

Resúmenes

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

Nnoruka EN, Chukwuka JC, Anisuibia B. Correlation of mucocutaneous manifestations of HIV/AIDS infection with CD4 counts and disease progression (Correlación entre manifestaciones mucocutáneas de infección por VIH/SIDA con conteo de CD4 y evolución de la enfermedad). Int J Dermatol 2007;46(Suppl. 2):14-18.

Introducción: conforme continúa la búsqueda de indicadores clínicos confiables para el tratamiento del VIH/SIDA en países con pocos recursos, las alteraciones mucocutáneas provocadas por el virus deben considerarse indicadores clínicos clave para pronosticar el estado inmunitario basal, la evolución de la enfermedad y las posibles complicaciones de tratamiento antirretroviral altamente activo en África.

Objetivo: identificar y correlacionar las alteraciones mucocutáneas mediante el conteo de células CD4+ y linfocitos totales en pacientes con VIH/SIDA del sudeste de Nigeria.

Material y método: se obtuvo información a través de entrevistas, seguida de la exploración clínica y dermatológica.

Resultados: el promedio de células CD4 en los pacientes con VIH/SIDA fue de 303.81 cel/mm³, significativamente más bajo que el del grupo control, con 807.3 cel/mm³ ($z = 10.089$ y $p < 0.005$). En comparación con la cuenta de CD4 de pacientes con VIH asintomáticos (433.6 cel/mm³), la de pacientes con VIH con manifestaciones mucocutáneas variadas (293.63 cel/mm³) se correlacionaron estadísticamente con cuentas bajas ($z = 4.0731$ y $p < 0.05$). Las pápulas pruriginosas representaron 32.3% de las dermatosis en los pacientes con CD4 de 51 a 200 cel/mm³, mientras que la dermatitis seborreica afectó con más frecuencia a quienes tuvieron CD4 de 201 a 500 cels/mm³ (43.1 vs 12%, $p < 0.01$), en comparación con aquellos que resultaron con cuentas más bajas (51 a 200 cel/mm³). Las

lesiones mucocutáneas y los conteos menores a 100 cel/mm³ se observaron en pacientes con estadíos avanzados de la enfermedad.

Discusión: las lesiones por criptococosis cutánea se observaron en pacientes con conteos bajos de CD4 (<50 cel/mm³), el sarcoma de Kaposi con conteos de menos de 200 cel/mm³ y la dermatitis seborreica con conteos de más de 200 cel/mm³ (esta última como manifestación cutánea temprana). Debe emprenderse una campaña en que la piel sea un órgano clínicamente importante para evaluar, con la finalidad de pronosticar el estado inmunológico y el tratamiento de VIH/SIDA, sobre todo en países con pocos recursos de salud y de difícil alcance por las autoridades sanitarias.

María Teresa García Romero

Gabriel A, Shores J, Heinrich C, Bagai W, et al. Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds (Terapia de presión negativa con irrigación: estudio piloto para describir un nuevo método en el tratamiento de heridas infectadas). Int Wound J 2008;5(3):399-413.

Este estudio reporta el resultado de 15 pacientes sometidos a terapia de presión negativa e irrigación intermitente controlada por tiempo de una solución antiséptica, para el tratamiento de heridas complejas infectadas.

Métodos: estudio prospectivo en 15 pacientes sometidos a terapia de presión negativa e irrigación intermitente; los datos obtenidos se analizaron y compararon con los de un grupo control. El estudio se realizó en el Centro Médico Universitario de Loma Linda, California. Se administró tratamiento antibiótico por vía sistémica, según los cultivos de las heridas.

Resultados: se observó disminución significativa en los días de tratamiento del grupo control, de 35.5 ± 13.1 vs 9.9 ± 4.3 días ($p < 0.001$). La curación se obtuvo en 25.9 ± 6.6

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

vs 6.0 ± 1.5 días en el grupo control y en el de terapia de presión negativa e irrigación intermitente, respectivamente ($p < 0.00$). El cierre de las heridas se obtuvo en 29.6 ± 6.5 vs 13.2 ± 6.8 días ($p < 0.001$) y la estancia hospitalaria fue de 39.2 ± 12.1 vs 14.7 ± 9.2 días ($p < 0.001$).

Conclusión: la terapia de presión negativa con irrigación intermitente reduce el costo y los requerimientos para el tratamiento de las heridas infectadas.

