

Resúmenes

Sección realizada por médicos residentes del Servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nguyen VT, Arredondo J, Chernyvasky A, Pittelkow M, Kitajima Y, Grando S. Pemphigus vulgaris acantholysis ameliorated by cholinergic agonists (Mejoría con agonistas colinérgicos en acantólisis del pénfigo vulgar). Arch Dermatol 2004;140:327-34.

Antecedentes: el pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmunitaria de la piel y las mucosas mediada por anticuerpos IgG, que se distingue por la aparición progresiva de ampollas y erosiones que no se curan. Los pacientes desarrollan autoanticuerpos contra las moléculas de adhesión y los receptores colinérgicos en los queratinocitos, con la finalidad de regular la adhesión celular.

Objetivo: determinar cómo un agonista colinérgico puede abolir la acantólisis inducida por IgG en el pénfigo vulgar.

Material y métodos: se utilizaron dos grupos pequeños de ratones desnudos, atímicos, inyectados con IgG PV o con IgG PV más carbacol (0.04 µg/g de peso corporal); un tercer grupo recibió IgG de pacientes sanos (control negativo). Sólo los ratones del primer grupo manifestaron ampollas (controles positivos); sin embargo, en el grupo que recibió IgG PV más carbacol se observaron áreas de acantólisis intraepidérmicas en el estudio histopatológico y en la IFD se detectó IgG en la membrana de los queratinocitos. Mediante experimentos *in vitro* se determinó la expresión de moléculas de adhesión en la monocapa de los queratinocitos sanos, incubados durante la noche con 0.25 mM de carbacol, por las técnicas semicuantitativas Western blot e inmunofluorescencia.

Resultados: el carbacol aumentó la concentración de E-caderina en los queratinocitos ($p < 0.05$), sin cambiar la

de placoglobina ($p > 0.05$). El nivel de fosforilación de la E-caderina y placoglobina se elevó en el grupo que recibió sólo IgG PV, mientras el efecto del IgG PV disminuyó con 0.5 mM de carbacol. El bromuro de piridostigmina, un inhibidor de la acetilcolinesterasa, produce efectos similares al carbacol, lo cual explica la eficacia clínica en los pacientes con pénfigo vulgar activo, resistentes al tratamiento con glucocorticoides. El bromuro de piridostigmina (360 mg/d) controló la enfermedad en un paciente con pénfigo vulgar, con dosis menores de prednisona que las prescritas antes de iniciar el tratamiento con bromuro de piridostigmina.

Conclusión: la explicación del control colinérgico en la adhesión de los queratinocitos amerita nuevas consideraciones para establecer terapias antiacantolíticas mediante fármacos colinérgicos.

Elba Lucía Rangel Gamboa

Iorizzo M, Vincenci C, Voudouris S, et al. Finasteride treatment of female pattern hair loss (Tratamiento con finasteride de la alopecia de patrón femenino). Arch Dermatol 2006;142:298-302.

Antecedentes: la alopecia de patrón femenino es la forma más común de pérdida de cabello, ya que afecta a 50% de las mujeres durante su vida. Existen tres tipos de alopecia: el patrón en árbol de navidad, Ludwig y Hamilton; si no se trata puede tornarse progresiva. El tratamiento habitual consiste en minoxidil tópico, pero en ocasiones no es aceptado por el paciente. La eficacia de los antiandrógenos orales aún no se establece.

Objetivo: evaluar la eficacia de finasteride en conjunto con un anticonceptivo (drospirenona y etinilestradiol) en mujeres premenopáusicas con alopecia de tipo androgénica.

Pacientes y métodos: el estudio se realizó en un departamento de consulta externa de dermatología de la Universidad de Bologna, Italia. Se seleccionaron 37 mujeres con alopecia androgenética. Se prescribió finasteride (2.5 mg/d) y un anticonceptivo con drospirenona y etinilestradiol, ambos por vía oral. Se determinó la eficacia del tratamiento con fotografías, videodermoscopia (registro de la densidad de cabello) y un cuestionario.

Resultados: después de 12 meses hubo mejoría en 23 pacientes, sin mejoría en 13 y empeoramiento en una. Doce de éstas tuvieron mejoría estadísticamente significativa. No se observaron efectos adversos.

Conclusiones: el 62% de las pacientes tuvo alguna mejoría con finasteride (2.5 mg/d) y el anticonceptivo después de un año. No está claro si la eficacia se relacionó con la dosis alta de finasteride o su asociación con el anticonceptivo de efecto antiandrógeno. Se requieren más estudios para responder estas incógnitas.

Daniela Gutiérrez Mendoza

Pearce D, Klinger S, Ziel K, et al. Low-dose acitretin is associated with fewer adverse events than high-dose acitretin in the treatment of psoriasis. (Las dosis bajas de acitretina producen menos efectos adversos, en comparación con las dosis altas, para el tratamiento de la psoriasis). Arch Dermatol 2006;142:1000-4.

Introducción: la dosis de 25 mg/día de acitretina, en comparación con la de 50 mg/día, es mejor tolerada y produce menos alteraciones en las pruebas de laboratorio.

Objetivos: demostrar que la dosis de 25 mg/día de acitretina produce menos efectos adversos que la de 50 mg/día.

Métodos: ensayos clínicos en fase III. Se analizaron de manera retrospectiva dos ensayos al azar controlados con placebo. Los estudios tenían ocho semanas en modalidad doble ciego y 16 en abiertos, realizados en diversos centros de referencia y de la práctica privada. Se incluyeron pacientes con psoriasis y requerimiento de tratamiento sistémico. Durante la fase de doble ciego se prescribió placebo vs 25 y 50 mg/día de acitretina. Se definió como dosis baja 25 mg/día y dosis alta 50 mg/día. Los puntos finales a evaluar fueron las alteraciones en los resultados de laboratorio y los efectos adversos.

Resultados: los efectos adversos comunes (xerosis, alopecia y rinitis) fueron dos a tres veces más frecuentes con las dosis de 50 mg/día. La elevación de enzimas hepáticas y triglicéridos resultó mínima en los pacientes que recibieron 25 mg/día.

Conclusiones: las dosis de 25 mg/día de acitretina son efectivas para reducir los eventos adversos relacionados con el medicamento como tratamiento de la psoriasis. La mayor parte de las reacciones secundarias que produce acitretina son dependientes de la dosis y limitan sus ventajas.

Daniela Gutiérrez Mendoza

Ambros RC, Müllegger R, Vaughan-Jones S, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients (Las dermatosis específicas del embarazo revisadas y reclasificadas: resultados de un estudio retrospectivo en dos centros de 505 pacientes embarazadas). J Am Acad Dermatol 2006;54:395-404.

Antecedentes: las dermatosis específicas del embarazo representan un grupo heterogéneo de enfermedades en esta etapa. Con excepción del penfigoide gestacional, la patogénesis es desconocida y existe muy poca bibliografía relacionada con sus características clínicas. Se conoce poco sobre ellas, ya que son escasas y la terminología es confusa. Existen dos clasificaciones: la primera, propuesta por Holmes y Black en 1983, incluye el penfigoide gestacional, la erupción polimórfica del embarazo, el prurigo del embarazo y la foliculitis prurítica del embarazo; y la segunda, propuesta por Shornick en 1998, comprende al penfigoide gestacional, la erupción polimórfica del embarazo, el prurigo del embarazo y la colestasis intrahepática del embarazo. Él sugiere que la foliculitis prurítica del embarazo se incluya en el prurigo del embarazo.

Objetivos: investigar la frecuencia y características clínicas de las dermatosis pruriginosas del embarazo y proponer una clasificación racional.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo en dos hospitales dermatológicos universitarios desde 1994 hasta el 2004. Se revisaron 596 mujeres embarazadas (420 de Londres y 176 de Graz) y se obtuvieron los datos de 505; se excluyeron 95 pacientes sin enfermedad prurítica y 9 por información incompleta.

Resultados: la edad promedio fue de 30 años. El 44% fue primigrávida, 99% con neonato único y 76% en el primer trimestre. Las pacientes tuvieron dermatosis en todo el cuerpo, incluidas las palmas y plantas; todas eran atópicas y 20% tenían antecedente. En 80% aparecieron durante el embarazo. Los diagnósticos incluyeron eccema del embarazo (49.7%), erupción polimórfica del embarazo (21.6%), penfigoide gestacional (4.2%), colestasis intrahepática del embarazo (3%), prurigo del embarazo (0.8%), foliculitis del embarazo (0.2%) y enfermedades misceláneas de la piel (20.6%). El eccema del embarazo, el prurigo y la foliculitis fueron las afecciones más frecuentes y se resumieron con erupción atópica del embarazo. La erupción polimórfica del embarazo, el penfigoide gestacional y la colestasis intrahepática del embarazo aparecieron en el tercer trimestre, pero la erupción atópica se manifestó mucho antes. Las pacientes primigestas y con embarazos múltiples tuvieron, principalmente, erupción polimórfica del embarazo. Hubo afección abdominal en aquellas con erupción polimórfica del embarazo, penfigoide gestacional y antecedentes de colestasis intrahepática.

Conclusiones: es importante clasificar las dermatosis del embarazo. La inmunofluorescencia y los estudios de laboratorio son característicos para establecer el diagnóstico de penfigoide y colestasis intrahepática del embarazo; las características clínicas ayudan a distinguir entre erupción polimórfica y erupción atópica del embarazo. La principal limitante del estudio fue su modalidad retrospectiva.

Daniela Gutiérrez Mendoza

Weston S, Halbert A, Richmond P, Prescott SL. Effects of probiotics on atopic dermatitis: a randomised controlled trial (Efectos de los probióticos en la dermatitis atópica: un estudio controlado y al azar). Arch Dis Child 2005;90:897.

