecia frontal fibrosante vs liquen plano pilaris. Un estudio clínico patológico). Int J Dermatol 2006; 45: 375-380.

Resumen: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo de alopecia cicatrizal descrita por primera vez en 1994 por Kossard. Los pacientes generalmente son mujeres postmenopáusicas con agrandamiento de las líneas de implantación frontal y temporal en forma simétrica y progresiva. La piel afectada se observa atrófica, con pérdida de los orificios foliculares y como hallazgo asociado se aprecia caída bilateral de las cejas en grado variable.

Muchos autores consideran a la AFF como una variante de liquen plano pilaris (LPP), ya que histopatológicamente son indistinguibles uno del otro, presentando en ambos casos un patrón liquenoides con infiltrado inflamatorio y fibrosis perifolicular con destrucción del folículo piloso de manera irreversible por la afección de las células madre presentes en la vaina radicular externa.

Se estudiaron 7 pacientes con diagnóstico de AFF confirmada por biopsia, con evaluación de los cortes histológicos con tinción de rutina, PAS y trícromico de Masson, comparándose con 8 biopsias de piel cabelluda con diagnóstico de LPP analizadas con las mismas tinciones. En cuanto a los resultados, el rango de edad promedio fue de 68 años; en todos los casos clínicamente se observaba hiperqueratosis perifolicular, así como un contraste de la pigmentación en las zonas alopécicas y la piel no afectada. Sólo un paciente presentaba afección a nivel occipital; en 6 de 8 pacientes se observó pérdida parcial de ambas cejas; ningún caso tuvo respuesta a ningún tipo de tratamiento previo. El hallazgo histopatológico común de ambas patologías fue un infiltrado inflamatorio de tipo linfocitocitario a nivel del istmo e

infundíbulo, con características liquenoides, aunque la severidad del mismo fue variable (en general de tipo moderado en los casos de AFF), encontrando solamente en los casos de LPP un infiltrado perivascular concomitante. La AFF mostró característicamente una necrosis eosinofílica de la vaina radicular externa (células apoptóticas). Solamente en los casos de LPP se observó afección de la epidermis interfolicular.

En la actualidad, la etiología precisa de la AFF se desconoce. A pesar de las diferencias clínicas con el LPP se le considera una variante del mismo, aunque esta sugerencia es aún motivo de polémica por muchos autores, ya que no existen suficientes datos histológicos para diferenciar un cuadro del otro.

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández. R3D

Rose C, Armbruster F, Ruppert J et al. Autoantibodies against epidermal transglutaminase are a sensitive diagnostic marker in patients with dermatitis herpetiformis on a normal or gluten-free diet (Los autoanticuerpos contra transglutaminasa epidérmica son un marcador diagnóstico sensible en pacientes con dermatitis herpetiforme con dieta normal o libre de gluten). J Am Acad Dermatol 2009; 61(1): 39-43.

La dermatitis herpetiforme (DH) es una manifestación cutánea de la enteropatía sensible al gluten (ESG), enfermedad en la que existe una respuesta inmunológica aumentada a la ingesta de una proteína llamada gliadina. Clínicamente se caracteriza por la presencia de ampollas subepidérmicas pruriginosas que afectan la superficie extensora de las grandes articulaciones; los pacientes con DH y ESG desarrollan autoanticuerpos IgA contra el endomisio, específicamente contra la transglutaminasa tisular (TGt); los niveles de ésta se correlacionan con el daño al intestino y disminuyen cuando el paciente lleva una dieta libre de gluten. La transglutaminasa epidérmica (TGe) es una enzima expresada en la epidermis que es homóloga pero no idéntica a la TGt. Los pacientes con DH producen dos poblaciones de IgA contra la TGe; la primera se une exclusivamente a la TGe, y la segunda hace reacción cruzada con ambas TGe y TGt. La primera población que es exclusiva para TGe es la que se encuentra en los pacientes con DH, por lo que se sugiere que es el blanco de los autoanticuerpos en esta enfermedad. En este estudio se detectó la prevalencia de autoanticuerpos IgA contra la TGe y TGt en una gran cohorte de pacientes con DH. Se analizó mediante ELISA el suero de 52 pacientes con DH y se detectó la presencia de anticuerpos IgA contra la TGe y la TGt en 38 pacientes. La muestra se obtuvo antes de empezar la dieta libre de gluten y en 14 pacientes que llevaban una dieta libre de gluten en los últimos dos años. Se encontraron anticuerpos contra la TGe en 95% de los casos y contra la TGt en 79% de pacientes con DH y dieta normal. Siete de los 14 pacientes con dieta libre de gluten no presentaban lesiones y no requerían tratamiento con dapsona. Ninguno presentaba anticuerpos antitransglutaminasa. Los siete pacientes restantes aún requerían tratamiento y todos tenían anticuerpos contra TGe y sólo 3 presentaban también reactividad contra TGt. Con base en estos resultados se demuestra que los autoanticuerpos contra TGe son el marcador serológico más sensible en los pacientes con DH con dieta normal o con dieta libre de gluten.

