

Resúmenes de la literatura

ITRACONAZOL, UN EFECTIVO ANTIFÚNGICO ORAL PARA ONICOMICOSIS.

Sanjeev J et al. Int J Dermatol 2001; 40:1-6.

El Itraconazol, un derivado triazólico sintetizado en 1980, actúa directamente en la síntesis del ergosterol, componente primordial de la membrana celular del hongo; inhibiendo su formación, y se afecta la viabilidad del hongo por varias vías. Este antimicótico de amplio espectro de actividad *in vitro* ha sido ensayado en más de 250 especies y en 6000 géneros de hongos. Los autores encuentran estudios de eficacia del producto, a 200 mg/día en terapia continua durante 3 meses, en tiña pedis, utilizando tratamientos de onicomicosis de manos y pies con 2 y 3 pulsos, respectivamente.

El Itraconazol, en dosis de 200 mg/día durante 6 semanas continuas, se considera altamente efectivo, con un porcentaje de curación que puede llegar hasta el 90% para onicomicosis de las uñas de los pies.

NEURALGIA POST-HERPÉTICA Y EL DERMATÓLOGO.

Sugeng MW et al. Int J Dermatol 2001; 40:6-11.

La neuralgia post-herpética es definida como el dolor localizado y persistente después de tres meses de la fase aguda de un herpes zoster en piel. Los pacientes lo definen como un dolor profundo, quemazón, pinchazo, punzada, alteración de la sensibilidad (parestesia), sensación dolorosa provocada por el más mínimo estímulo mecánico, luminoso y eléctrico. Esta afección compromete 9-13% de los pacientes con herpes zoster y el promedio de compromiso es durante 3.5 años. El riesgo de neuralgia post-herpética y la intratabilidad se aumentan con la edad.

El dolor de la forma aguda de herpes zoster, como la neuralgia post-herpética, es neuropático, y es el resultado del daño de los nervios periféricos con alteración en la señal al sistema nervioso central.

El tratamiento temprano del herpes zoster, con drogas antivirales del tipo aciclovir, famciclovir y valaciclovir, reducen la duración del dolor y el riesgo de desarrollar neuralgia post-herpética en pacientes adultos.

Los autores revisan las diferentes terapias para el tratamiento de este dolor, y consideran a los antidepressivos tricíclicos como los más eficaces.

TRATAMIENTO DE LA LARVA MIGRATORIA CUTÁNEA. COMPARACIÓN ENTRE ALBENDAZOL Y TERAPIAS TRADICIONALES.

Albanese G et al. Int J Dermatol 2001; 40:67-71.

La larva migratoria es una parasitosis caracterizada por la formación de una lesión cutánea serpinginosa, endémica de las regiones calientes húmedas de áreas tropicales y subtropicales, pero con un incremento evidente en otras regiones debido al turismo, viajes de negocios y visitas a lugares exóticos. Es causada principalmente por el *Ancylostoma braziliense*, un helminto que normalmente vive en el intestino de perros, gatos y una amplia variedad de animales. Menos frecuentemente otras especies producen el mismo cuadro clínico: *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomun phlebotomun* y otras larvas humanas como *Necator americano* y *Ancylostoma duodenal*. El diagnóstico de esta parasitosis está basado en la historia clínica y observación de las lesiones. El Albendazole, a dosis de 400-800 mg/día, por un período que puede variar entre 1-7 días, debe considerarse la droga de primera elección para esta parasitosis.

DES Loratadina, dosis diaria; mejora los signos y síntomas de la urticaria crónica. Estudio doble ciego.

Ring J et al. Int J Dermatol 2001; 40:72-76.

La urticaria es una enfermedad muy común que afecta aproximadamente al 23% de la población de los Estados Unidos de Norteamérica. La urticaria crónica idiopática es la más común; se caracteriza por ronchas que permanecen por más de 6 semanas sin que se le detecte causa alérgica, física o medioambiental. Los autores ensayan la desloratadina, un nuevo y potente antihistamínico, no sedante, y con un excelente perfil de seguridad cardiovascular. Encuentran que suministrando desloratadina, 5 mg/día, es seguro y efectivo en el tratamiento de la urticaria crónica idiopática.