Antecedentes: la morbilidad y mortalidad de los pacientes con enfermedades alérgicas se ha incrementado de manera importante; por lo tanto, estos padecimientos son ahora las enfermedades crónicas más comunes durante la infancia en los países desarrollados. La dermatitis atópica es la primera manifestación de enfermedad atópica en la infancia. Los probióticos se han investigado recientemente como una opción terapéutica para disminuir la dermatitis atópica.

Objetivo: investigar el efecto de los probióticos en niños con dermatitis atópica de intensidad moderada a grave.

Pacientes y métodos: se incluyeron en un estudio al azar, doble ciego, controlado con placebo, 56 niños de 6 a 18 meses de edad con dermatitis atópica, de intensidad moderada a grave, en Perth, Australia, de los cuales, sólo 53 niños completaron el estudio. Se prescribieron 1×10^9 de *Lactobacillus fermentum* (VR1-003 PCCM; probiotics) o un volumen equivalente de placebo, dos veces al día, durante ocho semanas. Se realizó una evaluación final en la semana 16.

Resultados: se determinó la gravedad y extensión de la dermatitis atópica al final del estudio mediante el índice de puntaje de gravedad (SCORAD). La reducción del índice de SCORAD tuvo significación estadística en los pacientes que consumieron probióticos ($p = 0.03$), pero no en el grupo placebo. La mayoría de los que consumió probióticos (92%) tuvo mejor índice de SCORAD a la semana 16, en comparación con el grupo placebo (63% [$p = 0.01$]). Al completar el estudio, muchos niños del grupo de probióticos manifestaron dermatitis atópica leve (54%), en comparación con el grupo placebo (30%).

Conclusión: el consumo de *L. fermentum* (VR1-003 PCC) es benéfico para controlar la extensión y gravedad de la dermatitis atópica de intensidad moderada a grave.

Diana Sugely Vera Izaguirre

Olmedo J, Warschaw K, Schmitt J, et al. Optical coherence tomography for the characterization of basal cell carcinoma *in vivo*: A pilot study (Tomografía de coherencia óptica para la caracterización de carcinoma basocelular *in vivo*. Un estudio piloto). J Am Acad Dermatol 2006;55:408-12.

Antecedentes: la tomografía de coherencia óptica combina principios de ultrasonografía e interferometría para producir imágenes transversas por debajo de la superficie tisular *in vivo*.

Objetivo: definir y caracterizar el carcinoma basocelular mediante tomografía de coherencia óptica.

Pacientes y métodos: se incluyeron 23 pacientes con 49 lesiones clínicamente sugestivas de carcinoma basocelular. La tomografía de coherencia óptica se utilizó para enumerar las características de las pápulas perladas en tiempo

real e *in vivo*. Se obtuvieron las biopsias por rasurado y microscopia de luz, y se compararon con las imágenes de la tomografía de coherencia óptica.

Resultados: el carcinoma basocelular se detectó en 27 pacientes, todos con imágenes de tomografía de coherencia óptica disponibles para la comparación. Siete imágenes no pudieron interpretarse por problemas técnicos. Las 20 restantes tuvieron características histopatológicas relacionadas con los sitios de carcinoma basocelular en la microscopia de luz, y con excelente correlación entre las imágenes de tomografía de coherencia óptica y características histopatológicas de carcinoma basocelular superficial, nodular, micronodular e infiltrante. Las limitantes de este estudio incluyeron el número reducido de pacientes y que no está diseñado para “intento de diagnóstico”; por lo tanto, el valor pronóstico de la tomografía de coherencia óptica aún se desconoce.

Conclusiones: la tomografía de coherencia óptica tiene potencial para el diagnóstico y caracterización histopatológica de carcinoma basocelular. Se requieren estudios que determinen la aplicación práctica de la tomografía de coherencia óptica.

Daniela Gutiérrez Mendoza

Hoque SR, Holden CA. *Trichophyton tonsurans* infection mimicking tinea imbricata (Infección por *Trichophyton tonsurans* similar a la tiña imbricada). Clin Exp Dermatol 2007;32:345-6.

Caso clínico: mujer de 44 años de edad, afroamericana, con dermatosis diseminada en el tronco y las extremidades; se constituía por múltiples placas hiperpigmentadas con escama, en anillos concéntricos, de cinco meses de evolución acompañada de prurito. El tratamiento inicial consistió en corticoesteroides tópicos, ya que se pensaba en dermatosis eczematosas, que no produjeron mejoría. Clínicamente se sospechó tiña imbricada, aunque la distancia entre los anillos era mayor de lo normal y tenía poca escama. El examen directo resultó negativo. La biopsia reportó infiltrado inflamatorio perivascular; se constituía por linfocitos y neutrófilos, y dermatitis de interfaz focal, por lo que se sugirió el diagnóstico de lupus eritematoso; se realizó la determinación de anticuerpos antinucleares e inmunofluorescencia, los cuales resultaron negativos. Se inició tratamiento con hidroxiclороquina, con lo que

empeoró la dermatosis, por lo que también se sugirió el diagnóstico de eritema anular. El tratamiento consistió en prednisona (30 mg/día) durante cuatro meses, con el que no se logró mejoría. El resultado del cultivo reportó *Trichophyton tonsurans* y se prescribió terbinafina durante cuatro semanas, con lo que se curó completamente la dermatosis, sin evidencia de recurrencia. En la bibliografía se reportan tres casos de tiña pseudoimbricada por *T. tonsurans*: un paciente con trasplante renal y los otros dos inmunocompetentes. Es posible que en este caso, la semejanza de *tinea corporis* con tiña imbricada resulte de la inmunosupresión originada por la prescripción prolongada de corticoesteroides.

Narro Llorente

Sánchez Castellanos ME, Mayorga-Rodríguez JA, Sandoval-Tress C, et al. Tinea incognita due to *Trichophyton mentagrophytes* (Tiña incógnito producida por *Trichophyton mentagrophytes*). Mycoses 2006;50:85-87.

La tiña incógnito es una dermatofitosis atípica originada por la prescripción prolongada de corticoesteroides tópicos u orales. **Caso clínico:** paciente de dos años de edad con erupción facial de tres meses de evolución, ligeramente pruriginosa, que inició con pápulas eritematosas perinasales. Se constituía por múltiples pápulas y nódulos que formaban placas eritematoescamosas. Se incluyeron los diagnósticos de granuloma tricofítico, lupus eritematoso discoide y esporotricosis cutánea fija. El examen directo y el cultivo resultaron positivos para *Trichophyton mentagrophytes* variante *Mentagrophytes*. En el examen histopatológico se encontraron, con la tinción de PAS, elementos fúngicos en el estrato córneo. Los corticoesteroides fluorinados son los medicamentos implicados con mayor frecuencia. La patogénesis de la tiña incógnito se relaciona, quizás, con la respuesta modificada por corticoesteroides del huésped en la infección dermatofítica. Generalmente aparece en adultos y sólo se han reportado tres casos en niños por *Microsporum gypseum*. Las lesiones aparecen en las ingles, la cara y el dorso de las manos; no causan síntomas y algunos pacientes sufren alopecia o prurito. El tratamiento consiste en la suspensión del corticoesteroide y prescribir un antimicótico específico.

Narro Llorente

Veerappan R, Millar LE, Sosinski Ch, Youngberg GA. Narrow-spectrum staining pattern of *Pityrosporum* (Tinciones de espectro angosto para detectar *Pityrosporum*). J Cutan Pathol 2006;33:731-4.

Antecedentes: las tinciones de amplio espectro, como la metenammina de plata, se utilizan para identificar hifas, levaduras y esporas; sin embargo, muchas de ellas sólo tiñen ciertos microorganismos y hace que los autores las denominen tinciones de espectro angosto. Éstas se utilizan para el diagnóstico diferencial fúngico e incluyen mucicarmín y Fontana-Masson (FM) para *Criptococcus*; azul alciano para *Criptococcus* y *Blastomyces*; rojo congo para *Blastomyces* y *Coccidioides*, y Ziehl-Neelsen para algunas especies de *Blastomyces* (60%) e *Histoplasma* (47%). *Paracoccidioides* es negativo para mucicarmín, azul alciano y Fontana-Masson. El ácido periódico de Schiff (PAS) tiñe mal la pared de *Histoplasma*.

Objetivo: investigar sistemáticamente el espectro angosto con el que se tiñe *Pityrosporum*.

Material y métodos: las levaduras pueden teñirse con H-E y PAS, pero en algunas ocasiones se confunden con levaduras de *Candida*. Los autores sometieron 10 cortes de tejido con *Pityrosporum* a todas las tinciones mencionadas, incluida la de Fontana-Masson, a diferentes tiempos: 1 hora, 45, 30 y 15 minutos, respectivamente.

Resultados: entre 20 y 33% de los organismos *Pityrosporum* lograron teñirse en la mayor parte de los casos; menos de 10% se tiñeron con rojo congo, observados con luz polarizada. Los 10 casos se tiñeron con Fontana-Masson, pero más de 50% se tiñeron mejor con la modificación de 15 minutos. Todos los microorganismos lograron una mejor tinción con azul alciano y casi siempre con fuerte positividad. Todos resultaron negativos para Ziehl-Neelsen. Los casos en que se utilizó mucicarmín resultaron negativos.

Conclusión: *Pityrosporum* resulta positivo con algunas tinciones de espectro angosto. Este microorganismo puede diferenciarse de *Candida* por la positividad al azul alciano; de *Criptococcus* por la positividad al rojo congo y negatividad a mucicarmín; y de *Blastomyces* por la positividad a Fontana-Masson, con el respectivo ajuste en los tiempos de tinción.

