

Resúmenes

Sección realizada por médicos residentes del Centro Dermatológico Pascua

Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology (Estrés y factores psiconeuroinmunológicos en dermatología). *Dermatol Clin* 2005;23:609-17.

Los factores psicológicos y sociales influyen en los procesos patológicos mediante dos mecanismos principales: procesos psicosociales y comportamientos orientados a la salud. Los primeros comprenden factores que afectan la interpretación y respuesta a episodios y situaciones de estrés cotidianos, como: ánimo, personalidad, red social, etc., y los segundos se enfocan más a situaciones objetivas, como: ejercicio, tabaquismo, horas de sueño y nutrición.

Todos estos factores intervienen e influyen de manera directa en la respuesta inmunitaria del organismo. La ciencia que ocupa su interrelación es la psiconeuroinmunología.

En los estudios realizados se han encontrado datos interesantes; por ejemplo, los sentimientos negativos (hostilidad, represión, etc.) se han asociado con concentraciones alteradas de leucocitos en la sangre periférica, con aumento de las células NK y de la producción de algunas citocinas y con disminución de otras muy útiles, como la IL-12.

El estrés y la depresión causan la liberación de hormonas hipofisarias y suprarrenales, que tienen múltiples efectos en la función inmunológica. En los pacientes psiquiátricos este tema se ha estudiado a profundidad; se han reportado diferentes alteraciones inmunológicas, como: menor velocidad de curación de heridas y úlceras por la producción aumentada de citocinas proinflamatorias (IL-6).

Los pacientes con depresión mayor tienen disminución de los linfocitos CD8+ y mayor predisposición a infección por virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2) recurrente.

La influencia psicológica es de vital importancia en la dermatología como factor agregado en algunas enfermedades en específico, como factor desencadenante en otras y en el curso de la enfermedad en cuanto al tiempo de exacerbaciones y remisiones.

Existen numerosas comunicaciones en la bibliografía que tratan de la eficacia de las técnicas psiquiátricas para modificar la conducta, como: la psicoterapia y la hipnosis.

Se ha comprobado que éstas tienen influencia directa en la respuesta de hipersensibilidad retardada, en el eritema inducido por luz UVB y en la manifestación de ronchas posterior a la inyección subcutánea de histamina.

Los padecimientos cutáneos en los que se ha demostrado asociación significativa con los estados psicológicos específicos son: hiperhidrosis, efluvio felógeno, prurito idiopático, liquen simple, rosácea, alopecia areata, vitiligo, dermatitis seborreica, psoriasis, acné, dermatitis atópica, verrugas virales, herpes simple y urticaria.

La hormona estimulante de melanocitos α (α -MSH) es uno de los mediadores antiinflamatorios más importantes de la comunicación entre la psique, los sistemas endocrino e inmunológico y la piel. Se secreta en respuesta a la proopiomelanocortina, al disminuir la producción de TNF α e IL-1 y aumentar la de IL-10. En la actualidad, los análogos de α -MSH constituyen una opción terapéutica prometedora para el campo de la dermatología, sobre todo en los siguientes padecimientos: psoriasis, dermatitis atópica, urticaria y vitiligo.

Campos MM. Residente de segundo año de dermatología

Vinh QCh, Moschella S, Zembowicz A, Liu V. Clinical and pathologic findings of paraneoplastic dermatoses (Hallazgos clinicopatológicos de la dermatosis paraneoplásica). *J Am Acad Dermatol* 2006;54:745-62.

Las dermatosis paraneoplásicas constituyen un grupo heterogéneo de manifestaciones cutáneas que expresan

alguna malignidad interna. Es importante reconocer dichas manifestaciones, ya que de esta manera puede diagnosticarse anticipadamente una neoplasia.

Entre estas dermatosis se encuentran:

Acantosis nigricans: aparece alrededor de los 40 años de edad y su evolución es paralela a la aparición de la neoplasia. En 70 a 80% de los casos se asocia con adenocarcinomas intraabdominales y en 50 a 60% con cáncer gástrico. Debe recordarse su asociación con la resistencia a la insulina.