Sergio Miguel Mercado Ceja

Del Rosso JQ, Webster GF, Jackson M, Rendon M, et al. Two randomized phase III clinical trials evaluating anti-inflammatory dose doxycycline (40 mg doxycycline, USP capsules) administered once daily for treatment of rosacea (Dos estudios clínicos aleatorios fase III para evaluar la dosis antiinflamatoria de doxiciclina [40 mg/día] en el tratamiento de la rosácea). J Am Acad Dermatol 2007;56:791-802.

Antecedentes: la monoterapia con doxiciclina a dosis antibióticas ha mostrado efectividad en el tratamiento de la rosácea.

Objetivo: evaluar la eficacia e inocuidad de la doxiciclina en dosis antiinflamatoria para el tratamiento de la rosácea.

Métodos: se realizaron dos estudios de grupos paralelos, multicéntricos, aleatorios, doble ciego y controlados con placebo. Se seleccionaron pacientes con rosácea de moderada a grave, quienes recibieron 40 mg/día de doxiciclina ($n = 269$) vs placebo ($n = 268$) durante 16 semanas.

Resultados: al inicio del estudio se registró un promedio de 20 lesiones inflamatorias por grupo; en la semana 16, la media cambió de -11.8 a -9.5 en los grupos que recibieron doxiciclina vs -5.9 a -4.3 en el grupo tratado con placebo ($p < 0.001$ para ambas comparaciones). La dosis antiinflamatoria de doxiciclina fue bien tolerada; los efectos adversos más comunes fueron nasofaringitis (4.8%), diarrea (4.4%) y cefalea (4.4%).

Sergio Miguel Mercado Ceja

Zeichner J, Stern DW, Uliasz A, Itenberg S, Lebwohl M. Placebo-controlled, double-blind, randomized pilot study of imiquimod 5% cream applied once per week

for 6 months for the treatment of actinic keratoses (Estudio controlado, doble ciego y aleatorizado con imiquimod al 5% una vez por semana durante seis meses en el tratamiento de la queratosis actínica). J Am Acad Dermatol 2009;60:59-62.

Introducción: el imiquimod al 5% en crema aplicado dos veces por semana es efectivo y está aprobado para el tratamiento de la queratosis actínica; sin embargo, provoca efectos adversos locales que disminuyen el apego al tratamiento.

Objetivo: comparar la eficacia del imiquimod al 5% aplicado una vez por semana, durante 24 semanas, con la del placebo en la mitad de la cara en un mismo individuo como tratamiento de la queratosis actínica. El seguimiento se hizo cada cuatro semanas y cuatro semanas posterior al tratamiento.

Resultados: se registraron 20 pacientes, de los cuales 15 completaron el estudio. En la semana 28 postratamiento, 7 (46.7%) individuos tuvieron mejoría importante vs 1 (6.7%) del grupo placebo. La escala de evaluación cambió a 2.2 en el grupo de estudio vs 0.27 del placebo ($p = .0002$). Los efectos adversos fueron mínimos.

Conclusiones: el imiquimod al 5%, aplicado una vez por semana durante 24 semanas, disminuyó las lesiones en la mayoría de los pacientes y produjo mínimos efectos adversos; sin embargo, es inferior a los esquemas aprobados actualmente.

Lorena Lammoglia Ordiales

Lee JS, Loh TH, Seow SC, Tan SH. Prolonged urticaria with purpura: The spectrum of clinical and histopathologic features in a prospective series of 22 patients exhibiting the clinical features of urticarial vasculitis. (Urticaria subaguda con púrpura: espectro de manifestación clínica e histopatológica en un estudio prospectivo seriado de 22 casos con expresión de vasculitis urticariforme). J Am Acad Dermatol 2007;56,6:994-1005.

Introducción: existe un patrón clínico persistente de un subtipo de vasculitis urticariforme en pacientes con urticaria, de 24 horas a varios días. El diagnóstico de vasculitis urticariforme se establece cuando hay infiltración perivascular superficial por linfocitos y eosinófilos, y extravasación eritrocitaria.

Objetivo: estudio clínico e histopatológico de diferentes casos con vasculitis urticariforme.

