

Resúmenes de la literatura

Guillermo González Rodríguez

UNA FORMA ÚNICA DE PÉNFIGO ENDÉMICO EN EL NORTE DE COLOMBIA

Ana María Abreu-Vélez y cols. J Am Acad Dermatol 2003; 49:599-608.

El pénfigo foliáceo endémico (PF) es el único grupo de enfermedades autoinmunes que nos brinda la oportunidad de estudiar la interacción entre medio ambiente y genética con el sistema inmune. En este estudio (1992-2001) se encontraron 130 pacientes con PF, la mayoría hombres (95.4%) con promedio de edad de 50 años, todos pobres, que vivían en el área rural de El Bagre, un pequeño pueblo del nordeste de Colombia. La enfermedad se presentó en 4.7% de personas de mediana edad, ancianos y mujeres posmenopáusicas de esa región. Los autores confirmaron un foco endémico de pénfigo foliáceo en El Bagre, como una enfermedad autoinmune que comparte características con el síndrome Seneer-Usher, pero que ocurre de una manera endémica. Se observó reactivación antigénica heterogénea como en el pénfigo paraneoplásico pero sin ninguna evidencia de enfermedad neoplásica. Además, estimulación antigénica exógena constante y una predisposición genética deben presentarse en la patogénesis de esta enfermedad.

UTILIDAD CLÍNICA DE LOS ANCA PARA LOS DERMATÓLOGOS

Lawrence E. Gibson y cols. Int J Dermatol 2003; 42:859-869.

El descubrimiento de los anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) y su asociación con la granulomatosis de Wegener en 1980 ha tenido un gran impacto en la evaluación diagnóstica de los pacientes con sospecha de

vasculitis de pequeños vasos. Este artículo hace una revisión de la relación de los ANCA con las vasculitis cutáneas y su papel en la patogénesis de estas vasculitis, finalizando con una revisión de las diferentes manifestaciones cutáneas de la granulomatosis de Wegener.

REACTIVIDAD DE ANTICUERPOS IgG PARA *BORRELIA BURGdorFERI SENSU STRICTO* EN PACIENTES CON MORFEA EN COLOMBIA

R. Trujillo, A. Torres, R. Palacios. Int J Dermatol 2003; 42:882-886.

La morfea y el liquen esclero-atrófico (LSA) son lesiones escleróticas de la piel, de etiología desconocida, que comprometen al tejido conectivo. La hipótesis de la borrelia como su causante es muy controvertida. La asociación entre la enfermedad de Lyme y lesiones escleróticas, tales como morfea y LSA, ha sido propuesta por serología, cultivo para *Borrelia burgdorferi* y por la reacción en cadena de la polimerasa. Sin embargo, muchos de los estudios que han tratado de confirmar esto han fallado. Los autores analizaron inmunoglobulina G por inmunoblot para *Borrelia burgdorferi* en pacientes con morfea y LSA, comparándolos con sueros de pacientes sanos y con sífilis. No se encontró diferencia significativa en el número de bandas antigénicas reactivas entre esta serie de pacientes analizados, y lanzan la hipótesis de la posibilidad que una nueva espiroqueta, no relacionada con *Borrelia burgdorferi* treponema, pueda ser el agente causal de morfea/LSA en Colombia.

REVISIÓN CRÍTICA DE LA MANERA COMO SE EVALÚAN LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA ROSÁCEA

Aditya K. Gupta y cols. Int J Dermatol 2003; 42:909-916.

La rosácea es un desorden relativamente común que afecta a individuos de todas las razas, principalmente

Guillermo González R., Dermatología Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

aqueños descendientes del norte de Europa. Su edad de inicio está entre los 20 y 50 años de edad. La rosácea se puede clasificar en cuatro subtipos y una variante. Muchos planes terapéuticos se han usado pues ninguno es efectivo de modo uniforme. Los autores analizan los estudios indexados en Medline (1966 a junio de 2002) con estudios donde se trata la rosácea y encuentran en ellos muchas metodologías que hacen problemático comparar los diferentes ensayos clínicos.