Ictiosis adquirida: se asocia con linfoma de Hodgkin en 70 a 80% de los casos.

Signo de Leser Trélat: aparición súbita o aumento de tamaño y número de queratosis seborreicas. Se asocia con cáncer de pulmón y gástrico.

Síndrome de Bazex: es más frecuente en hombres con edades entre 60 y 70 años. Se asocia con carcinoma de células espinosas de la orofaringe, la laringe, el esófago y el pulmón.

Dermatomiositis: se manifiesta en la edad adulta y se asocia con cáncer ovárico.

Pénfigo paraneoplásico: coexiste con procesos linfoproliferativos en 42% de los casos, con linfoma no Hodgkin y con leucemia en 29% de éstos.

Eritema gyratum repens: se asocia con carcinoma bronquial en 32% de los casos.

Eritema migratorio necrolítico: se considera marcador de tumor pancreático de células alfa.

Síndrome de Sweet: en 20% de los casos se asocia con reticulohistiocitosis multicéntrica. Existen casos relacionados con leucemia, cáncer ovárico, de mama y uterino.

Pioderma gangrenoso: cuadro clínico e histológico polimorfo, se asocia con neoplasias hematológicas y más a menudo con leucemia mielogénica. También se asocia con mieloma múltiple.

Xantogranuloma necrobiótico: neoformaciones de color rojo anaranjadas, ulceradas en la superficie, que se encuentran en la región periorbitaria o el tronco. Se asocia en 80% de los casos con gammapatía monoclonal tipo IgG.

Escleromixedema: padecimiento constituido por pápulas de 2 a 4 mm de diámetro, distribuidas de forma asimétrica en la cara y los brazos. Desde el punto de vista histopatológico, se observa proliferación fibroblástica e infiltrado perivascular linfocitario

moderado. Se asocia con gammapatía monoclonal tipo IgG.

Hipertrichosis lanuginosa adquirida: lanugo en la cara y el tronco. En los varones se asocia con cáncer de pulmón y en las mujeres con cáncer colorrectal.

Los autores revisaron las 16 dermatosis paraneoplásicas que se consideran más frecuentes y estadísticamente mejor sustentadas. Detallaron, sobre todo, los aspectos clínicos que pueden ser de ayuda para orientar al médico hacia un diagnóstico integral.

Mendoza P. Residente de dermatooncología y cirugía dermatológica

Vieira V, Del Pozo J, Yebra-Pimentel MT, et al. Lupus erythematosus tumidus: a series of 26 cases (Lupus eritematoso tumidus: una serie de 26 casos). Int J Dermatol 2006;45:512-7.

Introducción: el lupus eritematoso tumidus se ha descrito como un subtipo del lupus eritematoso cutáneo crónico, cuya prevalencia e incidencia se desconocen. No hay criterios diagnósticos clínicos e histopatológicos aceptados para el lupus eritematoso tumidus.

Pacientes y método: estudio retrospectivo de 26 casos de lupus eritematoso tumidus, diagnosticados entre 1996 y el 2002. El diagnóstico se hizo de acuerdo con la clínica, histología y respuesta terapéutica. Se incluyeron 13 mujeres y 13 hombres, entre 18 y 74 años de edad (media 42.29 años).

Resultados: la incidencia por sexo fue similar. Las placas eritematosas y edematosas sin escama fueron la manifestación más frecuente; la cara y las extremidades superiores fueron los sitios más afectados. La relación con la exposición solar se observó en 16 pacientes, con un tiempo transcurrido entre ésta y la erupción menor de dos semanas.

Desde el punto de vista histopatológico, todos los pacientes tuvieron infiltrado de predominio linfocitario, con disposición perivascular y perianexial, además de un grado variable de depósitos de mucina en la dermis.

La inmunofluorescencia directa se realizó en 15 pacientes; 11 fueron negativos. Veintitrés pacientes tuvieron hemogramas normales, 20 VSG normal y 23 pacientes fueron ANA negativos.

Todos los enfermos recibieron protección solar. El tratamiento farmacológico inicial fue con esteroides tópicos de moderada potencia; los síntomas se controlaron en 21 pacientes. Sólo cinco pacientes requirieron antimaláricos orales para controlar las lesiones cutáneas.

