

Resúmenes de la literatura

Guillermo González Rodríguez.

CIRUGÍA LÁSER: APROXIMACIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO

Julie L. Cantatore, David A. Kriegel. J Am Acad Dermatol 2004; 50:165-84.

El mejor conocimiento de las propiedades ópticas y térmicas de la piel humana ha servido para la investigación de nuevos medicamentos y modalidades terapéuticas, entre ellas el láser. Los pacientes pediátricos se han beneficiado mucho de esta terapia. El artículo hace un balance exhaustivo sobre los diferentes tipos de láser y su utilidad en múltiples lesiones, sean de origen vascular (mancha en vino oporto, hemangiomas, telangiectasias, granuloma piógeno, angiofibromas), pigmentarias (lentiginos, nevus de Ota, nevus melanocíticos congénitos, máculas café con leche, *nevus spilus*) o heterogéneas como cicatrices de acné, psoriasis, tatuajes, hipertrichosis, estrías, queloides y verrugas.

COMPLICACIONES OSTEOARTICULARES DE LA ERISPELA.

Nadia Coste, Gérardine Perceau et al. J Am Acad Dermatol 2004; 50:203-209.

Las complicaciones osteoarticulares son raras después de una erisipela. Los autores describen nueve pacientes (siete hombres y dos mujeres), con un promedio de edad de 49,6 años, que presentaron un cuadro típico de erisipela de los miembros inferiores, pero que desarrollaron complicaciones osteoarticulares durante el curso de su enfermedad, siempre en las articulaciones contiguas a la placa de erisipela. Estas complicaciones fueron: bursitis (5), osteítis (1), artritis (1), tendinitis séptica (1), y distrofia (1).

Guillermo González Rodríguez, Asociación Colombiana de Dermatología Pediátrica.

Universidad Libre- Universidad del Valle, Cali.

MODULACIÓN DEL CRECIMIENTO LINEAL DE LA UÑA PARA TRATAR ENFERMEDADES UNGUEALES.

Adam S Geyer, Neh Onumah et al. J Am Acad Dermatol 2004; 50:229-34

Las enfermedades que afectan las uñas producen una gran alteración e interfieren con el buen desempeño del individuo, sus relaciones interpersonales y su vida profesional. Ciertas enfermedades se caracterizan porque aceleran el crecimiento de las uñas, mientras que otras muestran disminución en su crecimiento. En éste artículo se describen los medicamentos que influyen en el crecimiento de las uñas (terbinafina, itraconazol, biotina, etc.), y se analizan las enfermedades que las hacen crecer (psoriasis, pitiriasis rubra pilar, hipertiroidismo, etc.). Así mismo, se relacionan aquellas drogas y enfermedades que hacen lento el crecimiento de las uñas. Al final se hace un análisis de las implicaciones terapéuticas de cualquiera de estos factores.

EL CABELLO Y LAS UÑAS EN LA CIENCIA FORENSE.

Ralph Daniel et al. J Am Acad Dermatol 2004; 50:258-261.

Las drogas y las sustancias químicas o biológicas se acumulan tanto en el cabello como en las uñas, donde pueden ser detectadas y medidas. Su estudio, con procedimientos no invasivos y de fácil realización, es aplicable y útil en medicina forense. Los autores ilustran este artículo con los casos clínicos de tres pacientes cuya causa de muerte se pudo establecer con el análisis del cabello y las uñas.

Resúmenes de la literatura

LA TEMPERATURA REGULA LA PRODUCCIÓN DE PROTEÍNAS BACTERIANAS: POSIBLE ROL EN LA ROSÁCEA.

Mark V.Dahl, Amy J.Ross et al. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:266-72

La temperatura de la cara es alta en los pacientes con rosácea. Las pápulas y pústulas pueden presentarse porque las bacterias se comportan diferente a distintas temperaturas. Los autores compararon las bacterias de la piel de la cara de pacientes con rosácea con las de un grupo control. Midiendo el crecimiento y secreción de proteínas de estas bacterias a 30°C y a 37°C. Encontraron que el estafilococo epidermidis aislado de los pacientes con rosácea era β hemolítico en forma consistente, mientras en los controles era no hemolítico. Las bacterias de los pacientes con rosácea tenían la misma tasa de crecimiento cuando se cultivaban a 30°C o a 37°C, pero secretaban más proteínas a 37°C que a 30°C. Concluyeron que en los pacientes con rosácea las bacterias secretan diferentes calidades y cantidades de proteínas a distintas temperaturas.

PROFILAXIS CON INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA PARA EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON RECURRENTE.

Adelaida A.Hebert, Melissa A.Bogle. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:286-288.

La inmunoglobulina humana endovenosa se ha usado para el tratamiento del síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. Los autores describen el uso profiláctico de la inmunoglobulina endovenosa en una paciente con historia previa de cuatro episodios de síndrome de Stevens-Johnson.

