

Resúmenes

Ruiz de Luzuriaga AM, Ahsan H, Shea CR. Arsenical keratoses in Bangladesh-update and prevention strategies. (Queratosis arsenicales en Bangladesh: actualización en estrategias de prevención.) *Dermatol Clin* 2011; 29: 45-51.

Se calcula que el 95% de la población rural de Bangladesh ha bebido agua contaminada con arsénico.

De acuerdo con la OMS, el arsenicismo crónico se define como la ingesta diaria de arsénico en una cantidad mayor a 0.01 mg/L, en por lo menos seis meses. La latencia de aparición de los signos clínicos y síntomas por la exposición crónica varía de seis a 10 meses, hasta 20 años.

Su manifestación inicial es a nivel cutáneo, con la presencia de lesiones características denominadas queratosis arsenicales (QA). Las manifestaciones extracutáneas incluyen cambios neurológicos, desarrollo de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, gastrointestinal, pulmonar, vascular periférica o diabetes, reacciones adversas durante el embarazo, neuropatía periférica y malignidades internas, principalmente a nivel de pulmón y vejiga.

Se considera al arsénico como un carcinógeno clase 1, según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, ya que provoca estrés oxidativo, alteraciones en los factores de crecimiento celular, en la reparación y metilación del ADN, en la supresión del gen P53, anormalidades cromosómicas y en la amplificación de genes.

Se ha descrito que las QA son un marcador de detección temprana de arsenicismo. La dermatosis típica se manifiesta como placas eritmatosas o hiperpigmentadas, puntiformes, queratósicas, o lesiones de aspecto papular, de consistencia firme, que miden entre 2 y 10 mm de diámetro, localizadas principalmente en zonas expuestas a radiación solar o sitios de fricción, como las palmas, plantas y cara anterior de extremidades superiores. Otra topografía menos frecuente es a nivel de párpados, tronco y genitales. Se le clasifica en leve, moderada y severa, dependiendo de su tamaño. También pueden observarse en los mismos sitios áreas de hipopigmentación guttata sobre manchas hiperpigmentadas, así como pigmentación de mucosas, edema y congestión conjuntival. La enfermedad maligna resultante de la exposición crónica a arsénico incluye, a nivel cutáneo, el desarrollo de carcinoma epidermoide *in situ* o invasor, carcinoma basocelular, y menos frecuentemente del carcinoma de células de Merckel; este último predomina en otras áreas.

Los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de las lesiones cutáneas son: deficiencia de folatos, la exposición solar, el tabaquismo, la senectud, hiperhomocisteinemia y la disminución en la excreción urinaria de creatinina.

Las concentraciones de arsénico se miden en orina, pelo, uñas y plasma. Se les considera riesgosas si la cantidad excede 1-1.5 mg/kg en pelo y uñas, o más de 50 microgramos/L en orina.

El tratamiento es sintomático, se lleva a cabo con la aplicación de urea al 10-20%, o con ácido salicílico al 5-10%. A las neoplasias

cutáneas se les debe extirpar, tratar con criocirugía, electrofulguración o manejar con imiquimod al 5% o retinoides orales.

Se recomienda modificar la dieta e ingerir vitaminas, como la E, selenio, ácido fólico, riboflavina, y piridoxina, (lo anterior para influir en la metilación y detoxificación del arsénico), así como quelantes; como el ácido dimercaptosuccínico, la succinato dimercaptopropano, y la D-penicilamina.

Es de suma importancia dejar de consumir el agua contaminada, desinfectar, filtrar y remover el arsénico, realizar constantemente pruebas de seguridad, construir plantas de tratamiento adicionales, utilizar agua de lluvia, educar a la población, e instalar tuberías más profundas, ya que se ha comprobado que el agua que se obtiene a 350 metros de profundidad no está contaminada.

Dra. Laura E. Domínguez, R3.

Ortonne JP, Nikkels AF, Reich K et al. Efficacious and safe management of moderate to severe scalp seborrheic dermatitis using clobetasol propionate shampoo 0.05% combined with ketoconazole shampoo 2%: a randomized, controlled study. (Eficacia y seguridad en el manejo de dermatitis seborreica de piel cabelluda de moderada a severa con champú de propionato de clobetasol al 0.05% combinado con champú de ketoconazol al 2% estudio controlado, aleatorizado.) *Br J Dermatol* 2011; 1: 171-176.

La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria que afecta áreas de piel con abundantes glándulas sebáceas, como la piel cabelluda. Con la hipótesis de que la terapia combinada con propionato de clobetasol y ketoconazol champú favorece el éxito terapéutico, se realizó este estudio multicéntrico en el que participaron 326 pacientes, los cuales, de manera aleatoria, se dividieron en cuatro grupos.

El estudio se realizó en tres fases de cuatro semanas cada una. En la fase de tratamiento, el primer grupo recibió ketoconazol al 2% champú (K) dos veces a la semana; el segundo grupo, propionato de clobetasol al 0.05% champú (PC) dos veces a la semana; el tercer grupo, K dos veces a la semana y PC dos veces a la semana; el cuarto grupo, K dos veces a la semana y PC cuatro veces a la semana. En la fase de mantenimiento todos se aplicaron K dos veces a la semana y en la fase de seguimiento ningún paciente utilizó champús medicados.