La mayoría de los pacientes manifestó recurrencias leves durante la primavera o verano. Más del 50% de los pacientes permaneció asintomático sólo con adecuada protección solar. Ninguno de los pacientes cursó con lupus eritematoso tumidus o con otro tipo de lupus eritematoso cutáneo crónico durante el curso de la enfermedad.

Discusión: los criterios definitorios del lupus eritematoso tumidus no son universalmente aceptados. La principal controversia es la aceptación de que el lupus eritematoso tumidus es un subtipo separado del lupus eritematoso cutáneo crónico.

Conclusiones: los criterios histopatológicos deben utilizarse para diagnosticar lupus eritematoso tumidus. Este subtipo de lupus eritematoso se distingue por: intensa fotosensibilidad, lesiones clínicas precisas, curso benigno, ausencia de enfermedad sistémica, buena respuesta terapéutica a esteroides tópicos y antimaláricos orales y tendencia a la recurrencia. Deben realizarse más estudios para establecer la verdadera incidencia del lupus eritematoso tumidus, ya que ésta se subestima.

Villaseñor P. Residente de tercer año de dermatología

Tuchinda C, Srivannaboon S, Lim H. Photoprotection by window glass, automobile glass, and sunglasses (Fotoprotección por cristales de las ventanas, autos y lentes para sol). J Am Acad Dermatol 2006;54:845-54.

En esta revisión los autores describen las distintas variedades de cristal y su capacidad para filtrar la radiación ultravioleta; destaca su papel como fotoprotectores cutáneos y oculares.

En la actualidad, las construcciones comerciales y particulares tienden a aumentar el número y tamaño de las áreas iluminadas y, por lo tanto, el de las ventanas; al mismo tiempo, les agregan protección ultravioleta, que ayuda a controlar la temperatura exterior e interior. El vidrio es una combinación de

arena con otros materiales, como la caliza. Esto resulta en una mezcla que se enfría de manera gradual y que se convierte en material sólido sin la formación de cristales, lo cual origina un vidrio transparente. De acuerdo con sus características hay varios tipos de vidrios con propiedades particulares, como: el vidrio claro o transparente; el teñido o absorbente de calor; el reflejante y el laminado, este último contiene una capa plástica entre dos de vidrio; el vidrio cubierto con bloqueador UV, y el vidrio aislante con bloqueador UV y espectro selectivo. Esto le brinda propiedades particulares a los vidrios que, junto con el color, la cubierta y el material entre las capas de vidrio, le confieren cierto factor de protección solar. El grosor tiene mínimo efecto en la transmisión de la radiación UV. En los autos, por seguridad, los vidrios se hacen laminados, mismos que filtran casi toda la radiación UV; el teñido adicional aumenta su capacidad fotoprotectora. En cuanto a los lentes para sol se busca que protejan, en particular, la córnea, el cristalino y la retina, por lo que se recomienda tomar en cuenta las normas ANSI Z80.3 y AS1067. Se pretende reducir la luz visible que los traspasa y el color oscuro del vidrio; deben evitarse los vidrios negros, ya que dilatan la pupila y aumentan la exposición a la radiación UV. Dichos lentes deben cubrir las cejas y las caras laterales del ojo, para evitar que la radiación UV llegue a la córnea y al cristalino.

Moreno G. Residente de dermatooncología y cirugía dermatológica

Chung L, Fiorentino D. A pilot trial of treprostinil for the treatment and prevention of digital ulcers in patients with systemic sclerosis (Estudio piloto con treprostinil para el tratamiento y prevención de úlceras digitales en pacientes con esclerosis sistémica). J Am Acad Dermatol 2006;54:880-2.

Las úlceras digitales ocurren en 50% de los pacientes con esclerosis sistémica limitada o difusa. El treprostinil es un análogo de la prostaciclina, aprobado en Estados Unidos para tratar la hipertensión arterial pulmonar. Se realizó un estudio piloto para evaluar el efecto de treprostinil en la curación y prevención de úlceras digitales en pacientes con esclerosis sistémica.