PEDICULOSIS.

Christine J.Ko, Disk M. Lestón. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:1-12

La pediculosis, o infestación por piojos, sigue siendo un problema mundial. Los tres principales piojos que infestan al hombre son: pediculosis humana *capitis*, piojo púbico y pediculosis *corporis*. Mientras los piojos de la cabeza no han sido descritos como vectores de enfermedad alguna, los piojos del cuerpo son un vector importante para una serie de enfermedades, y los piojos del pubis pueden consi-

derarse como un marcador importante para pensar en enfermedades de transmisión sexual. Los autores hacen una descripción muy detallada de los diferentes tratamientos y las resistencias que han desarrollado estos ectoparásitos.

ALOPECIAS CICATRIZALES PRIMARIAS: CLÍNICA Y PATOLOGÍA DE 112 CASOS.

Eileen Tan et al. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:25-32

Las alopecias cicatrizales representan un grupo diverso de enfermedades caracterizadas por la pérdida del ostium folicular, que dejan como secuela una alopecia irreversible. Se hace un estudio en una población de 112 pacientes que fueron diagnosticados con alopecia cicatrizal primaria adquirida durante un período de 5 años. Los autores sugieren una biopsia de piel mandatoria para todos los casos, en algunos se amerita tomar más de una biopsia para hacer un diagnóstico definitivo. Se necesitan múltiples modalidades terapéuticas agresivas para prevenir una mayor e irreversible destrucción folicular. La Sociedad Americana para el Estudio de las Alopecias ha clasificado a la alopecia cicatrizal primaria en cuatro grupos, de acuerdo con el infiltrado que se encuentre en la biopsia. Grupo linfocítico: lupus eritematoso cutáneo crónico, líquen plano pilar, pseudopelada de Brocq, alopecia cicatrizal centrífuga central. Del grupo neutrofílico: foliculitis decalvante, celulitis disecante. Grupo mixto: foliculitis queiloideana, y un grupo de alopecia cicatrizal no específica. En este estudio se encontró cuatro veces más alopecia cicatrizal linfocítica que neutrofílica. Las linfocíticas comprometieron más a mujeres de edad mediana, mientras que la neutrofílica afectó a hombres de edad mediana. Se analizan las opciones terapéuticas para la alopecia cicatrizal linfocítica que incluyen corticoides, antimaláricos e isotretinoína versus antibióticos, corticoides e isotretinoína para la alopecia cicatrizal neutrofílica.

DESARROLLO DE UN MÉTODO OBJETIVO PARA MEDIR EL RASCADO EN NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA APROPIADO PARA USO CLÍNICO.

Kenneth Benjamin et al. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:33-40.

Prurito, un síntoma importante en las enfermedades de la piel pero muy poco estudiado. Para este artículo se utilizaron cámaras de vídeo infrarrojas en los dormitorios de los

Resúmenes de la literatura

pacientes, y un aparato para censar los movimientos que hacen los miembros superiores e inferiores de los pacientes cuando duermen. Se compararon 14 niños atópicos con siete niños sanos de control. Al estudiar los vídeos se llegó a la conclusión que el rascado nocturno es mucho más complejo que lo descrito previamente. No solamente el atópico se rasca sino que se mantiene agitado, se frota y hace movimientos de retorcimiento que dañan la piel. En promedio durmieron 46 minutos menos que los del grupo control. Los atópicos se rascaron dos a tres veces más que los controles.

PÓNFOPIX FOTOINDUCIDO: REPORTE DE CINCO CASOS.

Irene Man, Sally Ibbotson et al. J Am Acad Dermatol 2004; 50:55-60

La dishidrosis o pónfolix es una enfermedad común de la piel que se presenta en las manos y los pies con vesículas espongíóticas recurrentes. Se ha descrito un número de factores etiológicos como: atopia, alergia de contacto, aler-

gia por ingesta de metales, estrés e infecciones por dermatofitos. En una gran mayoría de los casos la causa es desconocida. Se describen cinco pacientes cuyo estudio etiológico apunta hacia la UVA como causa.

¿EL BLOQUEO DE LOS NERVIOS EN LA MUÑECA INFLUYE EN EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA A EN LA HIPERHIDROSIS PALMAR?

Martina Hund, Stefan R. Ilka K. et al. J Am Acad Dermatol 2004; 50:61-2

El tratamiento de la hiperhidrosis palmar con toxina botulínica tipo A es doloroso, y es habitual que se utilice anestesia local. Sin embargo, el bloqueo de los nervios puede estar asociado con reducción de la eficacia del tratamiento. En 20 pacientes con hiperhidrosis palmar idiopática de ambas manos se trató una mano con bloqueo y la otra sin anestesia. No hubo diferencia en la eficacia de la toxina botulínica A, pero sí fue mucho menos traumática la aplicación de la toxina en la mano anestesiada.