

## Resúmenes

**Welsh O, Morales-Toquero A, Cabrera-Vera L, Vázquez-Martínez O, Gómez-Flores M, Ocampo-Candiani J. Actynomycetoma of the scalp after a car accident (Actinomycetoma de cráneo después de un accidente automovilístico). *Int Journal of Dermatology* 2011; 50: 854-857.**

El micetoma es una infección granulomatosa subcutánea crónica causada por bacterias actinomicéticas (actinomicetoma) o por hongos verdaderos (eumicetoma). Generalmente se desarrolla en forma secundaria a traumas mínimos en miembros pélvicos. En México, el actinomicetoma es el tipo más frecuente, su agente etiológico es la *Nocardia brasiliensis* en un 86%.

Los autores presentan el caso de una mujer de 44 años, diabética, con antecedente de haber sufrido un accidente automovilístico en el año 2001, lo que le ocasionó múltiples traumatismos en cara y cráneo. En el 2007 desarrolló neoformación en área temporal izquierda, que inicialmente parecía corresponder a un granuloma piógeno. Su cirujano plástico realizó biopsia por aspiración con aguja fina, en donde se observó únicamente un infiltrado linfohistiocitario. Es enviada al Servicio de Dermatología en el 2008; las notas médicas señalan que se trata de una neoformación friable, vascular, granulomatosa de 6 por 5 cm, con un nódulo satélite de 5 mm en canto externo de ojo izquierdo. Se realiza examen micológico directo y biopsia incisional que muestran presencia de granos de *Nocardia*; el cultivo determina que se trata de *N. brasiliensis*.

Se inicia tratamiento con amikacina 15 mg/k/d IM por 12 semanas y trimetoprim-sulfametoaxazol (TMP-SML) 8/40/kg/d VO c/12 h por 8 meses, con excelentes resultados terapéuticos, sin efectos secundarios ni recaídas.

La localización de la dermatosis es poco frecuente; sólo existen 13 casos comunicados en la literatura con esta topografía; de éstos, nueve fueron producidos por actinomicetos. Ninguno fue tratado con la combinación de amikacina-TMP-SML.

La terapéutica en esta paciente demuestra la efectividad y rapidez de respuesta con esta combinación, sobre todo por el potencial riesgo mortal que implica esta topografía.

*Dra. Alba Posligua Albán. R2.*

**Hsu JW, Matiz C, Jacob SE. Nickel allergy: Localized, Id, and systemic manifestations in children (Alergia al níquel: Manifestaciones sistémicas, localizadas e ides en niños). *Pediatric Dermatology* 2011; 28(3): 276-280.**

El níquel es el alergeno encontrado con mayor frecuencia en la dermatitis alérgica por contacto en niños, con predominio en el sexo femenino.

En los Estados Unidos, la incidencia comunicada fue de aproximadamente 9.7%; en la actualidad se ha elevado a un 26%; sin embargo, la verdadera prevalencia en niños se ha subestimado debido a que las pruebas epicutáneas confirmatorias no siem-

pre lo demuestran y las manifestaciones clínicas son diversas: sistémicas, ides, así como localizadas, siendo estas últimas las más comunes y fáciles de identificar, no así las primeras, que se confunden frecuentemente con *dermatitis atópica*.

En este artículo comunicamos una serie de cuatro casos de alergia al níquel en niños, confirmado con las pruebas epicutáneas, con manifestaciones clínicas diferentes, en donde se destaca que la dermatitis localizada en áreas de contacto directo al alergeno fue la variante más frecuente y la identificada con mayor facilidad; así mismo, se evidencia que las manifestaciones sistémicas y las ides fueron las variedades clínicas tardías de la alergia, pudiendo ser más persistentes y debilitantes.

Es fundamental el reconocimiento de las diferentes variedades clínicas de esta patología, ya que pueden dar lugar a síntomas crónicos y graves, pudiendo ser diagnosticados como *dermatitis atópica*, destacando la importancia del reconocimiento por el médico, sobre todo porque los índices de sensibilización en niños continúan en aumento.

*Dra. Ana Teresa Rodríguez Cruz. R2D.*

**Ogita A, Takada K, Kawana S. Case report of anaphylaxis due to tetracycline hydrochloride (Caso de anafilaxia secundario a ingesta de clorhidrato de tetraciclina). *Journal of Dermatology* 2011; 38: 597-599.**

Las tetraciclinas son antibióticos pertenecientes al grupo de inhibidores de la síntesis de proteínas, comúnmente utilizados en dermatología para el tratamiento del acné, rosácea, penfigoide ampolloso, entre otros. Se sabe que las tetraciclinas pueden producir exantema fijo a medicamentos, aunque la anafilaxia es rara; en la literatura sólo se han comunicado tres casos.