Los parámetros de evaluación fueron eritema, escama, prurito y extensión. Los grupos que recibieron PC mejoraron más rápido y eficazmente (del 66 al 71 *versus* 57%) con respecto al grupo que utilizó K. En la fase de seguimiento la mejoría fue del 50% en todos los grupos. El perfil de seguridad fue similar en todos los esquemas, sin evidencia de atrofia.

Se concluye que el esquema combinando de K dos veces a la semana, más PC dos veces a la semana, seguido de una fase de mantenimiento con K dos veces a la semana, es seguro y efectivo para el tratamiento de esta dermatosis.

Dra. Nilda Eliana Gómez Bernal, R2.

Schrauben S, Bhanusali D, Sheets S et al. A case of Argyria: multiple forms of silver ingestion in a patient with comorbid schizoaffective disorder. (Un caso de Argyria: múltiples formas de ingestión de plata en un paciente con desorden esquizoafectivo.) *Cutis* 2012; 89: 221-224.

La argiria (A) es un padecimiento poco frecuente, ocasionado por el depósito de sales de plata en la piel. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de una pigmentación azul grisácea en zonas fotoexpuestas de la superficie corporal. Su manifestación es el resultado de exposición ocupacional, o por autoadministración de productos que contienen plata sin autorización médica.

En este artículo se comunica el caso de un paciente de 60 años, diabético, con trastorno esquizoafectivo quien consumía proteínas con plata coloidal desde 10 años atrás, debido a que deseaba recibir tratamiento con algo menos tóxico que los medicamentos alopáticos. Consumía dos galones de plata por día, además de mantener pegado a las mucosas oral y gingival un dólar de plata; reconoció también haberse inyectado en varias ocasiones nitrato de plata en el escroto. Presentaba una dermatosis diseminada a cara y cuello, de los que comprometía su totalidad, constituida por una hiperpigmentación azul grisácea homogénea, de límites bien definidos. Las escleróticas también se encontraban afectadas. Sus niveles séricos de plata fueron de 11 microgramos/L (incrementados).

Las proteínas de plata coloidal son suspensiones gelatinosas resultado de la mezcla de nitrato de plata, hidróxido de sodio, gelatina y agua, hasta obtener la concentración deseada. Después de su ingesta por vía oral, el 10% se absorbe en el intestino, en el torrente sanguíneo se adhiere a las proteínas plasmáticas desde donde se distribuye a todos los órganos. Se deposita en piel, hígado, bazo y glándulas suprarrenales. El diagnóstico se realiza por cuantificación urinaria y sérica. El tratamiento consiste en evitar el consumo y en la administración de quelantes como la D-penicilamina, la utilización de despigmentantes como la hidroquinona, el empleo de láser Q-switched Nd:Yag y evitar la exposición solar. En 1999, la FDA emitió una norma en la que se indica que los productos con sales de plata o ingredientes con plata no son seguros, y no deben comercializarse. En conclusión, actualmente la plata sigue utilizándose en terapias alternativas de divulgación popular. Los médicos deben advertir a sus pacientes sobre los efectos adversos a largo plazo por el empleo de éstas.

Dra. Lourdes Espinosa Alonzo-Romero, R2.

Tüzün Y, Engin B, Wolf R. Distribution and arrangement of multiple lesions in the anogenital region. (Distribución y disposición de lesiones múltiples en el área anogenital.) *Clin Dermatol* 2011; 29: 162-172.

Diversas enfermedades de la piel pueden afectar a la región anogenital, con presentaciones inusuales, por lo que es necesario realizar un cuidadoso enfoque clínico para diagnosticar correctamente, evaluando toda la superficie corporal y explorando internamente el área genital (en el caso de la mujer). Debe también elaborarse una historia clínica adecuada que incluya los antecedentes sexuales de los pacientes.

Éstas pueden ser de índole inflamatorio, infeccioso y neoplásico.

Inflamatorias. La mayoría, no están restringidas únicamente al área genital. Entre las más frecuentes se encuentran la

dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto, en las que se aprecia un borde eritematoso; psoriasis, caracterizada por placas simétricas con bordes bien delimitados; liquen plano, éste predomina en labios mayores en mujeres y escroto en hombres; liquen plano erosivo, cuya morfología incluye erosiones blanquecinas; liquen escleroso, que afecta también labios mayores y vulva en mujeres y glándula o cuerpo del pene en hombres, con presencia de atrofia y esclerosis; balanitis circinata como manifestación de la enfermedad de Reiter, etcétera.

Alteraciones Pigmentarias. Causas comunes de discromía del área genital incluyen: liquen plano, eritema pigmentado fijo, *Acantosis nigricans* y vitiligo, entre otros.

Desórdenes ampollosos y ulceraciones. En estas áreas son frecuentes el pénfigo y el penfigoide, las dermatosis inflamatorias como liquen plano erosivo y escleroso. Reacciones por fármacos, como el síndrome de Stevens-Johnson y la NET. Dermatitis infecciosas, como el herpes genital. Tumores, como en el caso de enfermedad de Paget extramamaria y carcinoma espinocelular.