Dra. Claudia Bernabé del Río. R4 de Dermatología

Park H, Choi M, Cho K. Bizarre-looking violaceous nodular plaque on the hands: unusual presentation of peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified (Grotesca placa violacea de aspecto nodular en manos: presentación inusual del linfoma de células t periférico no específico). J Dermatol 2010; 37(10): 919-21.

El linfoma de células T periférico (LCTP) incluye a un grupo heterogéneo de linfomas originados de células T maduras. Éstos coexisten con una serie de raros, aunque específicos, trastornos sistémicos, tales como: enteropatía, compromiso hepatoesplénico y paniculitis subcutánea, entre otros.

La afectación más frecuente de este linfoma es a nivel de ganglios linfáticos, pero con involucro extraganglionar; esto incluye médula ósea, hígado, bazo y piel.

En este artículo se comunica el caso de un hombre de 52 años, quien presenta una dermatosis de 7 meses de evolución, caracterizada por la presencia de numerosas neoformaciones subcutáneas de color violáceo, de aspecto nodular en las manos.

En el examen físico no se encontró alguna otra lesión en piel o mucosas. La biopsia de piel mostró una infiltración difusa de linfocitos atípicos en dermis, con núcleo vesicular e hiper cromático y múltiples mitosis.

La biometría hemática con leucocitosis de 12.58×10^3 con 51.1% de linfocitos; otros exámenes de laboratorio dentro de rangos normales. La biopsia de médula ósea con infiltración de células linfoides CD4+. La tomografía computarizada de abdomen mostró múltiples nódulos linfáticos iliacos; la biopsia en ese sitio no se realizó por problemas de accesibilidad.

Inició tratamiento con poliquimioterapia (ciclofosfamida, bleomicina, doxorubicina, vincristina, procarbazona y prednisona), mostrando remisión parcial.

Este caso se publica por la peculiar manifestación cutánea, la cual no se observa con frecuencia, y de la cual debemos hacer diagnósticos diferenciales clínicos para evitar tratamientos inadecuados de una enfermedad que debe ser tratada a la mayor brevedad.

Domínguez M. Residente de 4º Año del Curso de Dermatología

Madan V, August PJ, Chalmers RJG. Efficacy of topical tacrolimus 0.3% in clobetasol propionate 0.05% ointment in

therapy-resistant cutaneous lupus erythematosus: a cohort study (Eficacia del tacrolimus tópico al 0.3% en ungüento de propionato de clobetasol en el tratamiento de lupus cutáneo resistente: un estudio de cohorte). Clin Exp Dermatol 2009; 35(1): 27-30.

Los esteroides tópicos de alta potencia son la primera línea de tratamiento en el lupus eritematoso cutáneo (LEC). En algunos casos se utilizan tratamientos sistémicos. Existe un grupo de pacientes en los cuales es difícil obtener un adecuado control de la enfermedad. Los inhibidores de calcineurina tópicos han sido de utilidad en algunos casos; sin embargo, en ocasiones el vehículo no es el adecuado y las concentraciones disponibles no son tan efectivas. El objetivo de este trabajo fue determinar la utilidad de la aplicación de tacrolimus especialmente formulado al 0.3% en ungüento de clobetasol al 0.05% (TCPO) en pacientes con LEC. Se comparó con pacientes en tratamiento únicamente con tacrolimus al 0.1% (TO). La indicación fue aplicarlo 2 veces al día en lesiones activas. La revisión se hizo en intervalos de 3 meses, donde se registraba la respuesta al tratamiento, así como los efectos secundarios. La respuesta fue calificada como pobre, leve, buena y excelente. En el grupo de TCPO se incluyeron 13 pacientes, 11 con LE discoide, 1 con afección sistémica y otro con LEC subagudo. La duración media de tratamiento fue de 20 meses (rango 1-72). Se observó una respuesta buena o excelente en 5 y 6 pacientes, respectivamente. Un paciente tuvo mejoría leve y el que no respondió fue diagnosticado con lupus pernio. Los efectos adversos detectados fueron: acné, telangiectasias y lesiones atróficas en 3 pacientes respectivamente. No se observaron efectos adversos sistémicos. En el grupo de TO se incluyeron 5 pacientes con una duración media de tratamiento de 7 meses. Un paciente tuvo buena respuesta, 2 pacientes mejoría leve y en el resto no fue eficaz. A pesar de ser un estudio pequeño, los resultados sugieren que la mezcla de TCPO es más efectiva que el TO solo, así como el mismo propionato de clobetasol en ungüento al 0.05% como monoterapia para el tratamiento de LEC recalcitrante. Es necesario avalar estos resultados con ensayos clínicos aleatorizados para confirmar su eficacia.

Dra. Claudia Aquino. R4 Dermatología