Rosa María Lacy Niebla

Lokuhetty MDS, Alahakoon VS, Kularatne BDMU, De Silva MVC. Ziehl-Neelsen and Wade-Fite stains to demonstrate medlar bodies of rhombostomycosis (Tinciones de Ziehl-Neelsen y Wade-Fite para demostrar cuerpos de Medlar de la cromoblastomycosis). J Cutan Pathol 2007;34:71-72.

El diagnóstico histopatológico de la cromoblastomycosis se confirma cuando se visualizan los cuerpos de Medlar en los cortes teñidos con hematoxilina y eosina. **Caso clínico:** mujer de 72 años de edad con cromoblastomycosis de un año de evolución. En la histología sugestiva del diagnóstico, los esclerotes de Medlar no se observaron en los cortes teñidos con hematoxilina y eosina, sino con Ziehl-Neelsen, realizado para descartar tuberculosis verrugosa. Los esclerotes se visualizaron de color gris oscuro contra un fondo azul claro. Se repitió, con los mismos resultados, esta tinción y la de Wade-Fite en otros tres casos de cromoblastomycosis. Las tinciones de Ziehl-Neelsen y de Wade-Fite son útiles cuando no se visualizan los esclerotes de Medlar en los cortes teñidos con hematoxilina y eosina.

Rosa María Lacy Niebla

Castro G, Martínez R. Disseminated paracoccidioidomycosis and coinfection with HIV (Paracoccidioidomycosis diseminada y coinfección con el VIH). N Engl J Med 2006;355:2677.

Caso clínico: Hombre de 32 años de edad con SIDA y una infección diseminada en la piel, el hígado, los pulmones y huesos por *Paracoccidioides brasiliensis*, cuya concentración de células T CD4 era de 9/mm³. No recibió tratamiento profiláctico (trimetoprima-sulfametoxazol) para *Pneumocystis jiroveci*, por lo que se piensa fue susceptible de padecer esta infección poco frecuente en los pacientes con SIDA que reciben profilaxis. Se trató con amfotericina B, azoles y tratamiento antirretroviral durante tres años, con lo que logró la curación clínica. Nueve años después murió por complicaciones avanzadas de VIH, pero sin recurrencia de la paracoccidioidomycosis.

Rosa María Lacy Niebla

Cheng-Yi W, Huey-Dong W, Po-Ren H. Nosocomial transmission of cryptococcosis (*Trasmisión nosocomial de criptococosis*). N Engl J Med 2005;352:1271-2.

Los autores reportan el caso de un paciente (A) hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos con carcinoma epidermoide de pulmón, que evolucionó a criptococosis pulmonar durante su estancia, mientras un paciente (B) con criptococosis diseminada ocupaba la cama siguiente. Se comprobaron las mismas cepas en ambos pacientes, con la determinación de las concentraciones mínimas inhibitorias de fluconazol y amfotericina B, con el AB Biodisk (Prueba E), y la tipificación molecular con PCR. Suponen que el paciente (A) contrajo infección por inhalación, dada la corta distancia entre los dos, o por procedimientos de cuidados respiratorios (succión de secreciones), realizadas con instrumentos contaminados por el personal médico. Los cultivos ambientales del piso, las camas, la superficie de los ventiladores, el equipo de vigilancia, el negatoscopio y los carros de enfermería y urgencias resultaron negativos para *C. neoformans*. Es importante el estricto apego a las medidas de control de infecciones para evitar la diseminación de criptococosis en los hospitales.

Rosa María Lacy Niebla

Chang A, Wharton J, Tam S, Kovich OI, Kamino H. A modified approach to the histologic diagnosis of onychomycosis (*Acercamiento modificado al diagnóstico histopatológico de onicomicosis*). J Am Acad Dermatol 2007;57:849-53.

El diagnóstico histopatológico de onicomicosis es sumamente efectivo (97%), eficiente, económico y técnicamente más fácil de realizar cuando se procesa y examina el tejido de hiperqueratosis subungueal, separado cuidadosamente del plato ungueal. La sensibilidad de este método es similar a la del análisis histológico del plato ungueal teñido con PAS (85%). Además, la sensibilidad es mayor a la del cultivo para detectar dermatofitos (25 a 80%), y los resultados falsos negativos son muy bajos en relación con los obtenidos por cultivos y exámenes con KOH (30%). En la onicomicosis las hifas se concentran frecuentemente en la hiperqueratosis subungueal, en comparación con el plato ungueal, por lo que resulta difícil procesarlas por este último, aun con las técnicas de extrafijado (formalina al

10% neutra con buffer) y suavizado (KOH y una solución con detergente y amonio, ácido tricloroacético al 5% en formalina al 10%, ácido tricloroacético con una modificación de medio embebedor Carbowax soluble en agua, agentes suavizantes de quitina, aceite de cedro y Tween 40 al 10%, incluso cuando se agregan soluciones para permanentes de cabello o preparaciones depilatorias en uñas procesadas con parafina). Además, los platos ungueales suelen tener una mala adherencia a las laminillas, incluso con una capa de gelatina, pegamento Elmer (caseína) y los procesamientos en plástico en lugar de parafina. Se recomienda procesar y examinar el plato ungueal cuando el tejido subungueal no tiene hifas (26% en el estudio), particularmente si se cuenta con poco material. El material de hiperqueratosis subungueal, obtenido por curetaje subungueal u onicomicosis subungueal lateral o distal, puede examinarse, aunque la mejor muestra se obtiene del plato ungueal, con tejido subungueal, con alicates.

Rosa María Lacy Niebla

Deeths MJ, Chapman JT, Dellavalle RP, Zeng C, Aeling JL. Treatment of patch and plaque stage mycosis fungoides with imiquimod 5% cream (*Tratamiento de la micosis fungoide en estadios de placas y parches con crema de imiquimod al 5%*). Am Acad Dermatol 2005;52:275-80.

Antecedentes: la micosis fungoide es la forma más común de linfoma cutáneo de células T. Las lesiones suelen ser pruriginosas, eritematosas con escama y despigmentación; pueden aparecer en placas o parches y, en estadios más avanzados, encontrarse tumores y eritrodermia. Existen diversos tratamientos de la micosis fungoide limitada a la piel; sin embargo, ninguno es efectivo y en la mayoría de los pacientes producen efectos adversos. El interferón sistémico es eficaz para el tratamiento de la micosis fungoide. El imiquimod es efectivo para tratar algunas neoplasias epidérmicas e induce la producción localizada de interferón.

Objetivo: evaluar la inocuidad y eficacia de imiquimod tópico para el tratamiento de la micosis fungoide en estadios de placa y parche.

Pacientes y métodos: se realizó un estudio abierto, clasificado como piloto. Se seleccionaron seis pacientes con micosis fungoide en estadio IA a IIB para aplicar el

tratamiento con imiquimod al 5% de forma tópica, tres veces a la semana, durante 12 semanas. De las lesiones índice se obtuvieron biopsias pre y postratamiento. Más de cuatro lesiones, tratadas adicionalmente, se vigilaron durante 16 semanas.

Resultados: tres de los seis pacientes tuvieron aclaramiento histopatológico de las lesiones índice y se registró mejoría significativa en los puntajes clínicos de todas las lesiones tratadas. Las reacciones en el sitio de aplicación fueron limitadas sólo en los pacientes que reaccionaron con el tratamiento.

Conclusión: por tratarse de un estudio preliminar abierto, no se realizan conclusiones acerca de la eficacia de imiquimod para el tratamiento de la micosis fungoide; sin embargo, se observó que su aplicación fue bien tolerada y se asoció con una respuesta histopatológica y clínica de 50%.

Diana Sugey Vera Izaguirre

Chen Y, Yang P, Hu D, et al. Treatment of vitiligo by transplantation of cultured pure melanocyte suspension: analysis of 120 cases. (Tratamiento del vitiligo mediante el trasplante de melanocitos por cultivo: análisis de 120 casos). J Am Acad Dermatol 2004;51:68-74.

Antecedentes: el vitiligo es una enfermedad dermatológica de patogénesis incierta que afecta a 1 de cada 200 sujetos al año. Se han propuesto diversos mecanismos, como autoinmunidad, factores neurohumorales y citotoxicidad. Los tratamientos más prescritos son los corticosteroides y la fotoquimioterapia (psoraleno más UVA y UVB de banda angosta). El tratamiento quirúrgico se recomienda en pacientes que no reaccionan con la terapia convencional, y consiste en la implantación de autoinjertos (*punch* de la piel, una ampolla) o el trasplante de melanocitos autólogos. El primero ha demostrado una eficacia de 68 a 88% de repigmentación.

Objetivo: evaluar el trasplante de melanocitos autólogos e investigar los resultados en pacientes con vitiligo localizado, generalizado estable y generalizado activo.

Pacientes y métodos: el estudio se realizó de 1997 al 2002. Se incluyeron 120 pacientes (56 hombres y 64 mujeres) de 7 a 72 años de edad (32.6 ± 14): 80 con vitiligo estable por seis meses, 64 con vitiligo diseminado y 16 con vitiligo localizado. En 26 pacientes se observó

que el vitiligo era generalizado no activo y en 14 activo, concomitante con fenómeno de Koebner. Las células cultivadas se obtuvieron de alrededor de la piel del ombligo; en esta localización se realizaron tres o cuatro ampollas, según el número de lesiones, de 1.80 cm², se realizó por succión alrededor de 200 a 350 mmHg a una temperatura de 40 a 42°C durante 30 a 90 minutos. La muestra se sometió a varias soluciones para prepararla y cultivarla. Primero se lavó con la solución de Hank, posteriormente se agregó tripsina al 0.25% y se incubó a 37°C durante 15 minutos; después se adicionó EDTA al 0.02% a 37°C por 10 minutos. Las células se cultivaron con diferentes medios y nutrientes (factor de crecimiento de fibroblastos) a una temperatura de 37°C. Los medios de cultivo se cambiaron tres veces por semana. Se contaba la cantidad de melanina producida, la cual era alrededor de 0.25 a 0.22 ng por célula. En el área afectada se aplicaron cerca de 60,000 a 100,000 melanocitos/cm². El seguimiento de los pacientes se realizó durante seis meses.