En este artículo se presenta el caso de una mujer japonesa de 17 años de edad, la cual tomó como tratamiento para acné clorhidrato de tetraciclina (250 mg)- Achromycin-V, fosfato de pirodoxal, flavina adenina dinucleótido de sodio y ácido ascórbico. Después de una hora y 15 min inició con urticaria y disnea, por lo cual acudió al Servicio de Urgencias de su unidad hospitalaria. No refería ningún antecedente de importancia. Los síntomas se resolvieron sin complicaciones después de ingerir clorhidrato de clorfenamina, hidrocortisona y prednisolona. Un mes después se le realizó la prueba de «prick test» con los fármacos sospechosos. Las tabletas se molieron hasta obtener polvo y se disolvieron en 10 mL de solución salina. Se consideró como positiva la presencia de una roncha mayor o igual a 5 mm o del doble del tamaño. Se observó eritema (30 mm x 20 mm) y una roncha (5 mm x 4 mm) en donde se aplicó el «prick test» con el clorhidrato de tetraciclina a los 30 y 45 minutos después del estudio, respectivamente. El prick test con el clorhidrato de tetraciclina en cinco sujetos sanos fue negativo, por lo que se concluyó que este caso correspondía a una reacción anafiláctica secundaria al clorhidrato de tetraciclina.

Con anterioridad se han comunicado en la literatura varios casos de reacciones anafilácticas severas y de erupción fija por fármacos secundarias a la ingesta de este grupo de medicamentos, aunque en sólo dos de ellos se ha evidenciado que el

clorhidrato de tetraciclina ha sido el responsable directo de estas reacciones. Las tetraciclinas como el clorhidrato de tetraciclina, la oxitetraciclina, dimetilclorhidrato de tetraciclina, la doxiciclina y la minociclina comparten el mismo núcleo con diferentes cadenas laterales. Se han observado reacciones cruzadas entre los diferentes tipos de tetraciclinas, lo que sugiere que el núcleo es la estructura determinante de la reactividad. Este caso y otros publicados previamente indican la importancia de que los médicos estemos al pendiente ante la posibilidad de que se presente anafilaxia secundaria a la ingesta de este fármaco, a pesar de que esta complicación es rara.

Dra. Paola Castañeda Gameros. R3 Dermatología.

**Ralph Daniel III C, Iorizzo M, Piraccini BM, Tosti A. Simple onycholysis (Onicólisis simple). Cutis 2011; 87: 226-228.**

La onicólisis se define como la separación de la lámina ungueal del lecho subyacente debido a la ruptura de la banda onicocorneal.

Generalmente inicia en el margen distal de la uña y progresar proximalmente; raramente existe inflamación y el área con onicólisis generalmente es lisa y de color blanquecino debido a la presencia de aire bajo la superficie de la uña desprendida, aunque en ocasiones puede observarse una coloración verdosa o café debido a la colonización del espacio por bacterias cromógenas (*P. aeruginosa*), mohos o levaduras.

Es importante señalar que la onicólisis simple no es hereditaria, ni se asocia a enfermedades sistémicas, fármacos, infección por dermatofitos, verrugas, neoplasias y enfermedades como psoriasis o liquen plano.

Es más frecuente en mujeres que en hombres. No existe predilección por raza, puede presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adultos.

El diagnóstico es clínico, la histopatología inespecífica.

Generalmente existe el antecedente de contacto con sustancias irritantes, cosméticos para uñas, jabones fuertes, alimentos como cítricos y trauma físico.

Causas frecuentes de traumatismos en las uñas de los pies incluyen golpearse los dedos, utilizar calzado que no ajusta correctamente, mantener las uñas demasiado largas y practicar deportes.

En uñas de manos: Manicure agresivo, aplastar el dedo con una puerta o un cajón, golpearse con objetos como martillos o usar la uña como herramienta.

La relación con *Candida* no está aún bien establecida; en dos estudios previos se le encontró por cultivo en más del 80% de los casos y la especie *Albicans* en más del 50%.

En general, se considera a la *Candida* sólo un colonizador secundario; de hecho, el tratamiento sistémico con antifúngicos no mejora la onicólisis.

Si no se da tratamiento, el defecto puede aumentar progresivamente. Se ha propuesto un sistema de clasificación que consta de cinco fases para evaluar el grado de separación.