Pacientes y método: estudio piloto que incluyó pacientes entre 18 y 75 años de edad y que cumplían con los criterios de la *American College of Rheumatology* para esclerosis sistémica limitada o difusa. Los enfermos tenían al menos una úlcera digital, que no disminuía de tamaño por más de dos meses. Durante el estudio se permitieron los tratamientos convencionales (salvo vendajes hidrocoloides).

Todos recibieron una infusión subcutánea continua de treprostinil durante 12 semanas, seguida de un periodo de observación sin tratamiento durante ocho semanas. La infusión de treprostinil inició con 2.5 ng/kg/min y fue aumentando a 2.5 ng/kg/min cada semana, hasta la dosis más alta tolerable (máximo 15 ng/kg/min). Se evaluaron los cambios en el diámetro de la úlcera más grande, en el resto de las úlceras digitales, el número de estas últimas y la aparición de nuevas lesiones. Se utilizaron escalas análogas visuales para registrar la evaluación global del paciente por el médico y la evaluación de incapacidad por el enfermo.

Resultados: se incluyeron 12 pacientes, de los cuales siete lo abandonaron antes de la segunda semana de seguimiento. Cinco de los siete dejaron el estudio debido al dolor intenso en el sitio de la inyección y dos por gangrena progresiva (requirieron amputación). De los cinco sujetos que completaron el estudio, todas fueron mujeres con esclerosis sistémica difusa, de 36 a 63 años de edad. Dos tenían lesiones principales en los pulpejos digitales y tres en las articulaciones interfalángicas. El porcentaje de curación de las úlceras más grandes fue del 80%, mayor al porcentaje de curación de las úlceras basales, que fue del 22%. No hubo diferencia con significado estadístico entre el número de úlceras digitales antes y después del tratamiento. No aparecieron nuevas lesiones durante la infusión de treprostinil.

Discusión: aunque es efectivo, el alto índice de reacciones en el sitio de inyección limita su utilidad. Se requieren estudios controlados para confirmar estas observaciones y determinar la duración y las dosis apropiadas.

Gutiérrez T. Residente de tercer año de dermatología

Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient

(Evaluación psiquiátrica del paciente dermatológico). Dermatol Clin 2005;23:591-9.

Los trastornos psiquiátricos se manifiestan en al menos 30% de los pacientes dermatológicos que tienen enfermedades primarias, como dermatosis autoinflingidas, y enfermedades secundarias, como acné o psoriasis.

Durante el estudio del paciente dermatológico es necesario mantener una buena relación médico-paciente, para evaluar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida e identificar las alteraciones psiquiátricas. Los pacientes que así lo requieran deberán ser referidos con el psiquiatra para recibir el tratamiento necesario.

Algunos de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes dermatológicos son: depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, de ansiedad, como fobia social y síndrome de estrés postraumático, trastornos de la imagen corporal y síndromes psicóticos, como estados de delirio.

Este artículo resalta la importancia del dermatólogo para identificar a los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados, para ofrecerles el apoyo necesario y obtener así una respuesta favorable al tratamiento.

Malo Juvera R. Residente de segundo año de dermatología

Nair PS, Moorthy P, Suprakasan S, et al. Histoid leprosy –unusual presentation (Lepra histioide –manifestación poco común). Int J Dermatol 2006;45:433-6.

En este artículo se comunica el caso de un hombre de 39 años de edad, con una úlcera crónica en el primer orjeo y múltiples pápulas hiperpigmentadas, bien definidas, brillantes y asimétricas en la espalda, los brazos y las rodillas. Inició como una erosión pequeña, que se ulceró en un año y medio, mientras que las pápulas progresaron en alrededor de seis meses; primero aparecieron en la espalda y luego se extendieron hacia los brazos y las rodillas. También tenía lesiones de aspecto tumoral, múltiples, pediculadas, eritematosas, de diferentes tamaños en el muslo derecho y una úlcera bien definida, de 4 x 3 cm, en el segundo orjeo izquierdo, cubierta por tejido necrótico, con pérdida de la sensibilidad a la temperatura, el tacto y