Resultados: al trasplantar los melanocitos se registraron 84% de pacientes con vitiligo localizado (n=80), generalizado estable (n=26) y generalizado activo (n=14); significación estadística de $p < 0.01$. La repigmentación se observó a los dos meses y en otros fue más tardada, aproximadamente a los seis meses. Los pacientes con vitiligo localizado fueron más jóvenes y respondieron mejor al tratamiento. No hubo significación estadística relacionada con el tamaño de las lesiones o género de los pacientes.

Discusión: el trasplante de cultivo de melanocitos es un método efectivo. Las células proliferan y producen repigmentación en las áreas afectadas. Este tratamiento proporciona mejores resultados en pacientes con vitiligo estable (localizado, diseminado o generalizado), en comparación con los que padecen vitiligo activo y nuevas lesiones. La reacción al tratamiento es deficiente en los codos, dedos y pies. Las ventajas del cultivo de melanocitos, en comparación con los injertos de piel, es el incremento en el número de células mediante su procesamiento *in vitro*. Las células de un área pequeña pueden utilizarse para tratar áreas más extensas. También se obtiene un color homogéneo de la piel. Uno de los inconvenientes es que el paciente debe esperar varias semanas y el equipo es muy caro. El factor de crecimiento de fibroblastos, producido por los queratinocitos, es un mitógeno natural de la piel para los melanocitos. Se obtienen alrededor de 31 ± 23

melanocitos y 0.25 ng/célula de melanina. Este estudio plantea una alternativa para pacientes con vitíligo que no reaccionan con otros tratamientos.

Yanni Elizabeth Palacios Morales

Ziel K, Yelverton CB, Balkrishnan R, Feldman SR. Cumulative irritacion potencial of metronidazole gel compared to azelaic acid gel after repeated applications to healthy skin (Irritación acumulada del metronidazol en gel, en comparación con el ácido azelaico después de aplicaciones repetidas en la piel sana). J Drugs Dermatol 2005;(4)6:727-31.

Antecedentes: los medicamentos tópicos, como el metronidazol y el ácido azelaico, suelen ser efectivos para el tratamiento de la rosácea; sin embargo, producen irritación, xerosis, enrojecimiento y sensación de “punzada-quemadura”. La irritación puede exacerbar el componente inflamatorio de la rosácea, por lo que al disminuirla resultará benéfico.

Objetivo: medir la irritación acumulada que produce el metronidazol al 0.75% en gel y el ácido azelaico al 15% en gel.

Pacientes y métodos: se aplicó metronidazol al 0.75% en gel, ácido azelaico al 15% en gel y petrolato blanco como control negativo, en la piel de la espalda de 33 individuos sanos. Hubo doce aplicaciones de 24 horas (cuatro veces a la semana) y tres de 72 horas en los fines de semana, durante tres semanas. Se evaluaron las reacciones cutáneas (puntaje de eritema ± otras reacciones) durante 15 a 30 minutos después de la remoción de los medicamentos.

Resultados: el índice de irritación acumulada del metronidazol fue significativamente menor al del ácido azelaico, pero no mayor al del petrolato. Hubo elevada irritación con el ácido azelaico; no se observó irritación acumulada con el metronidazol o petrolato puro.

Conclusión: el metronidazol al 0.75% en gel es menos irritante que el ácido azelaico al 15%.

Diana Sugey Vera Izaguirre

Lebwohl M, Ting T, Koo M. Psoriasis treatment: traditional therapy (Tratamiento de la psoriasis: terapias tradicionales). Ann Rheum Dis 2005;64(Suppl. 1):83-86.

Antes de desarrollarse las nuevas terapias biológicas, ya existían múltiples tratamientos de la psoriasis. La terapia tópica sigue siendo la más prescrita, ya sea en monoterapia o combinada con tratamientos sistémicos. Los corticoesteroides tópicos son los medicamentos administrados con mayor frecuencia; entre éstos se encuentra la hidrocortisona al 1%, el propionato de clobetasol y halobetasol en sus diferentes presentaciones. Los efectos secundarios más comunes son: atrofia cutánea, estrías, telangiectasias, erupción acneiforme y dermatitis perioral; los efectos sistémicos son muy raros, y se producen por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, principalmente con corticoesteroides potentes durante periodos prolongados. La taquifilaxis es una de las complicaciones más frecuentes originada por dichos medicamentos, por lo que se recomienda limitar su prescripción, sobre todo los superpotentes por periodos cortos y evitarlos en niños, o su aplicación en la cara y regiones intertriginosas. Los análogos de la vitamina D, como el calcipotriol y el calcitriol, se recetan en combinación con los corticoesteroides y producen menos efectos adversos a dosis menores de 120 g por semana; sin embargo, son inestables si se combinan con otros medicamentos tópicos y se inactivan si se combinan con fototerapia. Los retinoides tópicos (tazaroteno) se prescriben, también, en combinación con corticoesteroides y se ha demostrado una reversión de la atrofia cutánea y menos irritación. Otros tratamientos tópicos incluyen antralina, ácido salicílico y alquitrán de hulla, cuya principal limitante es el mal efecto cosmético y, como consecuencia, mal apego al tratamiento. En 1920 Goeckerman introdujo la fototerapia en combinación con alquitrán, y se aceptó como tratamiento útil e inocuo; posteriormente se observaron mejores efectos con la radiación UVB de banda estrecha y en 1970 se introdujo el tratamiento con PUVA (radiación UVA más 8-metoxipsoraleno por vía oral); la combinación del psoraleno con radiación UVB activa el medicamento para prevenir la replicación de los queratinocitos y destruir las células T activadas. Entre los tratamientos sistémicos se encuentra el metotrexato, el cual es uno de los medicamentos administrados antiguamente para el tratamiento de la psoriasis y artritis psoriásica; sin embargo, produce múltiples efectos secundarios, aun a corto plazo, como toxicidad, náusea, estomatitis y anemia megaloblástica, incluso se han reportado muertes por toxicidad. Otra limitante para su prescripción es la interacción medicamentosa con sulfas y antiinflamatorios no esteroides; la náusea y mielotoxicidad pueden prevenirse

con la administración concomitante de ácido fólico; la dosis recomendada es de 30 mg por semana, con dosis inicial de 2.5 a 7.5 mg/día, e incremento progresivo. La acitretina se introdujo hace dos décadas para el tratamiento de la psoriasis, es el metabolito activo del etretinato y tiene vida media muy corta; requiere método de anticoncepción durante tres años después de suspender el tratamiento, por lo que su prescripción se limita en mujeres en edad fértil. La dosis recomendada es de 10 a 50 mg/día; cuando se combina con PUVA o UVB la dosis será menor; produce efectos mucocutáneos similares a los de los retinoides sistémicos, elevación en la concentración de enzimas hepáticas y el perfil de lípidos, por lo que requiere seguimiento estrecho. Se han reportado resultados satisfactorios con la ciclosporina; sin embargo, origina diversos efectos secundarios, como nefrotoxicidad, hipertensión, hipomagnesemia, hipercalemia, hiperuricemia y elevación de las enzimas hepáticas; no se recomienda durante periodos prolongados (más de un año). Debido a sus efectos indeseables, la dosis recomendada es de 4 mg/kg/día.

Adriana López Bárcenas

Winterfield LS, Menter A, Gordon K, Gottlieb A. Psoriasis treatment: current and emerging directed therapies (Tratamiento de la psoriasis: terapias comunes y de urgencia). Ann Rheum Dis 2005;64 (Suppl. II):87-90.

Diversos estudios demuestran que los pacientes con psoriasis sufren gran impacto en la calidad de vida. El 40% evoluciona con artritis psoriásica después de 5 a 10 años de iniciar con las manifestaciones cutáneas. El mejor entendimiento de la inmunopatogénesis de la enfermedad ha llevado al progreso de nuevas terapias biológicas enfocadas en células específicas y moléculas que causan la aparición y mantenimiento de las lesiones psoriásicas. Algunos medicamentos indicados para tratar la psoriasis comprenden el alefacept, efalizumab y etanercept; los que se encuentran en fase II y III de estudio son el adalimumab e infliximab. La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, mediada inmunológicamente, que afecta alrededor del 2% de la población general. Su manifestación clínica depende de múltiples factores y se clasifica, de acuerdo con el porcentaje de área corporal afectada, en leve, moderada y grave (>20%). Las ventajas

del tratamiento se miden en relación con el PASI (escama, grosor y eritema). La terapia incluye a los inhibidores selectivos de las células T (ciclosporina) y los biológicos que interfieren con la función y activación de las células T; esto se logra por cuatro vías: 1) bloqueo de la inducción o mantenimiento de la activación de las células T: el alefacept se une a éstas y ocasiona apoptosis. Dicho medicamento está aceptado por la FDA para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, la dosis recomendada es de 15 mg a la semana, durante 12 semanas, por vía intramuscular, con lo que se logran largos periodos de remisión. 2) Bloqueo de la activación y migración de las células T: el efalizumab bloquea la interacción LFA-1/ICAM e inhibe la migración de dichas células; la FDA lo aprobó para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, la dosis recomendada es de 1 mg/kg a la semana, durante 12 semanas, por vía subcutánea. Se ha reportado el fenómeno de rebote o exacerbación. 3) Inducción de la desviación inmunitaria de Th1 a Th2 para prevenir la diferenciación de células T. 4) Inactivación de citocinas efectoras que bloquean la acción del TNF- α , causante de la hiperproliferación de queratinocitos, alteraciones en la regulación de células endoteliales y el funcionamiento de células T de memoria. El infliximab, etanercept, onercept y adalimumab son anti-TNF- α ; de los cuales el único aprobado por la FDA es el etanercept a dosis de 25 mg dos veces por semana, por vía subcutánea. Con los retinoides sistémicos se observa buena reacción, la acitretina es el metabolito activo del etretinato, la dosis inicial recomendada es de 25 a 50 mg/día, puede prescribirse solo o en combinación con PUVA, UVB, metotrexato y ciclosporina.