Infecciones. Representan un reto diagnóstico. Entre los más frecuentes se encuentran el quiste pilonidal, la hidrosadenitis supurativa, infecciones estreptocócicas, candidosis con lesiones satelitales, tiña cruris con placas de borde eritematoso y escama en superficie, escabiasis y pediculosis del pubis.

Enfermedades de transmisión sexual. Incluye infección por virus del papiloma humano (VPH), herpes genital considerado como la principal causa de úlceras genitales, chancro sifilítico, linfogranuloma venéreo, chancroide e infección por VIH.

Tumores benignos. Su presentación es similar a otras topografías. Incluye a los angioqueratomas, que se manifiestan por lo regular como neoformaciones múltiples de color azul-violáceo; linfangioma caracterizado por pápulas de aspecto verrugoso que pueden simular procesos infecciosos.

Tumores malignos. Eritroplasia de Queyrat, se presenta en pacientes de edad avanzada, representa una neoplasia intraepitelial de alto grado en localización genital. Papulosis bowenoide, condiloma gigante de Buscke-Lowenstein, asociado a infección por VPH. Paget extramamario, caracterizado por placas blanquecinas grisáceas infiltradas. Carcinoma espinocelular que representa el tumor maligno más frecuente del área genital. Melanoma, principalmente en vulva.

El artículo muestra un panorama general de las distintas entidades que comprenden lesiones cutáneas en el área anogenital. El diagnóstico diferencial de todas estas lesiones a menudo depende de la distribución y disposición de las lesiones en la piel, y del estudio histopatológico.

Dra. María Eugenia Sánchez Uriarte, R2.

Achour A, Mankai A, Thabet Y et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly (Lupus eritematoso sistémico en la vida adulta.) *Rheumatol Int* 2012; 32: 1225-1229.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multifactorial que afecta en su mayoría a mujeres en edad reproductiva. La mayoría de los casos se diagnostica entre los 10 y 50 años. Se define como LES de inicio tardío cuando se presenta en mayores de 65. Los pacientes que presentan la variedad de inicio tardío cursan con manifestaciones clínicas y parámetros laboratoriales diferentes con respecto al grupo convencional.

Este estudio realizado en Túnez, fue retrospectivo e incluyó a 18 pacientes mayores de 65 años de un total de 342 con diagnóstico de LES, estudiados entre los años de 1994 al 2009. Todos cumplían con por lo menos 4 de los 11 criterios sugeridos por el Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de LES. La frecuencia del lupus eritematoso sistémico fue del 5.3%. La edad media de inicio de la enfermedad fue de 70 años (con un rango de 66 a 78 años), con una relación mujer:hombre de 5 a 1.

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron, anemia en el 83.3%, artralgias en el 55.5%, artritis en el 38.9%, eritema malar en el 33.3%, proteinuria y alteraciones neuropsiquiátricas en el 27.8%, pericarditis en el 16.7% de los casos. En cuanto a los anticuerpos, el 66.7% resultó positivo para anti-ADN de doble cadena, anti-nucleosomas positivos en el 50%, anti-SSA y anti-RNP en un 27.8%, anti-Sm en un 22%, y anti-SSB en un 11%.

En conclusión, es importante reconocer la existencia de este subgrupo de pacientes para no realizar un diagnóstico erróneo y tardío y poder hacer un seguimiento adecuado.

Dra. Alba Lorena Posligua Albán, R3.

Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS et al. Understanding and managing atopic dermatitis in adults patients. (Entendiendo y manejando la dermatitis atópica en los pacientes adultos.) *Semin Cutan Med Surg* 2012; 31: 18-22.

La dermatitis atópica (DA) en los adultos es una enfermedad dermatológica importante. Su prevalencia aproximada es de 1 a 3%. Un paciente puede haber iniciado en la infancia, con persistencia del padecimiento hasta la edad adulta, o debutar con ella en la adultez, lo cual no es frecuente. Esto se debe a que la enfermedad está determinada genéticamente, además de que se han observado, a nivel ultraestructural, mutaciones en el gen de la filagrina, lo que disminuye el número de copias de monómeros de ésta, con la subsecuente disminución en la expresión de esta proteína en la piel, que clínicamente se traduce en mayor severidad de la enfermedad. El cuadro clínico en los adultos es diferente al de los niños. Las áreas más afectadas son las zonas de extensión de brazos y piernas, el tronco, la cara posterior de cuello y las manos. Los signos y síntomas tienden a ser menos severos y son más evidentes la xerosis y la liquenificación. Se ha comunicado un porcentaje alto de colonización por *S. aureus* en adultos, y por *Malassezia*. La DA se encuentra entre el grupo de enfermedades dermatológicas en el que las alteraciones psiquiátricas se consideran comorbilidades y se ha visto que aun los cuadros leves causan estos trastornos. Las opciones terapéuticas de la dermatitis atópica en el adulto son las mismas que para pacientes jóvenes, con muy pocas variaciones.

Dra. Mónica Olivia Rivera Ramírez, R2.