MECANISMOS INMUNOLÓGICOS Y CELULARES EN DERMATITIS ATÓPICA.

Leung DYM et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:S1-S13.

La dermatitis atópica, enfermedad altamente pruriginosa, inflamatoria, recurrente en piel, se inicia

Resúmenes de la literatura

usualmente en niños con historia familiar de alergia respiratoria, con o sin antecedentes familiares de atopia. La prevalencia de la enfermedad se ha incrementado en los últimos años, hasta ser estimada en cerca del 20% de la población en general. Se desarrolla como resultado de la interrelación de factores medioambientales, inmunológicos, genéticos y farmacológicos. Los autores explican la contribución de citoquinas, inmunoglobulinas, células T ayudadoras, agentes infecciosos y superantígenos en los procesos inflamatorios de la enfermedad, que pueden ayudar para un mejor tratamiento de la enfermedad.

INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA Y ÚLCERA VENOSA EN PIERNA.

Valencia IC et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:401-421.

Son tres los tipos de úlceras de las extremidades inferiores: arteriales, venosas y neuropáticas. Las úlceras venosas constituyen el 80% de las úlceras de piernas, mientras que las de origen arterial están entre el 10-25% y pueden coexistir con las venosas. La incidencia de la insuficiencia arterial se incrementa con la edad, coexistencia de enfermedades reumáticas y diabetes mellitus. Menos comúnmente, trauma, presión y agentes infecciosos pueden causar úlceras de las piernas. Este artículo es una revisión muy amplia sobre la epidemiología, patología, fisiopatología y presentación clínica de estas úlceras, para de ello derivar a un tratamiento mucho más completo de esta patología tan común.

HISTORIA FAMILIAR, ESTRÉS E INFECCIONES RECIENTES COMO FACTORES DE RIESGO EN PSORIASIS EN GOTAS: RESULTADO DE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Naldi L et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:433-438.

Los autores llegan a la conclusión de la asociación entre psoriasis en gotas e historia familiar de psoriasis en los descendientes en primer grado; confirman plenamente cómo el estrés psicológico juega un papel primordial en el inicio de la enfermedad, mostrando evidencia en el 30-40% de los casos, y cómo procesos recientes de faringitis aguda pueden ser el disparador de la psoriasis en gotas.

TRATAMIENTO DEL PRURIGO NODULAR CON CAPSAICINA TÓPICA.

Stander S et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:471-478.

Prurigo nodular, una erupción de nódulos liquenificados y excoriados causada por un prurito intratable. Es una afección común en pacientes con dermatitis atópica y otras enfermedades pruriginosas, como escabiosis, xerosis y penfigoide ampolloso. Puede ser signo de enfermedades sistémicas como deficiencia de hierro, disfunciones hepáticas y del tiroides, obstrucción de conductos biliares, diabetes mellitus, enfermedades renales crónicas, linfomas, leucemias, estrés emocional y profundos desórdenes psiquiátricos. Los autores utilizan una solución oleosa de capsaicina al 1%, 4-6 veces al día, en las lesiones de piel, incorporan al estudio 33 pacientes y lo encuentran efectivo para la cesación del prurito en todos los pacientes a los 12 días de tratamiento (promedio 4.9 días).

UN VISTAZO A LOS POXVIRUS.

Diven DG. J Am Acad Dermatol 2001; 44:1-14.

La familia de los poxvirus es un interesante grupo de virus que afecta tanto a personas como a animales. Son los más grandes de los virus animales y pueden ser vistos por el microscopio de luz. El nucleosoma está constituido por dos cadenas de ADN rodeadas por una membrana. Diferentes poxvirus son capaces de producir infecciones localizadas, autolimitadas por inoculación a la piel, por ejemplo, orf o enfermedades sistémicas fulminantes como la viruela. El mismo virus puede afectar diferentes especies por diferentes vías, y otros poxvirus causan proliferación celular localizada como el molusco contagioso. Esta revisión incluye solamente aquellos poxvirus que infectan a los humanos: viruela, vacuna, "monkeypox", "cowpox", orf, "tanapox" y molusco contagioso.