Adriana López Bárcenas

Braun RP, Vecchietti JL, Thomas L, et al. Telemedical wound care using a new generation of mobile telephones: a feasibility study (Cuidado de las heridas por telemedicina mediante la nueva generación de teléfonos móviles. Estudio de viabilidad). Arch Dermatol 2005;141:254-8.

Antecedentes: la OMS definió a la telemedicina como una práctica para el cuidado de la salud mediante vídeo y audio interactivo, para el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación y transferencia de datos. Las heridas crónicas y úlceras de la pierna representan un alto costo

para los servicios de salud y el paciente, principalmente por la transportación. En la actualidad se realizan visitas a domicilio por enfermeras, las cuales expresan dudas que se resuelven a través de consultas telefónicas con una descripción verbal de la herida. La posibilidad de observar una imagen al momento de consulta se traducirá en mejoría significativa de la atención y evaluación del paciente, ya que con esto se establecerá una mejor comunicación entre la enfermera y el médico. Hoy en día la tecnología permite el acceso de cámara digital en el teléfono móvil, con la posibilidad de enviar las imágenes a través de correo electrónico o *bluetooth*.

Objetivo: evaluación y seguimiento de los pacientes con heridas mediante la telemedicina.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo para evaluar el cuidado de las heridas crónicas a través de telemedicina. Se comparó la evaluación directa y mediante telemedicina por tres dermatólogos. Se seleccionaron pacientes de la clínica de úlceras del departamento de dermatología durante tres meses, a los cuales evaluaron tres dermatólogos certificados, con amplia experiencia en el tratamiento de úlceras (uno de forma directa y dos mediante consulta por correo electrónico). Se obtuvieron dos fotografías (panorámica y acercamiento de la lesión) con un teléfono Nokia 7650 y se enviaron por correo electrónico a los dos evaluadores a distancia. Se evaluaron los siguientes parámetros: coexistencia de tejido de granulación (rojo), epitelización (rojo-rosa), fibrina (amarillo) y necrosis (negro), los cuales debían sumar IDI total de 100%; en la piel perilesional se determinó eritema, cianosis, eccema e hiperpigmentación. La calidad de la imagen fue calificada como: insuficiente, suficiente, buena y muy buena. Se comparó la coincidencia entre la evaluación directa del médico (patrón de referencia) y la de los dos médicos a distancia, así como la concordancia entre los dos médicos a distancia.

Resultados: durante el periodo de estudio se observaron 61 heridas crónicas de 52 pacientes: 29 (48%) correspondieron a úlceras venosas, 9 (15%) a úlceras arteriales, 7 (11%) a venosas-arteriales, 11 (18%) úlceras por diabetes mellitus, y 5 (8%) a otras. Se encontró una coincidencia de $k = 0.815$ del médico uno; $k = 0.72$ para el médico dos y $k = 0.75$ entre los dos médicos a distancia, lo cual fue considerado muy bueno.

Comentario: la evaluación y seguimiento de los pacientes con úlceras crónicas es factible a través de te-

lemedicina. Tener una imagen al momento de la consulta telefónica mejora significativamente la atención del paciente. En 82% de las consultas los médicos se sintieron satisfechos al observar las dos imágenes (panorámica y acercamiento). La coincidencia entre los tres médicos se consideró muy buena, por lo que se recomienda este método en la evaluación y seguimiento de los pacientes.

Conclusión: la telemedicina es un método viable, reduce los costos de transportación y mejora la comunicación entre el médico y personal de enfermería, lo que se traduce en mejoría significativa de la atención de los pacientes.

Adriana López Bárcenas

Stainer R, Matthews S, Arshad SH, McDonald S, et al. Efficacy and acceptability of a new topical skin lotion of sodium cromoglicate (Altoderm) in atopic dermatitis in children aged 2-12 years: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. (Eficacia y aceptabilidad de una nueva loción tópica de cromoglicato de sodio [Altoderm] para el tratamiento de la dermatitis atópica en niños de 2 a 12 años de edad: estudio doble ciego, al azar, placebo-controlado). Br J Dermatol 2005;152:334-41.

Introducción: la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria alérgica común en la infancia. El tratamiento de elección incluye corticoesteroides tópicos. Debe desarrollarse un tratamiento efectivo que no produzca los efectos adversos, tópicos y sistémicos de los corticoesteroides.

Objetivo: comparar la eficacia, inocuidad y aceptabilidad de Altoderm (loción) vs placebo para el tratamiento de la dermatitis atópica en niños.

Pacientes y método: se realizó un estudio doble ciego, controlado. Se asignaron al azar niños de 2 a 12 años de edad con dermatitis atópica para recibir tratamiento con loción de cromoglicato de sodio al 4% vs loción base (placebo) durante 12 semanas. Para incluirse en el estudio debían tener un puntaje de SCORAD ≥ 25 y ≤ 60 en dos visitas clínicas con 14 días de diferencia. Todos continuaron con tratamiento a base de emolientes y corticoesteroides tópicos. La variable primaria fue el cambio en el puntaje SCORAD. En los dos grupos se comparó el cambio en el puntaje de la segunda visita de base con la visita después de 12 semanas mediante el análisis de variancia. Las variables secundarias fueron la evaluación

de los síntomas por los padres y la aplicación de corticoesteroides tópicos al día. Se excluyeron los pacientes que recibieron corticoesteroides orales, por vía intramuscular o intravenosa, tres meses previos al inicio del estudio. Se seleccionaron 114 de 157 niños, de los cuales 27 se excluyeron subsecuentemente, los dos grupos tuvieron características similares. El promedio de puntaje SCORAD al final de la segunda visita de base fue de 41.0 en el grupo de estudio y de 40.4 en el grupo placebo

Resultados: en el grupo que se aplicó Altoderm disminuyó la gravedad de los síntomas desde el inicio del tratamiento. Esta diferencia tuvo significación estadística a las 4, 8 y 12 semanas ($p = 0.041, 0.041$ y 0.018 , respectivamente). La puntuación diaria, comparada con la media de base, mejoró en ambos grupos y fue mayor en el grupo tratado con Altoderm. Las diferencias entre tratamientos fueron estadísticamente significativas para todos los síntomas ($p = 0.043$) y para el estado general de la piel ($p = 0.017$). La reducción en la aplicación de corticoesteroides tópicos fue mayor en el grupo de Altoderm; la reducción en el número de aplicaciones por día fue de 0.43 en el grupo de Altoderm vs 0.17 en el grupo placebo; la reducción media en los días de aplicación fue de 0.22 en el grupo de Altoderm y de 0.10 en el grupo placebo.

Conclusiones: la mejoría en el puntaje final fue de 7.6 o 20% en el grupo placebo y para los pacientes del grupo experimental fue de 13.2 puntos o 30%. Para el grupo tratado con Altoderm representó mejoría clínica importante, particularmente cuando se combinó con mejoría en el registro de síntomas diarios y reducción en la aplicación del corticoesteroide.

Natalia Rebollo Domínguez

Shafiq N, Malhotra S, Pandhi P, et al. Pilot trial: Pioglitazona versus placebo in patients with plaque psoriasis (the P6) (Pioglitazona vs placebo en pacientes con psoriasis en placa [P6]). Int J Dermatol 2005;44:328-33.

Introducción: los receptores de proliferación y activación de peroxisomas son factores de transcripción que regulan la expresión de genes blanco implicados en diversas funciones celulares (proliferación, inflamación y diferenciación celular). Isseman y Green los descubrieron en 1990, entre los cuales se han detectado los isotipos α , β y γ en los queratinocitos humanos.

Objetivo: los receptores de proliferación y activación de peroxisomas son reguladores clave en la dermatosis. La psoriasis se distingue por hiperproliferación, inflamación y diferenciación aberrante. La pioglitazona es una tiazolidinedoniona que liga al PPAR γ y estimula la transcripción de genes sensibles a insulina que regulan el metabolismo de los lípidos y carbohidratos. Actualmente se prescribe en pacientes con diabetes tipo 2, pues disminuye la resistencia a la insulina en los tejidos periféricos y la producción hepática de glucosa. También disminuye la tensión arterial y produce un efecto fibrinolítico. La activación de PPAR- γ inhibe la proliferación y estimula la diferenciación de diversos tejidos. Un estudio demostró que la troglitazona inhibe la proliferación de queratinocitos humanos cultivados con psoriasis y curó las lesiones de la piel en ratones con inmunodeficiencia grave. La administración sistémica de troglitazona en pacientes con psoriasis produjo mejoría clínica e histopatológica. Las deficiencias de este estudio son: una muestra muy pequeña y el diseño abierto, no controlado y no al azar.