REACCIÓN HALO ECZEMATOSO EN NEVUS PIGMENTADO CONGÉNITO

Jesús Vega y cols. Int J Dermatol 2003; 42:895

Los autores describen el caso de un niño de dos años de edad, que presenta una reacción eczematosa alrededor de un nevus pigmentado congénito. Esta entidad, también conocida como nevus de Meyerson, es un proceso inflamatorio peri-névico descrito por Meyerson en 1971. El reporte de estos casos es esporádico y solamente se han descrito cuatro niños con esta lesión, de los cuales dos de ellos aparecieron en nevus pigmentados congénitos. El tratamiento de estas lesiones son los esteroides tópicos, aunque sólo con una respuesta parcial al tratamiento o su desaparición después de cierto tiempo. El caso publicado por estos autores requirió la extirpación quirúrgica del nevus.

PRINCIPIO MICROBIOLÓGICO DE UNA PELÍCULA BIOLÓGICA COMO UN FACTOR EN LA PATOGENESIS DEL ACNÉ VULGAR

Craig N. Burkhart y cols. Int J Dermatol 2003; 42: 925-927.

La microbiología de la unidad pilosebácea revela la existencia de tres grupos de organismos: primero, cocos Gram positivos coagulasa negativos; segundo, levaduras lipofílicas principalmente *Pityrosporum ovale* y *P. orbiculare*, y tercero, el *Propionibacterium acnes* que reside en forma anaeróbica en el infrainfundíbulo. Este *propionibacterium* está en una película biológica de polímeros de glycocalyx, que actúa como exoesqueleto y como una barrera física limitando la efectividad de los antimicrobianos. Este polímero secretado por el *P. acnes* nos puede explicar la inmunogénesis del organismo, así como aspectos patogénicos y de tratamiento, incluyendo el porqué se necesita un tratamiento antibiótico prolongado.

DERMATOSIS POR GARRAPATAS

Daniel E. McGinley-Smith y col. J Am Acad Dermatol 2003; 49:363-392.

Las garrapatas son ectoparásitos que causan una serie de enfermedades dermatológicas, directamente por su picadura o indirectamente como vectores de bacterias, rickettsias, protozoos o virus. Se estudia lo concerniente a la biología y la identificación de estos parásitos; se hace una revisión epidemiológica, características clínicas y tratamiento de estas enfermedades con énfasis en las manifestaciones cutáneas. Se estudian, entre otras, la enfermedad de Lyme, fiebre por las picaduras de garrapatas, tularemia, fiebre de las montañas rocosas, etc.

TERAPIA CON RADIACIÓN ULTRAVIOLETA B DE BANDA ESTRECHA PARA VITILIGO RECALCITRANTE EN ASIA

Rajatanavin Natta y col. J Am Acad Dermatol 2003; 49:473-476.

Se estudiaron 60 pacientes (22 hombres y 38 mujeres) entre los 11 y 61 años de edad, hubo 53 casos generalizados y 7 casos de vitiligo localizado; las lesiones comprometían desde el 5% a 50% de la superficie corporal. Se inició con dosis de 100 mJ/cm², dos veces por semana, la dosis se incrementó de 10% a 20% por tratamiento, durante 20 tratamientos, hasta llegar a repigmentación o eritema persistente. Este estudio retrospectivo abierto demostró que la luz ultravioleta B de banda estrecha fue efectiva para el 42% de pacientes asiáticos con vitiligo recalcitrante. No se presentó ningún efecto secundario.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA HIDROQUINONA AL 4% COMBINADA CON ÁCIDO GLICÓLICO AL 10%, ANTIOXIDANTES Y PROTECTORES SOLARES EN EL TRATAMIENTO DEL MELASMA

Ian L. Guevara y col. Int J Dermatol 2003; 42:966-972.

Treinta y cinco mujeres hispanas, con tipo de piel III-V y melasma bilateral, fueron tratadas durante 12 semanas con una crema de hidroquinona al 4%, ácido glicólico al 10%, vitaminas C y E, además de un protector solar. Se comparó su eficacia con la utilización solamente de una crema

Resúmenes de la literatura

protectora solar. Al hacer los análisis correspondientes se concluyó que la crema de hidroquinona, ácido glicólico, vitaminas C y E, y el protector solar eran mucho más seguros y efectivos en el tratamiento del melasma.

TRATAMIENTO DE LA PEDICULOSIS CAPITIS CON TIABENDAZOL: ESTUDIO PILOTO

Mamad Reza Namazi. *Int J Dermatol* 2003; 42:973-976.

