

Resúmenes de la literatura

Guillermo González Rodríguez

MACROLACTAM, INMUNOMODULADOR PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA PIEL.

Elke Bornhövd y cols. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:736-743.

El macrolactam proporciona una alternativa a los glucocorticoides para el tratamiento tópico de la dermatitis atópica y de otras dermatosis inflamatorias. El tacrolimus, como otro nuevo, el pimecrolimus, penetran la epidermis inflamada y son muy útiles como terapia tópica. Ambas sustancias inhiben la transcripción de genes de citocinas proinflamatorias tales como la interleukina 2, la cual es dependiente del factor nuclear NF-AT. Ellas bloquean la acción catalítica del calcineurín, que conduce a inhibir el transporte de componentes citoplasmáticos de NF-AT en el núcleo celular. Este artículo revisa la bioquímica y las propiedades de las células, su mecanismo de acción, la farmacocinética, los efectos colaterales y los resultados de los ensayos clínicos, que son indicaciones de estos inmunomoduladores. Los estudios clínicos doble ciego, randomizados y multicéntricos de estas sustancias utilizadas tópicamente las muestran como eficaces en el tratamiento de la dermatitis atópica en sus formas de moderada a severa.

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS. PARTE 2. TERAPIA SISTÉMICA.

Mark Lebwohl y cols. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 649-661.

Las medicaciones sistémicas utilizadas en el tratamiento de la psoriasis rápidamente han crecido. En los Estados Unidos las únicas drogas aprobadas por la FDA para el tratamiento de esta enfermedad son: el metotrexate, los retinoides y la ciclosporina. El manejo y la dosis de estos medicamentos son revisados en este artículo. Se han publicado las experiencias clínicas, las dosificaciones y las recomendaciones sobre otros medicamentos nuevos como el tacrolimus,

mofetilmicofenolato, hidroxiúrea, 6-tioguanine y la sulfasalazine. Los autores finalizan el artículo revisando las diferentes combinaciones de tratamientos que se han investigado para el tratamiento de esta enfermedad.

INMUNOFLUORESCENCIA EN DERMATOLOGÍA

Diya F. Mutasim y col. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:803-822.

La inmunofluorescencia ha sido utilizada durante 4 décadas, tanto para las investigaciones fisiopatológicas de las enfermedades de la piel como para ayudar a los clínicos en el diagnóstico de varias enfermedades de la misma, principalmente las enfermedades ampollasas, las enfermedades del tejido conectivo y las vasculitis. Hoy en día la validez diagnóstica de una enfermedad ampollasosa y de las enfermedades inmunes de la piel requieren de la evaluación clínica, histológica y hallazgos inmunológicos. Esta técnica es especialmente útil para el diagnóstico de las enfermedades ampollasas subepidérmicas, que a menudo se sobrepone en sus presentaciones clínicas e histológicas. Al terminar la lectura de este interesante artículo, se está familiarizado con los métodos ideales para obtener un examen de inmunofluorescencia que ayude en el diagnóstico de las enfermedades inmunes de la piel, y muy conscientes sobre el valor y las limitaciones de esta ayuda de laboratorio.

¿CUÁNDO UN PROTECTOR SOLAR SE DEBE VOLVER A APLICAR?

Brian L. Diffey y cols. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:882-885.

La protección ofrecida por un protector solar está definida como el factor de protección solar (SPF) que se obtiene después de un fototest *in vivo*, de acuerdo con una reglamentación internacional de aplicar una

Guillermo González Rodríguez, Dermatología
Universidad Libre-Universidad del Valle, Cali.

Resúmenes de la literatura

capa de 2 mg/cm². Sin embargo, varios estudios han mostrado que el consumidor se aplica mucho menos que esta cantidad (0.5-1.5 mg/cm²), lo cual afecta la protección que el usuario esperaba de su producto y que ha quedado reducida tan sólo al 20 ó 50% de lo ofrecido, que si se aplicase una capa gruesa. Los autores del artículo concluyen que lo ideal del protector solar es aplicarlo entre 15 y 30 minutos antes de exponerse al sol, y volver a aplicarlo 30 minutos después de haber iniciado la exposición solar. Sin embargo, si se suda demasiado, se mete a la piscina o todo aquello que implique una actividad vigorosa, son necesarias las reaplicaciones.

PRURITO DE ORIGEN DESCONOCIDO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Matthew J. Zirwas y cols. J Am Acad Dermatol 2001; 45:892-896.

