



Aguascalientes, capital. El 1 de mayo, 2000

Muy estimado Editor:

He leído con detenimiento el artículo del **Dr. Juvenal Gutiérrez Moctezuma** y colaboradores, publicado en la prestigiada revista que usted dirige y se encuentra agotada en los meses de noviembre/diciembre de 1999, en las páginas 250 a 253, Vol. 66 No. 6

En ella se publica el caso de una pequeña de 11 años con morfea generalizada.

El caso, por demás interesante por la edad de presentación (5 años) y tiempo de evolución (6 años) suscita serias reflexiones a cualquier clínico tratante.

1. La morfea generalizada, así como algunas variantes de la esclerodermia son actualmente susceptibles de ser tratadas con diversas modalidades de fotoquimioterapia tópica (Balneo-PUVA tintura-PUVA) o sistémica con psoralenos (8-Metoxipsoraleno).
2. Se comenta en el artículo de los "tratamiento actuales" de la morfea, y sin embargo, las citas bibliográficas publicadas no rebasan a 1996, y ninguna alude a textos o tratados dermatológicos nacionales o internacionales recientes.
3. En el ámbito mexicano, el uso de las terapéuticas con luz ultravioleta (UVB-espectro de 280 a 400 nanómetros, UVB espectro de 320 a 400 nanómetros, y más recientemente UVA-1 de 340 a 400 nanómetros) se encuentran a disponibilidad de los distintos especialistas prescriptores: internistas, dermatólogos, reumatólogos y pediatras.
4. Es útil adicionar en todos los textos y artículos de mayor actualización una comunicación extensa al respecto. La morfea es un capítulo, que por su vigencia y aspectos aún no bien definidos (etiopatogenia, herencia, respuestas a tratamientos y pronósticos variables) nos exige una revisión más pormenorizada, sobre todo, para el especialista en cierres.
5. Se ha comprobado que una de las mejores indicaciones de la fotoquimioterapia es la esclerodermia inflamatoria, postulándose como efecto fotoimmunológico: supresión de síntesis de DNA, modulación de la respuesta inmune, sobre todo hacia la supresión y, acción citotóxica (apoptósica) selectiva. Entidades como la reacción de injerto contra huésped (con evidentes al-

teraciones esclerodermoides), se han visto beneficiadas por este método en estudios controlados.

6. Es probable, que en casos como el reportado, la decisión precoz de nuevos tratamientos (como la fotoquimioterapia con PUVA) conduzcan a mejores pronósticos. Particularmente he constatado esto en pacientes con morfea lineal o en placas generalizada, que inician su mejoría desde la décima sesión fototerapéutica (en 3 semanas), a dosis que inician (dependiendo el tipo de piel) a 2.5 Joules por centímetro cuadrado, hasta un promedio de 6 a 8 Joules/cm² por sesión.
7. De incuestionable valor, el confrontar casos infrecuentes y complejos como el referido, a un grupo multidisciplinario, donde intervengan las experiencias de pediatras, inmunólogos, internistas, reumatólogos y dermatólogos.

Será muy útil consensar en breve, cuáles pueden ser las mejores opciones terapéuticas para padecimientos tan incapacitantes como la esclerodermia, y definir a manera de guía, cuál es su "statu quo" en México.

Le suplico atentamente sea considerado este testimonio escrito como una respetuosa y formal Carta al Editor.

Agradezco anticipadamente su pronta publicación. Espero en contraparte su bondadosa respuesta.

Dr. Eduardo David Poletti
Internista Dermatólogo
Clínica "Derma-Norte"
Aguascalientes, Ags., México
poletti@internext.com.mx

Pd: Anexo citas bibliográficas de utilidad:

1. Phototherapy and Photochemotherapy of Skin Disease, Morison WL. 2^a Ed. Raven Press. 1997
2. "Photodermatology". Lim, HW. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery Vol. 18 No. 4, December 1999.
3. "PUVA Therapy: current concerns in Japan". Danno K. Journal of Dermatological Science. 19 (1999) 89-105.
4. PUVA Instruction Manual. ICN Pharmaceuticals. 1999.
5. Ackerman BA. et al. A Clinical Atlas of 101 common skin diseases, with histopathologic correlation. Ardor Scribendi. 2000.