La piedra angular del tratamiento es minimizar al máximo la posibilidad de trauma en el dedo afectado. Se recomienda a los pacientes mantener las uñas cortas, en línea recta, secarse cuidadosamente después de cada lavado, no usar las uñas como herramientas, ni uñas artificiales, utilizar calzado a la medida, evitar aplicar endurecedores, especialmente con formaldehído, ni otros cosméticos hasta que la onicólisis se haya resuelto, utilizar guantes de algodón debajo de guantes de látex o vinil.

La colonización por *pseudomonas* puede ser tratada con hipoclorito de sodio o ácido acético al 2%.

Es muy importante que un dermatólogo excluya causas de onicólisis secundaria.

Dra. Karina Ramos Ramos. R2.

**Chichava OA, Ariza L, Oliveira AR, Ferreira AC, Marques Da Silva LF, Barbosa JC, Ramos Jr. AN, Heukelbach J. Reasons for interrupting multidrug therapy against leprosy: The patient's point of view (Razones para la interrupción del tratamiento con poliquimioterapia contra la lepra. El punto de vista del paciente). Lepr Rev 2011; 82: 78-79.**

La adhesión al tratamiento en las enfermedades crónicas es un tema complejo que involucra no sólo al paciente, sino también al personal de salud. En los últimos años, en Brasil, se ha observado una reducción en la falta de adhesión a la poliquimioterapia antileprosa. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en el estado de Tocantins, Brasil, entre los años 2006 a 2008 en el que participaron 78 municipios y se incluyeron 1,076 pacientes se identificaron 351 (32.6%) que mencionaron haber suspendido su tratamiento por lo menos en una ocasión.

Actualmente, el estado de Tocantins es donde se descubre mayor número de casos de lepra, con una detección anual en 2009 de 88.54/100,000 en población general y en menores de 15 años de 26.48/100,000. Se interrogó a 348 pacientes sobre los motivos de interrupción del tratamiento. El 56% fueron hombres con un promedio de edad de 39 años. El tiempo promedio de interrupción fue de 15 días, siendo el máximo de tres años. Las tres primeras causas que respondieron el 86.2% de los que contestaron fueron la falta de disponibilidad de los fármacos en el centro de salud (63.2%), el olvido por parte del paciente (14.7%) y por los efectos secundarios de los fármacos (8.3%). Esto refleja que el sistema de salud en Brasil tiene todavía retos importantes para combatir este problema, sin olvidar la interacción con los pacientes y su entorno social, especialmente en áreas rurales. La importancia de la falta de adhesión al tratamiento radica en la posibilidad de que se desarrolle cepas de *Mycobacterium leprae* resistentes a la poliquimioterapia y que persistan fuentes transmisoras en las comunidades, por lo cual se sugiere la realización de estudios a futuro para mejorar la adhesión al tratamiento, principalmente en lugares altamente endémicos.

Dra. Marisa Franco Guzmán. R2 Dermatología.

**Basavaraj KH, Ashok MN, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. (Estrés y calidad de vida en psoriasis: una actualización.) Int J Dermatol 2011; 50: 783-792.**

En la psoriasis, enfermedad crónica, recidivante, con una prevalencia de 1 a 2% en la población general, existen muchos factores involucrados en su inducción y/o en su exacerbación, de los cuales uno de los más conocidos es el «estrés». Se considera que la reacción a los estados tensionales de la psoriasis está mediada posiblemente por la relación adrenohipotalámica, con efectos inmunológicos.

La respuesta a los estados tensionales da lugar a un aumento del nivel de hormonas neuroendócrinas y de neurotransmisores

autónomos. La tensión psicológica o una respuesta anormal a los «estresantes» se ha descubierto que modifica la evolución de padecimientos cutáneos como la psoriasis y además puede tener un impacto sustancial psicológico y psicosocial en la calidad de vida del paciente. Los regímenes de tratamiento incluyen estrategias para reducir estos estados de tensión, como son la retroalimentación biológica, la meditación, el yoga y las maniobras de autoayuda. Esta revisión enfoca la relación entre psoriasis y estados tensionales relacionando especialmente los aspectos psicosocial, psicológicos y emocional.

Hasta ahora no se conoce con exactitud la etiología de la enfermedad, sin embargo es un hecho que lo psicológico influye en la presencia y evolución de la misma. Este trabajo es interesante por el abordaje que presenta de la patología, aunque queda la duda sobre si los autores se refieren a los estados tensionales como origen o consecuencia de la enfermedad. Es necesario un manejo biopsicosocial del paciente con psoriasis, así como más estudios para definir las áreas de comorbilidad psicológica y psiquiátrica.

*Javier Martínez-Ortega. R2*