ERITEMA NODOSO EN NIÑOS. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Kakourou T et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:17-21.

Eritema nodoso, una rara enfermedad de niños. Los autores con los 35 casos (17 niños y 18 niñas) tratan de evaluar epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, curso y pronóstico de la enfermedad. En 25 niños, agentes

Resúmenes de la literatura

infecciosos fueron señalados (*Streptococo B hemolítico* 68%, *Mycobacterium tuberculosis* 5%), mientras que los otros pacientes fueron relacionados con enfermedad de Crohn, y Hodgkin. En los restantes 8 pacientes no se les pudo determinar etiología.

EL USO TÓPICO DE DIFENILCICLOPROPENONE (DPCP) PARA EL TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA EXTENSA.

Cotellessa C et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:73-76.

El uso de inmunoterapia tópica para el tratamiento de la alopecia areata severa tiene más de 10 años, con la utilización de varios agentes alergénicos de contacto que han determinado repoblación en esta enfermedad. Los autores hacen un ensayo clínico para evaluar la eficacia y tolerabilidad del DPCP en pacientes con alopecia areata extensa y crónica. Se concluye que el producto es efectivo y bien tolerado en alopecia areata extensa, y produce un prolongado efecto terapéutico.

HEPATITIS C: REVISIÓN Y ÚLTIMOS DATOS.

Bonkovsky HL et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44:159-179.

El virus de la hepatitis C, un virus ARN, es el mayor causante de las hepatitis agudas y crónicas. Los contagios se efectúan por la exposición de materiales contaminados, ya sea en transfusiones de sangre o inyecciones con agujas contaminadas. Aquellas personas con alto riesgo de desarrollar hepatitis C son las que manipulan inyecciones, se inyectan cocaína o trabajadores de la salud. Aunque la incidencia de la hepatitis C aguda ha caído dramáticamente en los Estados Unidos durante la última década, la prevalencia de infección permanece alta (aproximadamente 2.7 millones de americanos); de éstos, el 75% puede desarrollar la hepatitis C crónica. La hepatitis C crónica está asociada con una serie de manifestaciones extrahepáticas, muchas de las cuales son vistas por los dermatólogos. En orden de frecuencia se ve: crioglobulinemia mixta, porfiria cutánea tarda, liquen plano, poliarteritis nodosa, prurito, eritema multiforme, prurigo nodular y eritema acral necrolítico.

SEROPREVALENCIA ALTA A *BARTONELLA QUINTANA* EN INDIGENTES CON INFESTACIONES PARASITARIAS CUTÁNEAS EN EL CENTRO DE PARIS.

Guibal F et al. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 219-223.

La *bartonella quintana* es la causante de la fiebre de las trincheras, una enfermedad transmitida al humano por la picadura del *Pediculos corporis* humano. La enfermedad se presenta agudamente con fiebre, malestar general, dolor de cabeza y de huesos, acompañándose de un rash macular transitorio. Se han descrito varios modelos de fiebre, incluyendo desde un simple episodio febril, fiebres continuas de hasta 5-7 días o episodios recurrentes de fiebre de 4-5 días. Recientemente, endocarditis y bacteremias han sido reportadas en indigentes de Seattle y Marsella con serología positiva a *B. quintana*. Finalmente, se cree que la infección por esta bartonela es debida al contacto de la piel excoriada, resultado del rascado por diversas causas dermatológicas, con heces infectadas de ectoparásitos que transmiten esta bacteria.

ASPECTOS BÁSICOS EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS.

Falabella AF et al. Med Cut Iber Latinoam 2000; 28:144-159.