Material y método: se seleccionaron pacientes con lesiones urticariformes persistentes, con duración mayor a 24 horas, que tuvieran, al menos, dos de los siguientes signos: dolor, púrpura o curación con hiperpigmentación. Se aplicó a los pacientes un cuestionario estándar de síntomas. Se efectuaron estudios sanguíneos y radiográficos de tórax para excluir la afección sistémica e hipocomplementemia. Se obtuvieron biopsias de piel para su estudio histopatológico y de inmunofluorescencia.

Resultados: se registraron 22 pacientes, de los cuales 19 (86.4%) mostraron infiltrado linfocitario y 3 (13.6%) tuvieron infiltrado con predominio de neutrófilos asociado con vasculitis leucocitoclástica. Veinte (90.9%) mostraron infiltrado perivascular superficial y 2 (9.1%) profundo. El análisis multivariado reveló las siguientes características: cumplimiento de los tres criterios menores para establecer el diagnóstico de vasculitis urticariforme ($p = .007$), fibrina en el estudio histológico, polvo nuclear, hipocomplementemia y anemia. El grupo con predominio de neutrófilos tuvo persistencia de la enfermedad, aun con dos modalidades de tratamiento.

Discusión: las biopsias de lesiones con patrón clínico de vasculitis urticariforme revelaron en pocos pacientes vasculitis leucocitoclástica. La mayoría mostró predominio histológico de linfocitos asociado con diferente concentración de eosinófilos. El diagnóstico de vasculitis linfocítica se estableció en el grupo donde sólo predominó la infiltración linfocitaria.

Virginia Susana Luna Magaña

Tisma V, Basta-Juzbasic Alexandra, Jaganjac M, Brcic L, et al. Oxidative stress and ferritin expression in the skin of patients with rosacea (Estrés oxidativo y expresión de ferritina en la piel de pacientes con rosácea). J Am Acad Dermatol 2009;60:270-6.

Antecedentes: la rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, sensible a la luz, de origen desconocido. Este estudio determina el estrés oxidativo, la capacidad antioxidante y la participación fisiopatológica de la expresión de ferritina en las células cutáneas de pacientes con rosácea.

Objetivos: determinar las concentraciones séricas de peróxido, de potenciales antioxidantes totales, y analizar desde el punto de vista inmunohistoquímico la ferritina en muestras de piel.

Métodos: se incluyeron 60 pacientes con rosácea (límite de edad de 30 a 76 años), cuyo diagnóstico se estableció mediante estudio histopatológico entre 2003 y 2007 (36 hombres y 24 mujeres), y 11 pacientes sanos (7 hombres y 4 mujeres). La evaluación incluyó historia clínica, examen físico, hallazgos de la enfermedad y técnicas adecuadas de imagen, además de determinaciones séricas y de piel para analizar la concentración de peróxido sérico, ferritina epidérmica y capacidad antioxidante total.

Resultados: la concentración sérica de peróxido fue significativamente mayor y el potencial antioxidante total fue significativamente menor en los pacientes con rosácea, sobre todo en quienes tuvieron enfermedad grave.

Conclusión: las diferencias estadísticamente significativas en la expresión de ferritina, la concentración elevada de peróxido y el bajo potencial antioxidante comprueban la aparición de estrés oxidativo sistémico en pacientes con rosácea.

Virginia Susana Luna Magaña

Miranda A, Frías G, Hierro S. Amiloidosis cutánea y su tratamiento. DCMQ 2008;6(1):29-34.

Esta revisión analiza 39 artículos publicados entre 1980 y 2005 relacionados con amiloidosis cutánea y su tratamiento. La amiloidosis es una enfermedad que se distingue por depósito extracelular de proteínas. Existen formas sistémicas y localizadas con variedades primarias o secundarias. La incidencia anual es de 8.9 casos por un millón de habitantes en Estados Unidos. El cuadro clínico de las formas sistémicas es más frecuente en las áreas de flexión (el cuello y las axilas, los párpados, la región anogenital, periumbilical y los pliegues nasogenianos). Además de los cambios en la piel, puede haber alopecia difusa o localizada, uñas distróficas, anoniquia y macroglosia. La morfología puede ser macular, papular o liquenoide y nodular. El síntoma principal es el prurito. Los hallazgos histopatológicos se distinguen por material eosinófilo, amorfo y homogéneo dispuesto difusamente con infiltración de los vasos sanguíneos y anexos con células plasmáticas. En algunos casos se observa bi-

rrefringencia de color verde manzana (rojo Congo). El pronóstico depende de las alteraciones concomitantes. El tratamiento consiste en quimioterapia; para las formas cutáneas se prescriben corticoesteroides intralesionales o tópicos como primera opción. Algunos reportes señalan resultados satisfactorios con etretinato, calcipotriol, dermoabrasión, biopsia por rasurado, fototerapia con UV-B de banda angosta, láser ablativo de CO₂ y láser pulsado.