Aunque se han mejorado los estándares de salud, las infestaciones por piojos permanecen como un problema mundial, con un incremento de resistencia a los pediculicidas comunes. Veintitrés pacientes con pediculosis *capitis* con edades entre 7 y 12 años y afectación activa de piojos fueron tratados con tiabendazol oral, 20 mg/kg, dos veces al día por un día, con repetición después de 10 días. Al día 11 de tratamiento hubo una respuesta entre el 91% y el 98% de pacientes tratados. El tiabendazol actúa en el parásito por inhibición de los microtúbulos de polimerización y puede interferir con la transmisión sináptica, probablemente por efecto colinérgico.

UNGÜENTO DE TACROLIMUS AL 0.1% PARA EL TRATAMIENTO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR NÍQUEL

Yamini V. Saripalli y cols. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:477-482.

El tacrolimus es un macrolactán que previene la transcripción de RNA mensajero para varias citoquinas inflamatorias de células T helper (Th 1 y Th 2). Los autores hacen un estudio randomizado doble ciego, vehículo-control, con comparación pareada bilateral para evaluar seguridad y eficacia del ungüento de tacrolimus al 0.1% en pacientes con

dermatitis de contacto al níquel. El estudio concluyó que puede ser un muy buen producto para esta alteración.

LÁSER EN DERMATOLOGÍA: CUATRO DÉCADAS DE PROGRESO

Elizabeth I. Tanzi y cols. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:1-31

La tecnología láser ha progresado muy rápidamente durante las pasadas décadas, lo que ha permitido éxitos en el tratamiento de muchos procesos cutáneos, así como en defectos congénitos, donde sobresalen lesiones vasculares y pigmentadas, tatuajes, cicatrices y hasta se puede lograr crecimiento del pelo. La demanda en cirugía láser se ha incrementado sustancialmente, pues muchas lesiones pueden ser removidas con baja incidencia de secuelas posoperatorias. Esta revisión se inicia con la historia del sistema láser, su aplicación en lesiones vasculares, tratamiento de queloides, cicatrices hipertróficas, estrías, depilación, abrasión cutánea y otras situaciones donde hoy se usa esta técnica.

EXPOSICIÓN REPETIDA A LUZ AZUL NO MEJORA LA PSORIASIS

Catherine Maari y col. *J Am Acad Dermatol* 2003, 49:55-58.

Se ha reportado incremento endógeno de los niveles de protoporfirinas IX (PpIX) en la piel de los pacientes con psoriasis. La activación de PpIX con luz azul después de la aplicación exógena de su precursor, el ácido aminolevulínico, puede mejorar la psoriasis.

Basados en esta hipótesis no estudiada hasta ahora, los autores evaluaron 17 pacientes con placas de psoriasis que presentaban aumento endógeno en los niveles de PpIX. Después de 12 exposiciones a luz azul no hubo mejoría de la psoriasis.

**CALENDARIO DE EVENTOS Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DERMATOLÓGICAS
REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES
AÑO 2004**

MAYO 1-4

XXIII Reunión Anual de Dermatólogos del Cono Sur.
Lima, Perú.

AGOSTO 12-14

XIV Curso Avances en Terapéutica Dermatológica,
Santiago, Chile.

JUNIO 11-13

II Curso de Actualización para Dermatólogos
"María Mérida Durán". International Society
of Dermatology-Proderma.

Centro de Convenciones Hotel Dann Carlton,
Cali, Colombia. Fax: 5585412.

SEPTIEMBRE 25-29

59° Congreso Brasileiro de Dermatología, Natal – RN.

JUNIO 26-30

16° Congreso Brasileiro de Cirugía Dermatológica,
Porto de Galinhas – PE.

OCTUBRE 14-17

XXV Congreso Colombiano de Dermatología,
Bogotá, D.C., Colombia.

Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Hotel Sheraton, Bogotá, Colombia.
Información: www.asocolderma.org

JULIO 7-10

X Congreso Mundial de Dermatología Pediátrica.
Hotel Cavalieri Hilton - Roma, Italia.

Formato de respuestas

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

Artículo de educación médica continuada

Carcinoma de células escamosas cutáneo (Segunda parte) Histopatología y Tratamiento basado en factores de riesgo

Número 1, Volumen 12, Abril de 2004

1.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
2.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
3.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
4.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
5.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
6.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
7.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
8.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
9.	(F)	<input type="checkbox"/>	(V)	<input type="checkbox"/>				
10.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

E-mail:

**Envíe sus respuestas al Consejo de Promoción y Mejoramiento
de la Calidad de la Dermatología a la sede de la Asociación,
Calle 134 No. 13-83. Oficina 601, Bogotá.**