La cicatrización de las heridas se considera como un complicado proceso en el cual muchas actividades se llevan a cabo de una manera coordinada e interdependiente. Este proceso pasa por tres etapas: inflamación, proliferación de células con conformación de nuevos tejidos y remodelación. No son eventos separados sino procesos continuos que se superponen. Durante cada etapa se desarrollan una serie de interacciones entre células de diferentes tipos, como fibroblastos, queratinocitos, leucocitos, factores de crecimiento y tejidos extracelulares. La primera etapa: inflamación, se inicia inmediatamente ocurre el trauma y su principal componente son las plaquetas acompañadas de los factores de coagulación y los leucocitos. La segunda etapa: proliferación y formación de tejido, cuenta con el queratinocito migrando, proliferando y produciendo una serie de proteínas y enzimas que facilitan el buen desempeño de múltiples células en la reparación de la herida. La tercera etapa: remodelación de los tejidos, donde los fibroblastos juegan un papel primordial para restaurar la función de barrera de la piel y aumento de la fuerza tensil de la cicatriz. Este interesante

artículo de educación médica continuada de la revista del CILAD es para leerlo de principio a fin.

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR ARSÉNICO EN EL ZAPOTE - NICARAGUA, 1996.

Aguilar E et al. *Med Cut Iber Latinoam* 2000; 28:168-173.

El agua de consumo humano puede resultar un vehículo para la ingesta de elementos nocivos para la salud, como el arsénico inorgánico producido por la contaminación industrial o las explotaciones mineras, o el que se desprende paulatinamente del subsuelo de algunas regiones de origen volcánico, contaminando las fuentes de donde se abastecen de agua las poblaciones vecinas. En El Zapote, una población rural de Nicaragua, resultaron intoxicadas 71 habitantes, o sea el 57% del total de pobladores por la ingesta de agua que sacaban de un pozo artesiano y que llevaban dos años consumiendo. La cifra de arsénico en el agua del pozo fue de 1.32 mg/l, mientras la máxima concentración permitida en el agua potable, según la OMS, es de 0.05 mg/l. Las manifestaciones cutáneas se caracterizaban por melanodermia de coloración bronceada difusa y elementos hipocrómicos circunscritos y puntiformes. Además, presentaban xerosis generalizada, queratodermia palmo-plantar simétrica de tipo (verrugoso, crateriforme, puntacta) y una serie de alteraciones ya descritas en esta patología. Los autores finalmente llaman la atención que el consumo de agua que provenga de tierras volcánicas debe tener certificada la cantidad de arsénico, para así permitir su consumo.

LENTIGINOSIS SEGMENTARIA. A PROPÓSITO DE SEIS CASOS.

Mazuecos J et al. *Med Cut Iber Latinoam* 2000; 28:174-178.

La lentiginosis segmentaria (LS) es una dermatosis pigmentaria propia de la infancia, que se caracteriza por la

presencia de numerosas lentigines confinadas a un segmento corporal bien delimitado. No se ha descrito ningún patrón hereditario. El artículo presenta 6 mujeres con LS localizada en la mitad superior del cuerpo, sin sobrepasar la línea media. En 2 pacientes, las lentigines fueron aumentando progresivamente en el tiempo. En 4 de ellas se observaron varias manchas café con leche en la misma localización que la LS, y en 2 de éstas también efélides axilares ipsolaterales. Una paciente presentaba alteraciones morfológicas cefálicas. La exploración oftalmológica y los exámenes complementarios fueron normales en todos los casos. Los estudios dermatopatológicos demostraron lentigo simple. No se encontraron antecedentes familiares de interés, ni la dermatosis en los hijos de las 3 pacientes con descendencia.

Finalmente, los autores consideran a estos pacientes posiblemente como una forma clínica especial de neurofibromatosis segmentaria.

ENGROSAMIENTO Y NÓDULOS EN LAS MANCHAS VINO DE OPORTO.

Klapman MH et al. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:300-302.

La mancha vino de oporto es una malformación congénita formada por la ectasia de capilares y venas en dermis. Esta lesión, desde el nacimiento, es plana, pero algunas veces, usualmente durante la vida adulta, tiende a desarrollar engrosamiento y nódulos en su superficie. Estas alteraciones se presentan en un 10-11% de casos respectivamente. Los autores estudian 173 pacientes con esta patología y tratan de asociar (engrosamiento y nódulos) con sexo, edad, color, localización e historia de tratamiento con láser.

Guillermo González R., MD,
Universidad del Valle-Universidad Libre
Cali.