Felipe Vargas Martínez

Kalb R, Bagel J, Korman N, Lebwohl MG, et al. Treatment of intertriginous psoriasis: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation (Tratamiento de la psoriasis intertriginosa: Consejo Médico de la Fundación Nacional de Psoriasis de Estados Unidos). J Am Acad Dermatol 2009;60:120-4.

Antecedentes: la afección de los pliegues cutáneos es común en pacientes con psoriasis, aunque su incidencia no es bien conocida. Este reporte señala el tratamiento de la psoriasis intertriginosa.

Objetivo: la comisión del Consejo Médico de la Fundación Nacional de Psoriasis de Estados Unidos evaluó las opciones de tratamiento, con la finalidad de llegar a un consenso en terapia de la psoriasis inversa o intertriginosa.

Materiales y métodos: se revisaron reportes bibliográficos relacionados con el tratamiento de la psoriasis que afecta el área de los pliegues.

Limitaciones: pocos estudios han evaluado el tratamiento de la psoriasis intertriginosa.

Resultados: el tratamiento recomendado a corto plazo (dos a cuatro semanas) de la psoriasis invertida consiste en esteroides tópicos de baja a mediana potencia; el tratamiento a largo plazo consiste en calcipotrieno tópico (calcipotriol), o un agente inmunomodulador (pimecrolimus o tacrolimus son efectivos).

Discusión: los esteroides tópicos de baja a mediana potencia son el tratamiento de elección a corto plazo. Su indicación debe limitarse a menos de dos a cuatro semanas.

Virginia Susana Luna Magaña

Angelova-Fischer I, Pfeuti T, Zillikens D, Rose C. In vivo confocal laser scanning microscopy for non-invasive diagnosis of pemphigus foliaceus (Microscopia laser confocal in vivo para el diagnóstico no invasor de pénfigo foliáceo). Skin Res Technol 2009;15:40-44.

Objetivo: evaluar el potencial de la microscopia láser confocal para el diagnóstico no invasor de pénfigo foliáceo.

Método: mediante microscopia láser confocal se examinaron dos pacientes con lesiones preexistentes y mecánicamente inducidas, además, se efectuaron estudios histopatológicos de rutina, inmunofluorescencia directa y ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas.

Resultados: el hallazgo más frecuente en pacientes con pénfigo foliáceo, mediante microscopia laser confocal, fue la ampolla intraepidérmica con acantólisis. Los hallazgos y las lesiones fueron consistentes en ambos pacientes. Las imágenes confocales coincidieron con los estudios histopatológicos de rutina. No se observaron diferencias en las imágenes confocales de las lesiones preexistentes con las inducidas mecánicamente.

Conclusiones: la microscopia láser confocal es una técnica no invasora para el diagnóstico de pénfigo foliáceo y su subtipo. Aunque actualmente no puede utilizarse para reemplazar los estándares para el diagnóstico de la enfermedad, puede utilizarse con éxito para el estudio *in vivo* no invasor.

Juan Antonio Vázquez Velo

Donaldson KE, Karp CL, Dunbar MT. Evaluation and treatment of children with ocular rosacea (Evaluación y tratamiento de niños con rosácea ocular). Cornea 2007;26:42-46.

Objetivo: describir la manifestación y el tratamiento de la rosácea ocular en niños.

Métodos: estudio retrospectivo en 20 pacientes (de 22 meses a 17 años) que mostraron durante la infancia alguna alteración corneal, del borde palpebral y cambios en la piel asociados con rosácea. Todos los casos se evaluaron en un centro de tercer nivel de atención en Miami, Florida, desde 1990 hasta 2003.

Resultados: 60% de los pacientes mejoró después del tratamiento con eritromicina o doxiciclina sistémica

y esteroides tópicos de baja potencia; 10% no mejoró con el tratamiento y 30% no completó el estudio para valorar el éxito. Los pacientes se mantuvieron en remisión por más de cuatro años, después de un ciclo corto de tratamiento sistémico. La media de seguimiento fue de 19.6 meses (rango de 0 a 9 años).