Método: se incluyeron pacientes de uno y otro sexo, de 18 a 70 años de edad, con diagnóstico de psoriasis en placa (moderada a grave) y PASI >20%. Se excluyeron los casos con enfermedad hepática o renal, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus u otra enfermedad sistémica, mujeres en edad reproductiva o en lactancia, y pacientes con artritis psoriásica. Todos tuvieron una evaluación de base: biometría hemática, química sanguínea, radiografía de tórax, electrocardiograma, exploración física detallada y cálculo de PASI. Se realizó un estudio al azar, placebo-controlado, doble ciego, prospectivo y paralelo. Los pacientes recibieron pioglitazona (15 o 30 mg) o placebo y se evaluaron a las dos, seis y diez semanas. El parámetro de eficacia primario fue el cambio en PASI de base hasta 10 semanas de tratamiento; el parámetro de eficacia secundario fue la proporción de pacientes que tuvieron mejoría notoria (disminución de PASI ≥ 10). Se calculó una muestra de 16 pacientes por grupo ($\alpha = 0.05$ con poder de 80%). Se incluyeron 25 pacientes por grupo.

Resultados: se registraron 70 pacientes de 21 a 70 años de edad: 25 asignados al grupo que recibió placebo, 21 con dosis de pioglitazona de 15 mg y 24 con dosis de 30 mg. Hubo mejoría clínica en los tres grupos. La mayoría de los pacientes que recibió el fármaco tuvo mejoría o marcada mejoría, en comparación con el grupo placebo. Desaparecieron las lesiones en más de 40% de los pacien-

tes tratados con pioglitazona, comparado con 12.5% en el grupo placebo. Se registró mejoría significativa en más de 60% de los casos que recibieron pioglitazona. El 40% del grupo experimental mostró mejoría en la puntuación media de PASI a las 10 semanas de tratamiento, en comparación con 20% del grupo tratado con placebo. A las dos semanas no hubo diferencia significativa entre los tres grupos; en la semana seis empezaron a ser evidentes y alcanzaron su pico máximo a las 10 semanas.

Natalia Rebollo Domínguez

Ranjan Kar B, Handa S, Dogra S, Kumar B. Placebo-controlled oral pulse prednisolone therapy in alopecia areata (Tratamiento con prednisolona oral en pulsos vs placebo para el tratamiento de la alopecia areata). J Am Acad Dermatol 2005;52(2):287-90.

Introducción: la prescripción de corticoesteroides sistémicos en pulsos suele ser efectiva para el tratamiento de diversas enfermedades, incluida la alopecia areata. Hasta el momento no se ha publicado ningún estudio que compare la administración de corticoesteroides sistémicos contra placebo para el tratamiento de la alopecia areata.

Objetivo: comparar la eficacia de prednisolona oral en pulsos contra placebo en pacientes con alopecia areata extensa.

Pacientes y métodos: se seleccionaron 43 pacientes y se dividieron en dos grupos: grupo A (n=23), tratados con prednisolona (200 mg a la semana durante tres meses) y el grupo B (20 pacientes), con placebo (dosis y esquemas idénticos). El estudio duró seis meses: en los primeros tres se dio tratamiento y los posteriores representaron el periodo de observación.

Resultados: hubo crecimiento significativo de cabello en ocho pacientes del grupo tratado con prednisolona; dos de éstos tuvieron recidiva durante el periodo de observación. No hubo ningún paciente con resultados significativos en el grupo que recibió placebo.

Conclusión: la prednisolona oral en pulsos es efectiva para tratar la alopecia areata. Debe realizarse otro tipo de estudios para valorar y estandarizar la dosis de prednisolona en pulsos para obtener mejores resultados y con mínimos efectos adversos.

Daniel Asz Sigall

Harman KE, Albert S, Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris (Recomendaciones para el tratamiento del pénfigo vulgar). Br J Dermatol 2003;149(5):926-37.

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmunitaria adquirida, en la que los anticuerpos IgG dirigidos contra las proteínas desmosomales (desmogleína) son el principal antígeno. *Manifestación clínica:* el diagnóstico de pénfigo vulgar debe sospecharse en cualquier paciente con erosiones mucocutáneas o ampollas. La mucosa oral es el primer sitio afectado. *Diagnóstico de laboratorio:* se obtiene una biopsia de la mucosa para el estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa. El diagnóstico se confirma por el depósito de IgG en el espacio intracelular de la epidermis. Son pocos los estudios relacionados con el tratamiento del pénfigo vulgar, los corticoesteroides se han prescrito en combinación con otros medicamentos, los esquemas de tratamiento varían ampliamente y los controles con frecuencia son indirectos e incluyen la comparación de tasas de remisión y mortalidad con controles históricos. *Principios generales de tratamiento:* el objetivo inicial del tratamiento es inducir la remisión de la enfermedad. Se sugiere por un periodo de mantenimiento con dosis mínimas para controlar la enfermedad y disminuir los efectos colaterales. Los corticoesteroides sistémicos constituyen el tratamiento de elección del pénfigo vulgar. El esquema óptimo se desconoce; sin embargo, en pacientes con enfermedad moderada se recomiendan dosis iniciales de prednisolona de 40 a 60 mg/día y en casos más graves, de 60 a 100 mg/día. Si no reaccionan en cinco a siete días, se incrementa la dosis en 50 a 100%, hasta controlar la enfermedad. Si se requieren dosis de 100 mg deberá considerarse la administración de pulsos intravenosos. Cuando se logra la remisión, se disminuirá la dosis del fármaco. *Corticoesteroides en pulsos intravenosos:* se refiere a su administración intermitente a dosis altas, generalmente metilprednisolona (250 a 1,000 mg). Los pulsos deberán considerarse para los pacientes con pénfigo vulgar grave o resistentes al tratamiento, particularmente los que no reaccionan con dosis altas de corticoesteroides orales. *Medicamentos complementarios:* la azatioprina es una opción establecida como tratamiento complementario del pénfigo vulgar. La ciclosporina oral se considera una alternativa de la azatioprina. Los pulsos intravenosos de ciclofosfamida con dexametasona, o metilprednisolona, se

recomiendan en pacientes con pénfigo grave o resistentes al tratamiento con corticoesteroides orales. El micofenolato mofetil se prescribe en casos resistentes o cuando la azatioprina o ciclofosfamida no pueden recetarse. El metotrexato se prescribe si los fármacos mejor establecidos como coadyuvantes no pueden recetarse. La evidencia actual no recomienda la ciclosporina como tratamiento complementario del pénfigo vulgar. Las tetraciclinas, con o sin nicotinamida, pueden considerarse tratamiento coadyuvante en los casos leves de pénfigo vulgar.

Elba Lucía Rangel Gamboa

Kus S, Gun D, Zaynep D, Sur H. Vitamin E does not reduce the side-effects of isotretinoin in the treatment of acne vulgaris (La vitamina E no reduce los efectos colaterales de la isotretinoína en el tratamiento del acné vulgar). *Int J Dermatol* 2005;44:248-51.

Antecedentes: la isotretinoína (ácido 13-cis retinoico) es el tratamiento de primera elección del acné grave y noduloquístico; sus reacciones adversas se dividen en mucocutáneas y sistémicas, y causan falta de apego, reducción de dosis o abandono del tratamiento.

Objetivo: determinar si la vitamina E tiene efecto protector en pacientes con acné grave tratados con isotretinoína.

Pacientes y métodos: se seleccionaron 82 pacientes con diagnóstico de acné grave, acné moderado resistente al tratamiento convencional, acné cicatrizante y acné con consecuencias psicológicas. El periodo de estudio abarcó de diciembre de 1999 a noviembre del 2001. Los pacientes se dividieron al azar en dos grupos: 41 recibieron tratamiento con isotretinoína y 41, con isotretinoína más vitamina E.

Resultados: a las 4, 8, 12 y 16 semanas disminuyó el número de lesiones basales en ambos grupos. No hubo diferencias significativas en la cuenta de lesiones entre los grupos en ningún momento del estudio. Tampoco se observaron diferencias en el grado de sequedad y eritema facial, xerosis y descamación de labios, o elevación de enzimas hepáticas y alteraciones en los exámenes de laboratorio.

Conclusiones: la complementación de vitamina E (800 VI/día) no reduce los efectos colaterales de isotretinoína (1 mg/kg/día). La dosis de retinoides recomendada en los

estudios oncológicos es tres veces mayor, por lo que la vitamina E quizá disminuya la toxicidad relacionada con los retinoides, pero dicho efecto sólo puede ser evidente cuando se prescribe en conjunto con altas dosis. En la práctica dermatológica, la dosis de retinoides es muy baja para mostrar las ventajas que ofrece la vitamina E.

Natalia Rebollo Domínguez

Van Coevorden AM, Kamphof WG, Von Sonderen E, Bruynzeel DP, Coenraads PJ. Comparison of oral psoralen-UV-A with a portable tanning unit at home vs hospital-administered bath psoralen-UV-A in patients with chronic hand eczema (Comparación de PUVA oral en cabina portátil a domicilio vs sesión de PUVA intrahospitalaria en pacientes con eccema crónico de las manos. Estudio controlado y al azar abierto de eficacia). *Arch Dermatol* 2004;140:1463-6.

Antecedentes: el eccema de las manos implica la inflamación de la piel (dermatitis) en dicha localización anatómica; tiende a ser crónica y con curso recidivante. Una opción de tratamiento es el psoraleno-UV-A (PUVA): administración de psoraleno por vía oral o local, y la subsecuente irradiación con UV-A. La disponibilidad y el bajo costo de las cabinas portátiles de UV-A, y la supuesta conveniencia de recibir el tratamiento con PUVA en casa, llevaron a realizar este estudio.