Aunque el prurito es a menudo la manifestación de una enfermedad primaria de la piel que puede ser fácilmente diagnosticada y tratada, en ausencia de una explicación dermatológica puede indicar una serie de enfermedades sistémicas. Los autores estudiaron 50 pacientes con prurito, sin causa evidente, y encontraron 11 pacientes que tenían una enfermedad sistémica como causa de su picor y en 7 de ellos el prurito fue el síntoma inicial. Las enfermedades que se encontraron fueron: hipotiroidismo, adenocarcinoma gástrico, hepatitis C, HIV, carcinoma laríngeo, enfermedad injerto vs. huésped y leucemia linfocítica crónica.

LA CASPA TIENE UNA ALTERACIÓN ULTRAESTRUCTURAL EN EL ESTRATO CÓRNEO QUE SE MEJORA CON EL SHAMPOO DE PIRITONATO DE ZINC.

Ronald R. Warner y cols. J Am Acad Dermatol 2001, 45:897-903.

La caspa y la dermatitis seborreica son condiciones clínicas crónicas del cuero cabelludo que afectan aproximadamente al 50% de la población, y cuyo primer síntoma es una excesiva descamación en el cuero cabelludo. La dermatitis seborreica es un desorden

mucho más severo, que incluye un incremento en la descamación en la cara, el cuero cabelludo y una inflamación visible. Al estudio de microscopía electrónica de transmisión, la caspa del cuero cabelludo mostró que había anomalías en el estrato córneo, consistentes en: microorganismos, hiperproliferación incluyendo paraqueratosis, gotas de lípidos dentro del corneocito, pocos desmosomas, interdigitaciones en la membrana del corneocito y excesiva desorganización de los lípidos intercelulares. El estrato córneo, al tratarse con un shampoo comercial que contenía piritionato de zinc, volvió a su ultraestructura normal, sugiriendo control en la causa de la caspa.

EL EFECTO DE LA APLICACIÓN TÓPICA DE ASPIRINA EN NEURODERMATITIS CIRCUNSCRITAS LOCALIZADAS.

G. Yosipovitch y cols. J Am Acad Dermatol 2001; 45:910-913.

El liquen simple crónico, también llamado neurodermatitis circunscrita localizada, es una dermatitis pruriginosa molesta, generalmente con un curso prolongado y una zona liquenificada y pruriginosa muy marcada. El proceso persiste, a pesar de los tratamientos tópicos intensos con corticoides potentes. Veintinueve pacientes con esta enfermedad fueron tratados con una solución de aspirina/diclorometano, en un estudio doble ciego, durante un período de dos semanas. Se obtuvo una respuesta terapéutica significativa en 11 (46%) de los pacientes que terminaron el estudio, comparado con 3 pacientes (12%) que recibieron placebo. Los autores concluyen que la solución de aspirina/diclorometano puede ser un tratamiento práctico para los pacientes que sufren de liquen simple crónico.

BASES INMUNOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON NUEVOS AGENTES BIOLÓGICOS.

James G. Krueger, MD, Ph.D. J Am Acad Dermatol 2002; 46:1-23

La psoriasis es una enfermedad muy común de la piel que afecta aproximadamente al 2.6% de la población

Resúmenes de la literatura

de los Estados Unidos. En la década pasada, la visión de la patogénesis de la enfermedad cambió dramáticamente. Se vincula la activación de varios tipos de linfocitos que controlan la inmunidad celular, y células T dependientes de procesos inflamatorios en la piel que aceleran el crecimiento de la epidermis y de las células vasculares en las lesiones de psoriasis. Los criterios conocidos en la activación inmunológica incluyen: maduración (activación) de las células de Langerhans, activación de las células T, diferenciación y expansión de las células T1, tráfico selectivo de células T a la piel, inducción de citoquinas inflamatorias y cascada de quimoquinas en las lesiones de la piel. En su momento, cada uno de estos pasos ofrece una oportunidad de intervención con tratamientos de ingeniería biológica.

TACROLIMUS TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO ORAL SINTOMÁTICO.

Todo W. Rozycki y cols. *Am Acad Dermatol* 2002; 46: 27-34.

El liquen plano oral (OLP) es una enfermedad inflamatoria crónica relativamente frecuente y a menudo difícil de tratar, que presenta síntomas molestos como dolor e irritación. Los autores presentan un estudio de 13 pacientes con OLP, tratados con tacrolimus tópico, de los cuales 11 respondieron bastante bien a la sintomatología producida por la enfermedad, mientras que dos pacientes no tuvieron mejoría de sus síntomas. El medicamento fue bien tolerado y parece ser una terapia efectiva para el control de los síntomas y aclaramiento del OLP.