Conclusión: el diagnóstico y tratamiento oportunos de la rosácea ocular en niños puede mejorar el resultado de los pacientes al limitar la progresión de la enfermedad corneal y favoreciendo la cicatrización y la vascularización.

Juan Antonio Vázquez Velo



10, 11, 12 y 13 de junio, 2009



Congreso Internacional de Dermatología Cosmética, Láser y Pelo 2009

Hotel Royal Pedregal

Se llevará a cabo en la Ciudad de México, esfuerzo conjunto de médicos, empresas y la Sociedad Mexicana de Dermatología Cosmética y Láser, S.C.

Profesores internacionales: Dr. Christopher Zachary, Dr. Nowel Solish, Dr. Paul T Rose, Dr. Anthony Benedetto, Dr. Lawrence Parish, Dr. Enrique Hernández Pérez, Dr. Maritza Kummerfeldt, Dr. Maricarmen Bourginal, Katuska Leonardo, Samantha Neves (confirmados) y más de 60 profesores nacionales.

Algunos de los temas: Antienvjecimiento, fotoprotección, rejuvenecimiento corporal, rejuvenecimiento facial no quirúrgico del tercio superior, nariz, labios, cuello, celulitis, efecto real de aparatos en antienvjecimiento. Nuevos aspectos de la toxina botulínica, realidad de los rellenos, hilos en el consultorio, peelings corporales, problemas cosméticos de pelo, trasplante de pelo, observe a los expertos (en vivo con pacientes) y muchos otros.

Talleres: Toxinas botulínicas, rellenos, láser y aparatos, escleroterapia, peelings, hilos, trasplante de pelo, pelo sintético para el tratamiento de la calvicie, mesoterapia, carboxiterapia, personal paramédico y asistentes en el consultorio (repcionistas, enfermeras, técnicos láser, etc.)

Informes: en la Ciudad de México (55) 5531-0865, 5203-6454.

Fax: (55) 5203-5086 (solicitar tono).

www.congresoderma.com; www.dermatologiacosmetica-congreso.com

E: mail: comite@congresoderma.com; luis.silva@congresoderma.com; amdac@solar.sar.net

COSTOS DE INSCRIPCIÓN AL CONGRESO

	Antes del 15 de enero del 2009	Antes del 15 de mayo del 2009	A partir del 16 de mayo del 2009 y durante el congreso
Residente	\$ 800.00	\$1,200.00	\$1,800.00
Miembro de las sociedades (al corriente de sus cuotas)	Sin costo	\$1,000.00	\$1,500.00
Médico no miembro de las sociedades	\$2,000.00	\$2,500.00	\$3,500.00
Talleres precongreso:	\$3,500.00	\$4,500.00	\$5,500.00

- Precios expresados en pesos mexicanos.
- Los talleres tienen cupo limitado.
- La SMDCL se reserva el derecho de admisión.

**AGENCIA OFICIAL PARA SUS RESERVACIONES
RESERVACIONES DE HOTEL:**

Norma Gutiérrez
grupos4@travelandbusiness.com.mx
Teléfono: (0155) 5515 8383 ext. 113

RESERVACIONES AÉREAS:

Sr. Raymundo Ontiveros (0155) 5515 8383 ext. 118
ventas2@travelandbusiness.com.mx



ACADEMIA MEXICANA DE DERMATOLOGÍA, A.C.

A G E N D A 2 0 0 9

- 16** **MAYO** Sesión a cargo del Hospital Central Militar
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- 19** **SEP** Sesión a cargo de la UMAE, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- 20** **JUNIO** Sesión a cargo del Hospital Juárez de México, OPD
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- 17** **OCT** X Concurso Anual para Residentes
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- 18** **JULIO** Sesión a cargo del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- 18-21** **NOV** VIII Congreso Bienal de Dermatología
Sede: Cintermex, Monterrey, NL
- 14-15** **AGO** Actualidades en cosmética
Sede: Crowne Plaza-Hotel de México, México, DF
- DIC** Sesión cultural *Entrega de diplomas a miembros de nuevo ingreso*
Sede: por confirmar, México, DF
Fecha por confirmar