Objetivo: comparar la eficacia del tratamiento oral con PUVA en casa vs PUVA intrahospitalario.

Pacientes y métodos: participaron dos hospitales universitarios; se incluyeron todos los pacientes evaluados, durante 18 meses, con diagnóstico de eccema crónico de la mano, uni o bilateral, de moderado a grave, de al menos un año de evolución. Los pacientes se asignaron al azar en dos grupos: 78 para recibir tratamiento con PUVA en casa y 80 para PUVA intrahospitalario.

Resultados: treinta y tres abandonaron el tratamiento (15 del tratamiento en casa y 18 intrahospitalario). Durante el tratamiento se observó una reducción significativa del eccema: 41% del grupo que recibió tratamiento en casa vs 31% intrahospitalario. No hubo significación estadística en ambos grupos.

Conclusiones: el PUVA oral en casa fue eficaz (metoxalen y cabina portátil) durante diez semanas de tratamiento y ocho de seguimiento. La aplicación en casa disminuyó

los costos por transportación y los días de trabajo perdidos, por parte de los pacientes.

Adriana López Bárcenas

Cooper SM, Sheridan A, Burge S. Mycosis fungoides responding to systemic itraconazol (*Micosis fungoide en pacientes que reaccionan al tratamiento con itraconazol*). *JEADV* 2003;17:588-90.

Caso clínico: hombre de 55 años de edad con dermatosis localizada en la cara (región preauricular y retroauricular derecha), que consistía en una placa eritematosa y exudativa de seis meses de evolución. Se diagnosticó dermatitis seborreica, pero el paciente no reaccionó con el tratamiento tópico (miconazol e hidrocortisona). Se realizó el estudio histopatológico y se indicó itraconazol por vía oral. Se observaron linfocitos T anormales con epidermotropismo. La inmunohistoquímica reveló linfocitos T CD30+ y ausencia de proliferación clonal. La dermatosis desapareció con el itraconazol. Posteriormente padeció, en dos ocasiones, una dermatosis similar, la cual disminuyó con itraconazol sistémico. Se confirmó el diagnóstico de micosis fungoide mediante el estudio histopatológico; la expansión policlonal de linfocitos T no excluye el linfoma cutáneo, ya que suele observarse una clona de linfocitos T en 50 a 83% de los pacientes con micosis fungoide en estadio de placa. La reacción al itraconazol fue inesperada. Este antimicótico tiene actividad inmunosupresora, inhibe la proliferación de los linfocitos T y aumenta la producción de FNT- α por los macrófagos, lo que puede explicar su efecto en la micosis fungoide.

Caroline Chanussot

Cevdet Altinyazar H, Koca R, Solak Tekin N, Es-turk E. Adapalene vs metronidazole gel for the treatment of rosacea. (*Adapalene vs metronidazol gel en el tratamiento de la rosácea*). *Int J Dermatol* 2005;44:252-5.

Antecedentes: la rosácea es una dermatosis crónica que afecta principalmente la cara. Se distingue por remisiones y exacerbaciones, y afecta con mayor frecuencia a las mujeres de 30 a 50 años de edad. El efecto adverso de los

medicamentos (tetraciclina, metronidazol e isotretinoína, por vía oral) limitan la duración del tratamiento, lo que ocasiona las remisiones.

Objetivo: comparar la eficacia e inocuidad de adapalene y metronidazol tópicos en pacientes con rosácea pápulo-pustular.

Pacientes y métodos: se realizó un estudio al azar, con investigador ciego, para comparar la eficacia de adapalene en gel (0.1%) y metronidazol en gel (0.75%). Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de rosácea pápulo-pustular, con al menos 10 pápulas o pústulas, sin recibir tratamiento tópico o sistémico dos a cuatro semanas previas, como mínimo. Se excluyeron los que tuvieran enfermedades sistémicas o dermatológicas de base, complicaciones oftalmológicas, otras enfermedades o que recibieran medicamentos que interfirieran con adapalene y metronidazol, pacientes con prescripción previa de ácido retinoico (tópico o sistémico) y mujeres embarazadas. Los pacientes se dividieron en: grupo 1, los que se aplicaron adapalene en gel (n=30) una vez al día (durante la noche); y grupo 2, los que se aplicaron metronidazol en gel (n=25) dos veces al día. Todos recibieron fotoprotección (crema FPS 20). Se evaluaron al inicio, después de 2, 4, 8 y 12 semanas de tratamiento por el mismo investigador. La eficacia del tratamiento se evaluó de acuerdo con el número de pápulas y pústulas, y por la gravedad del eritema y telangiectasias. Estos últimos se graduaron en una escala de cuatro puntos.

Resultados: en los pacientes tratados con adapalene disminuyó el número de pápulas y pústulas; sin embargo, no se redujo el eritema ni las telangiectasias después de tres meses de tratamiento.

Conclusiones: se requieren estudios al azar, doble ciego y multicéntricos para establecer la efectividad de adapalene en los pacientes con rosácea.

Natalia Rebollo Domínguez

Nasser M, Bitterman-Deutsch O, Nassar F. Intravenous immunoglobulin for treatment of toxic epidermal necrolysis (*Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica*). *Am J Med Sci* 2005;329(2):95-98.

La necrólisis epidérmica tóxica o enfermedad de Lyell fue descrita en 1956. Este padecimiento causa erosión de las mucosas, desprendimiento epidérmico y síntomas

inespecíficos graves. Es una enfermedad poco frecuente, cuya incidencia varía de 0.4 a 1.2 casos por millón, su mortalidad es de 30 a 40% y los pacientes que superviven permanecen con secuelas. Anteriormente, el pronóstico se asociaba con afección visceral, neutropenia y trombocitopenia; hoy en día está determinado por el SCORTEN, cuyas variables son la edad y frecuencia cardíaca; BUN, glucosa y bicarbonato séricos, y superficie corporal afectada. Las estrategias de tratamiento se mantienen en controversia, incluyen: inmunosupresores, ciclosporina, corticoesteroides y plasmaféresis. Los estudios recientes sugieren la prescripción de inmunoglobulina IVIG, ya que disminuye la evolución de la enfermedad. Se describen tres casos de pacientes con necrólisis epidérmica tóxica, exitosamente tratados con inmunoglobulina.

Caso 1: mujer de 31 años, inmigrante de Rusia, con fiebre, exantema generalizado y leucorrea. Se administró dipirona y penicilina durante cuatro días, previos a la hospitalización; al ingresar a la unidad médica tuvo fiebre, lesiones vesiculares que afectaban 70% de la superficie corporal total, eritema conjuntival y exudado purulento, estomatitis y gingivitis. Los estudios de laboratorio sólo demostraron anemia normocítica (11 g/dL). La biopsia fue compatible con necrólisis epidérmica tóxica, cursaba con deterioro progresivo, hipotermia, neutropenia, anemia e hipoalbuminemia, por lo que se inició tratamiento con antibióticos intravenosos, antimicóticos, neupogen e IVIG a 0.5 g/kg/día, con incremento de la dosis a 0.6 g/kg/día. Su evolución clínica fue favorable.

Caso 2: mujer de 43 años de edad, de origen chino, con antecedente de asma, la cual se trataba con Ventolin y Aerovent desde hacía cinco años; había tomado carbamacepina 10 días antes por un problema dental. Ingresó a la unidad hospitalaria con lesiones maculopapulares y vesículas. Los estudios de laboratorio resultaron sin alteraciones. El diagnóstico inicial fue enfermedad de Stevens Johnson; se trató con hidrocortisona y antihistamínicos, cuya progresión afectó 40% de la superficie corporal total. La biopsia coincidió con necrólisis epidérmica tóxica y se inició tratamiento con IVIG 0.5 mg/kg/día durante cuatro días, sin aparición de nuevas lesiones, y hubo reepitelización.

Caso 3: mujer de 42 años de edad, inmigrante rusa, con antecedente de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y gota. Tres días antes tomó alopurinol. Ingresó al hospital con lesiones maculopapulares y vesículas de contenido

serohemorrágicas, conjuntivitis con exudado purulento, y cultivo positivo para *S. coagulasa*. La biopsia resultó compatible con necrólisis epidérmica tóxica, los estudios de laboratorio fueron normales. El tratamiento consistió en amoxicilina-clavulanato e IVIG 0.5 g/kg/día, con lo que alivió su padecimiento.

Los pacientes con necrólisis epidérmica tóxica requieren tratamiento intensivo con líquidos y electrolitos, soporte nutricional, control del dolor, corticoesteroides, IVIG, ciclofosfamida, ciclosporina, oxígeno hiperbárico, plasmaféresis y factores estimulantes de granulocitos; algunos estudios señalan que los corticoesteroides incrementan la mortalidad (infección, sangrado, mayor estancia hospitalaria) y están contraindicados. El mecanismo de acción de la IVIG es bloquear el receptor del ligando FAS, el cual está implicado en el proceso de apoptosis.

Eduwiges Martínez Luna

Bonifaz A, Saúl A, Paredes Solís V, Araiza J, Fierro-Arias L. Treatment of chromoblastomycosis with terbinafine: experience with four cases (Tratamiento de la cromoblastomiosis con terbinafina: experiencia en cuatro casos). J Dermatol Treatment 2005;16:47-51.