RESPUESTA EN EL MISMO SITIO DESPUÉS DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES. ÚLTIMOS DATOS.

Vicenzo Ruocco y cols. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:90-94.

El término "respuesta isotópica" describe la aparición de una nueva enfermedad no relacionada, que compromete el mismo sitio donde previamente una enfermedad sanó. Se han descrito varios tipos de lesiones cutáneas

que aparecen cuando se cura un herpes zoster o menos común un herpes simple. Se incluyen: comedones, cambios xantomatosos, granuloma anular, granulomas sarcoidales, granulomas tuberculoideos, vasculitis granulomatosa, dermatitis granulomatosa no clasificadas, tiñas, morfea, erupciones acneiformes, forúnculos, pseudolinfomas, etcétera. Cuando se habla de esta respuesta isotópica, son varias las posibilidades patogénicas a considerar: 1. Origen viral; 2. Origen inmunológico; 3. Origen neural; 4. Origen vascular.

TACROLIMUS TÓPICO Y FUROATO DE MOMETASONA EN EL TRATAMIENTO DEL ECZEMA DISHIDRÓTICO PALMAR.

Christina Schnopp y cols. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:73-77.

El eczema dishidrótico palmoplantar (EDPP) es una enfermedad crónica de curso intermitente, cuyo tratamiento se hace con base en glucocorticoides tópicos, aunque se necesita urgentemente un tratamiento alternativo. Se realizó un estudio doble ciego randomizado en 60 pacientes con EDPP que se aplicaron tacrolimus al 0.1% en ungüento (2 veces al día) y mometasona furoato 0.1% en ungüento (2 veces al día), mostrando una mejoría >50% de las áreas dishidróticas y de su sintomatología con los productos comparados. Los autores concluyen que el tacrolimus es una posibilidad terapéutica para estar rotando con el furoato de mometasona, en el tratamiento de los casos crónicos de eczema dishidrótico palmoplantar.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA PARTICIPACIÓN DEL DAÑO SOLAR EN CARCINOMA ESCAMOSO Y MELANOMA *IN SITU*.

Itamar Belo dos Santos y cols. *Med Cután Iber Lat Am* 2001; 29:269.

Los autores hicieron una revisión de 20 láminas histológicas de carcinoma escamoso *in situ* y 20 de melanoma maligno *in situ*, y elaboraron una escala del daño elastosis solar dérmico presente en las láminas estudiadas, relacionando la intensidad de la elastosis dérmica con el diagnóstico histopatológico, la localización de la lesión y la edad del paciente. \curvearrowright

Los resultados obtenidos confirman que el daño solar representado en elastosis dérmica estaba presente en todos los casos de carcinoma escamoso *in situ*, y que la mayor incidencia de esta neoplasia fue en las partes expuestas al sol. La elastosis dérmica encontrada en los casos de melanoma maligno *in situ* estaba ausente o era de poca intensidad, y la mayor parte de los casos ocurrieron sobre piel no expuesta al sol. Los afectados de carcinoma escamoso *in situ* eran de edad más avanzada que los afectados de melanoma maligno *in situ*, correspondiendo a un daño mayor producido por las radiaciones solares.

DISCROMIA UNIVERSAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Eduardo Lacaz M y cols. Med Cutan Iber Lat Am. 2001; 29:274

La discromia *universalis* es una leucomelanodermia primaria caracterizada por una hiper e hipopigmentación macular, usualmente con una herencia autosómica recesiva. Los autores describen un niño de 8 años

de edad, quien desde los cinco presentaba una serie de máculas hiper e hipopigmentadas generalizadas asintomáticas. No había casos similares en su familia ni sus padres eran consanguíneos. Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta están: la leucodermia lenticular generalizada, la hipomelanosis macular confluyente y progresiva, la amiloidosis discrómica, el vitiligo pentacrómico y la exposición a agentes químicos.

FIGURAS DE LA DERMATOLOGÍA IBERO-LATINO-AMERICANA: LUIS ALFREDO RUEDA PLATA (1929-1999).

Jose Maria Mascaró. Med Cután Iber Lat Am 2001; 29:308-309

El Profesor José María Mascaró hace una muy bonita nota necrológica sobre la vida y obra de su amigo y compañero de estudios, profesor Luis Alfredo Rueda Plata.

Luis Alfredo: tu memoria siempre estará conmigo.