el dolor. Los nervios auricular mayor, cubital, radial y peroneo estaban engrosados, pero no dolían. Se realizó biometría hemática completa, pruebas de función renal y hepática y radiografía de tórax. El ultrasonido abdominal fue normal y la prueba de VIH negativa. Las baciloscopias del lóbulo de la oreja demostraron bacilos con índice bacteriológico de 6+ e índice morfológico del 50%. Las pápulas hiperpigmentadas de la espalda y las lesiones de aspecto tumoral tuvieron un índice bacteriológico de 5+ e índice morfológico del 50%. La piel sana mostró un índice bacteriológico de 4+ e índice morfológico del 5%. La biopsia de las pápulas y de las lesiones tumorales pediculadas demostró organismos ácido-alcohol resistentes y macrófagos espumosos compatibles con lepra histioide. La tinción de Fite-Faraco demostró células llenas con bacilos de la lepra. Se realizó diagnóstico de lepra histioide. El tratamiento fue a base de dapsona, clofazimina, rifampicina y ofloxacina.

En 1963 Wade describió la lepra histioide; es una variante de lepra lepromatosa. Las lesiones histioides aparecen por resistencia a fármacos, tratamientos inadecuados o mutaciones. También puede ocurrir *de novo* o debido a recaídas. Los tumores pedunculados son muy raros y pueden reaccionar al tratamiento multibacilar con dapsona, clofazimina y rifampicina. Otros medicamentos utilizados son: ofloxacina, minociclina o claritromicina.

Vázquez M. Residente de tercer año de dermatología

Issam RH, Nusrat B. Autosomal recessive plasma cell panniculitis with morphea-like clinical manifestation (Paniculitis de células plasmáticas autosómica recesiva de tipo morfea como manifestación clínica). J Am Acad Dermatol 2006;54:S189-91.

Se comunica el caso de dos hermanos con cuadros similares. Caso 1: mujer de 13 años de edad, con antecedente de cinco años de manifestar placas color marrón y asintomáticas en la cara interna de ambos muslos, con extensión hacia el pubis y los glúteos. A la exploración física se observaron áreas bien marcadas de induración e hiperpigmentación en la cara interna de los muslos, con extensión hacia el pubis, lo que ocasionó inflamación de los labios mayores, y la cara interna de ambas rodillas. La marcada induración

de la piel y la atrofia produjeron deformidad de las áreas afectadas. Caso 2: hombre de 11 años de edad, con lesiones similares, de dos años de evolución, con antecedente de cefalea, el cual se diagnosticó con hipertensión intracraneal benigna. A la exploración física se apreciaron lesiones similares al caso anterior, con endurecimiento en la cara interna de los muslos, con extensión hacia el pubis y la región baja del abdomen, y con hiperpigmentación difusa del escroto, lo que causó deformidad del área afectada. Ambos pacientes manifestaron hipertrichosis leve por encima de las placas. Se les realizaron exámenes de laboratorio, incluidos: biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y renal, factor reumatoide, anticuerpos antiborrelia, que se reportaron normales, VSG (paciente 1: 75 mm/h, paciente 2: 125 mm/h), y anticuerpos antinucleares (paciente 1: 1:160, paciente 2: 1:320). En ambos casos la resonancia magnética nuclear demostró edema subcutáneo. La biopsia incisional, superficial y profunda, del muslo izquierdo de ambos pacientes demostró intenso infiltrado de células plasmáticas y linfocitos, y fibrosis en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo. Se apreciaron cuerpos de Russell, células gigantes multinucleadas y depósitos de hemosiderina; los vasos sanguíneos no estaban implicados. Al inicio se les trató con prednisolona, a razón de 20 mg/día, durante un año, lo que redujo la induración de la piel y la inflamación. Debido a que no hubo gran mejoría se agregó metotrexato, a dosis de 10 mg/semana, que ayudó a reducir la induración; se suspendió después de un año, por no haber mejoría evidente. En una nueva biopsia se continuó observando paniculitis de células plasmáticas, con cambios no significativos en la intensidad del infiltrado.