Antecedentes: la cromoblastomycosis, también llamada cromomycosis, es una micosis subcutánea frecuente en áreas tropicales y subtropicales, causada por hongos dematiáceos (negros), específicamente *Fonseca pedrosoi*, que habitan en el suelo, la madera y las plantas. Dicho padecimiento resulta de la inoculación del hongo, a través del contacto con objetos contaminados, por algún traumatismo. Ésta es una de las pocas micosis en las que no se ha establecido el tratamiento de elección; algunos producen rangos bajos de curación y altos de recaída.

Objetivo: comprobar la eficacia y tolerancia de la terbinafina por vía oral en cuatro casos de cromoblastomycosis.

Pacientes y métodos: se incluyeron cuatro pacientes con cromoblastomycosis, comprobada clínica y micológicamente. Tres de ellos fueron causados por *Fonseca pedrosoi* y uno por *Phialophora verrucosa*. Dos casos tuvieron una pequeña extensión afectada y en los otros dos fue mediana y grande de extensión. La dosis de terbinafina fue de 500 mg/día por vía oral; se redujo a la mitad en dos de éstos cuando se obtuvo 80% de curación; en el tercer

caso se mantuvo la dosis inicial y en el cuarto, se observó mejoría significativa después de 1.2 años de tratamiento.

Resultados: el medicamento fue bien tolerado y no hubo alteraciones en la pruebas de función hepática; sólo un paciente sufrió dispepsia leve.

Conclusión: la dosis de 500 mg/día de terbinafina representa uno de los mejores tratamientos de la cromoblastomicosis, debido a su eficacia y excelente tolerancia.

Diana Sugey Vera Izaguirre

Griffin J, et al. Basal cell carcinoma in childhood: Case report and literature review (Carcinoma basocelular en niños: reporte de un caso y revisión bibliográfica). J Am Acad Dermatol 2007;57:S97-102.

Antecedentes: el carcinoma basocelular durante la infancia es un padecimiento muy raro. Suele asociarse con el síndrome de Bazex o Gorlin, el xeroderma pigmentoso, los nevos sebáceos, el albinismo, entre otros. **Caso clínico:** niño de siete años de edad con lesión en el puente de la nariz, de aspecto papular y borde translúcido, de un año de evolución, con crecimiento gradual y cambios de coloración. El examen microscópico mostró agregados nodulares de células tumorales de aspecto basaloide; el estroma se observó sin elastosis solar. El tratamiento definitivo se realizó mediante intervención quirúrgica micrográfica de Mohs; el defecto final midió 7 x 7 mm y dejó cicatrizar por segunda intención. Durante el seguimiento a ocho meses no hubo recurrencia. El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente y se piensa que la radiación ultravioleta (RUV) juega un papel importante en la etiopatogenia. Hasta el momento se han reportado 107 casos de carcinoma basocelular idiopático en niños, el promedio de edad es de 11 años, y el caso del paciente más pequeño es de 2.25 años. En la serie se reportan dos niños hispanos y otro afroamericano. Las lesiones anatómicas más frecuentes se localizan en la cabeza (90.4%), principalmente en las mejillas y la nariz. Los tumores midieron desde 1 hasta 60 mm y en 20% de los casos se encontró un patrón histológico agresivo (infiltrante). No existe un consenso para establecer su tratamiento en la infancia; la mayoría de los pacientes estudiados se trataron con intervención quirúrgica, curetaje, electrofulguración y radioterapia. La recurrencia en esta edad, según los

reportes, es de 18%. La causa es desconocida, pero se ha propuesto la radiación ultravioleta como mecanismo desencadenante; sin embargo, en esta edad no se ha visto histológicamente elastosis solar, la cual resultaría en daño crónico por la radiación. Otra teoría propuesta es la interrupción del gen 9q22 mediante la exposición al arsénico o hidrocarburos poliaromáticos.

José M Díaz G

Manzano Gayosso P, Méndez Tovar LJ, Hernández Hernández F, López Martínez R. La resistencia a los antifúngicos: un problema emergente en México. Gac Med Mex 2008;144(1):23-26.

La resistencia bacteriana es un proceso conocido desde hace más de 50 años. En los últimos años, la falla del tratamiento antimicótico se ha incrementado en todo el mundo. Esto quizá se atribuye a deficiencias inmunológicas, baja disponibilidad, alteraciones en el metabolismo de los fármacos, interacciones medicamentosas o resistencia antifúngica. En México, aunque no se han cuantificado los casos de resistencia en hospitales de atención general y especialidades, se ha observado un incremento en el número de pacientes que no reaccionan a los tratamientos. Se evaluaron 76 aislamientos fúngicos de pacientes hospitalizados en el edificio de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de los cuales 36 correspondieron a dermatofitos y 40 a *Candida*. El aislamiento de dermatofitos se obtuvo de las uñas (19), la piel glabra (8), las plantas (6), las ingles (2) y la cabeza (1); y el de *Candida*, de pacientes con fungemia (12), fungemia bucal pseudomembranosa (11), onicomicosis (10), intertrigos (3), infección de las vías respiratorias inferiores (3), artritis (1). Las especies aisladas fueron *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes* y var. *interdigitale* y *T. tonsurans*.

Las levaduras del género *Candida* pertenecieron a las especies *albicans*, *tropicalis*, *glabrata*, *parapsilosis*, *famata*, *dublinskiensis*, *kefyr*, *humicola* y *guilliermondii*. Los dermatofitos se cultivaron en Agar Lactrimel; posteriormente se suspendieron los conidios en solución salina, se ajustó la concentración a 1×10^6 , se aplicaron en agar-RPMI y se adicionaron tiras impregnadas con ketoconazol, itraconazol y fluconazol. El aislamiento de *Candida* se preparó en placas, con diluciones decrecientes de ketoconazol,

itraconazol, fluconazol, voriconazol y amfotericina B, inoculadas con 100 mL de una suspensión de 1×10^3 UFC/mL de cada cepa. De los aislamientos de dermatofitos, 7 (19.4%) mostraron resistencia a uno o más compuestos azólicos (tres de *T. rubrum*, tres de *T. mentagrophytes* y uno de *T. tonsurans*), en el que fue constante la falta de efecto del fluconazol. El aislamiento de *Candida* mostró resistencia en 11 casos (27.5%) a uno o varios compuestos azólicos. No hubo resistencia *in vitro* para amfotericina B. Aunque algunas enfermedades virales y parasitarias han disminuido su incidencia, las infecciones micóticas han registrado un incremento constante. La administración profiláctica de antimicóticos durante largos periodos en pacientes con inmunosupresión es uno de los principales factores implicados. El fluconazol tiene menos actividad que otros azoles; por lo tanto, deben realizarse estudios de sensibilidad en aislamientos fúngicos de pacientes con micosis asociadas con falla terapéutica.

D Edoardo Torres Guerrero

Morgan AJ, Schwartz RA. Diabetic dermopathy: A subtle sign with grave implications (*Dermopatía diabética: un signo leve con implicaciones graves*). *J Am Acad Dermatol* 2008;58:447-51.

La dermopatía diabética es la manifestación más común de la diabetes mellitus. La incidencia es de 9 a 55%. Aparece con mayor frecuencia en los hombres mayores de 50 años de edad y conforme evoluciona la diabetes mellitus. La causa se desconoce, pero se relaciona con la microangiopatía del paciente diabético. Se distingue por máculas atróficas, hiperpigmentadas, localizadas en la cara anterior de las piernas. Suele relacionarse con las tres complicaciones microangiopáticas de la diabetes: neuropatía, nefropatía y retinopatía. También se ha demostrado su asociación con enfermedad coronaria. El hallazgo de cuatro o más lesiones típicas es diagnóstico de diabetes mellitus. No se realiza biopsia de rutina y debe evitarse obtenerla de las extremidades de un paciente con diabetes. Los cambios histológicos son inespecíficos. El diagnóstico diferencial incluye excoriaciones por neurosis, tubercúlides papulonecróticas, enfermedad de Shamberg

y dermatitis por estasis. No se recomienda tratamiento, ya que resulta ineficaz. Debe sospecharse dermopatía diabética en los pacientes con diabetes mellitus y prevenir sus complicaciones.

Daniela Gutiérrez Mendoza

Gorouhi F, Solhpour A, Momen Beitollahi J, et al. Randomized trial of pimecrolimus cream versus triamcinolone acetone paste in the treatment of oral lichen planus. (*Estudio al azar de pimecrolimus crema vs acetónido de triamcinolona en pasta para el tratamiento de liquen plano oral*). *J Am Acad Dermatol* 2007;57(5):806-13.

Antecedentes: el liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta 0.1 a 4% de la población general. Se han establecido múltiples tratamientos para este padecimiento.

Objetivo: comparar la eficacia e inocuidad de pimecrolimus al 1% vs acetónido de triamcinolona al 0.1% para el tratamiento oral del liquen plano.

Pacientes y métodos: se realizó un estudio al azar con 40 pacientes asignados en dos grupos: 20 recibieron pimecrolimus al 1% y 20 triamcinolona al 0.1%, cuatro veces al día, durante dos meses. El seguimiento continuó por dos meses. Se midieron el dolor, la calidad de vida y la mejoría clínica.

Resultados: sólo 18 pacientes que recibieron pimecrolimus y 17 triamcinolona finalizaron el tratamiento. Ambos grupos tuvieron mejoría significativa; sin embargo, no fue significativa al compararlos cuando terminó el tratamiento. Durante el seguimiento se observó que los pacientes que tomaron pimecrolimus tuvieron menor recurrencia del padecimiento, en comparación con los pacientes que recibieron triamcinolona.

Conclusión: se demuestra la eficacia de ambos tratamientos por vía oral del liquen plano, pues produce mínimos efectos adversos y mejores resultados en cuanto a recurrencia, principalmente en pacientes tratados con pimecrolimus 1%.

Roberto Narro