Discusión: en dichos pacientes el diagnóstico de morfea profunda parecía ser el más adecuado, debido a la afectación extensa de la hipodermis y a la hiperpigmentación sin afectación sistémica. Sin embargo, los rasgos clínicos idénticos y el cuadro histológico de paniculitis con células plasmáticas en los dos hermanos causaron confusión. El antecedente familiar de consanguinidad y la manifestación de la enfermedad en ambos hizo pensar en herencia autosómica recesiva. Este padecimiento puede corresponder a una nueva enfermedad, por las siguientes razones: 1) modo autosómico recesivo de herencia; 2) dos hermanos con manifestación clinicopatológica idéntica, y 3) persis-

tencia de infiltrado de células plasmáticas durante cinco años sin progresión de la enfermedad.

Martínez JA. Residente de tercer año de dermatología

Femiano F, Gombos F, Scully C. Burning mouth syndrome: the efficacy of lipoic acid on subgroups (Síndrome de la boca ardorosa: eficacia de los ácidos lipoicos en subgrupos). J Eur Acad Dermatol Venereol 2004;18:676-8.

El síndrome de la boca ardorosa, también conocido como disestesia oral, glosopirosis o glosodinia, se distingue por la sensación ardorosa en la lengua y en otros sitios orales, generalmente en ausencia de hallazgos clínicos y de laboratorio.

En un número importante de casos no está clara la causa o hay una alteración psicógena subyacente que enmascara los síntomas. Los antidepresivos o ansiolíticos pueden ayudar, pero no siempre son efectivos. En estudios previos se ha demostrado que los ácidos alfa lipoicos (Tiobec) pueden ser efectivos en el síndrome de la boca ardorosa. En este estudio se analizaron los efectos del ácido lipoico en pacientes con síndrome de la boca ardorosa y se compararon los pacientes tratados con o sin tranquilizantes.

Pacientes y método: se estudiaron dos grupos de pacientes. El grupo A lo integraron 20 pacientes (14 mujeres y 6 hombres entre 43 y 70 años de edad), quienes eran hipocondriacos, tenían cancerofobia y habían recibido tratamiento con tranquilizantes durante al menos seis meses antes de la manifestación del síndrome de la boca ardorosa. Todos tenían baja autoestima, algunos estaban insatisfechos con los logros de su vida y en todos había aumento del dolor ocasionado por dicho síndrome, asociado con conflictos interpersonales.

El grupo B lo conformaron 20 pacientes (14 mujeres y 6 hombres de 35 a 68 años de edad). Todos padecían ansiedad crónica, pero nunca usaron tranquilizantes.

A ambos grupos se les dio ácido alfa lipoico, a razón de 200 mg por vía oral, en asociación con un gastroprotector durante dos meses.

Resultados: en el grupo A cuatro pacientes tuvieron marcada mejoría de los síntomas, siete ligera disminución del ardor, dos empeoraron y siete no tuvieron cambio alguno.

En el grupo B 11 pacientes manifestaron completa resolución del ardor oral, cuatro marcada mejoría, tres ligera disminución de los síntomas y dos no experimentaron cambio alguno.

Discusión: el síndrome de la boca ardorosa se considera un padecimiento psicósomático. En algunos casos los factores psicológicos predisponen al síndrome de la boca ardorosa, mientras que en otros, éste predispone a una alteración psicológica. Se ha demostrado que el ácido alfa lipoico puede ser efectivo en algunos pacientes con síndrome de la boca ardorosa. Dicho ácido es una potente coenzima mitocondrial antioxidante, esencial para varias reacciones del ciclo de Krebs y de la glucólisis, que regenera mediante el ciclo de óxido-reducción a otros antioxidantes, como las vitaminas C y E, y que incrementa las concentraciones de glutatión celular y estimula la producción de factores de crecimiento neuronal.

Los pacientes con síndrome de la boca ardorosa tratados con tranquilizantes respondieron pobremente al tratamiento con ácido lipoico en comparación con los que no recibieron psicoterapia psicotrópica previa.

Se concluye que los pacientes con síndrome de la boca ardorosa, con las características del grupo A, requieren terapias psicológicas o psiquiátricas, mientras que los pacientes del grupo B pueden ser tratados sin éstas.

Arias A. Residente de tercer año de dermatología