

Enma Escalante Jibaja

CLINICAL RESEARCH: A NEW CONCEPT IN THE TOPICAL TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS WITH CYANOACRYLATE, UNDECYLENIC ACID, AND HYDROQUINON

Rehder P, Nguyen T T.

Foot Ankle Spec 2008; 1; 93

Los autores reportan un estudio sobre el tratamiento tópico para onicomycosis, usando principios fisiológicos sobre el crecimiento de hongos. Se evaluaron durante un año 154 pacientes hombres y mujeres con rango de edad de 10 a 100 años quienes presentaban onicomycosis con onicodistrofia leve (13 pacientes), moderada (46 pacientes, 30%) y severa (95 pacientes, 62%); se reportó cultivos negativos en 100%, 65% y 35% respectivamente y mejoría clínica del 70% en el tercer mes de tratamiento tópico. Se combinó debridación periódica de la uña y solución tópica 2 etil cianocrilato que contiene 0.1% ácido undecilénico y 0.05% hidroquinona.

Se inicia sumergiendo por 30 minutos la uña afectada en agua tibia y se debrida luego. Se aplica la solución tópica y después de 30 a 60 segundos se retira el exceso con gasa del espacio lateral de la uña y de la interfase uña-piel. Este procedimiento fue repetido 3 o 4 veces en el consultorio con un intervalo de 2 semanas, dependiendo de la severidad de la onicodistrofia, e instruido a los pacientes que continúen el tratamiento en casa, el control en consultorio fue mensual

Cianocrilato se une a la queratina, alimento de necesidad vital para el dermatofito, esta unión interfiere con la absorción de oxígeno, carbón orgánico, nitrógeno orgánico e inorgánico, numerosos minerales, vitaminas como tiamina y biotina. El cianocrilato se une a la superficie ungueal y bloquea estos esenciales elementos. El ácido undecilénico, bien conocido antimicótico, actúa inhibiendo la recurrencia. La hidroquinona es inhibidor de la tirosinasa que puede influenciar en la discromía ungueal al actuar en los

melanocitos, además es un estabilizador químico en los compuestos de cianocrilato.

Los autores sugieren que son necesarios más estudios para evaluar esta combinación para el tratamiento y prevención de recurrencias. Constituye una alternativa tópica para el tratamiento de onicomycosis, ante el alto costo e interacciones medicamentosas posibles de una terapia oral

PIGMENTED CONTACT CHEILITIS: FROM GREEN TEA?

Jae In Lee, Baik Kee Cho, Sun Myeong Ock, Hyun Jeong Park

Contact Dermatitis 2010; 62: 60-61

La dermatitis pigmentada de contacto puede ocurrir en algún sitio de nuestro cuerpo, pero la queilitis pigmentada de contacto no es común. Son frecuentes los reportes de casos de queilitis pigmentada de contacto ocasionado por labiales cosméticos. Aquí, los autores describen un caso causado por el níquel contenido en el *té verde*, en una mujer de 40 años sin historia de atopía quien refiere un prurito de 3 años de evolución con oscurecimiento del labio inferior con máculas marrón oscuro. Ella tiene una historia de 20 años de alergia de contacto a níquel de sus joyas; y ha bebido 10 o más tazas de té verde cada día por muchos años, los síntomas empezaron muchos meses después de empezar a tomar té verde. Una biopsia de labio mostró un leve infiltrado linfocitario perivascular e incremento de melanófagos en la dermis superficial. Se realizó test de parches diversos, resultando única reacción positiva al sulfato de níquel.

La paciente fue advertida para que discontinúe tomar té verde, como resultado todos los síntomas se resolvieron en pocas semanas y la pigmentación del labio inferior disminuyó en un año.

Veien y col reportan en un estudio en Dinamarca que una bolsita filtrante de té contiene 0.03 mg Ni | kg; la paciente consumió bolsitas que contenían 0.07 mg Ni | kg y se calculó que

diariamente bebió 0.84 mg Níquel, cantidad muy elevada a lo recomendado en 1994 por la World Health Organization 0.1 – 0.3 mg Ni | día

NICKEL ALLERGY PRESENTING AS MOBILE PHONE CONTACT DERMATITISAJD_580

Roberts H, Tate B

Australasian J Dermatol (2010) 51, 23–25

El uso de teléfonos móviles se ha incrementado dramáticamente desde 1980, hay un estimado de 4 billones de usuarios en el mundo y el 83% de la población australiana recurre a un teléfono móvil. El reporte de dermatitis de contacto por teléfonos móviles se está incrementando; los autores describen un caso en un varón de 39 años de edad con un eccema facial de 6 meses de evolución resistente a tratamiento tópico esteroides, él regularmente usa su teléfono móvil en el lado izquierdo de la cara.

El examen evidencia una placa bien demarcada sobre la mejilla izquierda; además dos lesiones eccematosas, una sobre su abdomen, otra en su muñeca derecha debajo del broche de la correa de reloj. La impresión diagnóstica fue dermatitis de contacto alérgica ocasionado por el níquel contenido en la funda del teléfono móvil, hebilla del cinturón y broche de la correa del reloj.

El test de dimetilglioxine reveló evidencia de níquel libre en dos piezas metálicas de la funda metálica del móvil que corresponde precisamente a la distribución del rash facial. Se le recomendó al paciente evitar contacto con productos que contengan níquel; el control clínico 6 meses después el paciente reportó una resolución rápida y completa de la lesión facial utilizando un teléfono móvil diferente

ATTITUDES OF DERMATOLOGISTS IN THE SOUTHEASTERN UNITED STATES REGARDING TREATMENT OF ALOPECIA AREATA: A CROSS-SECTIONAL SURVEY STUDY

Mukherjee N, Morrell D S, Duvic M, Stewart P W, Goldsmith L A

BMC Dermatology 2009, 9: 11 doi: 10.1186/1471-5945-9-11

<http://www.biomedcentral.com/1471-5945/9/11>

Los autores reportan que el objetivo de este estudio fue evaluar las guías de tratamiento para Alopecia Areata (AA) en el sureste de Estados

Unidos; patología que constituye un 2% en la consulta dermatológica y se conoce poco sobre tratamientos óptimos para esta enfermedad. Los dermatólogos enviaron cuestionarios anónimos por correo electrónico, respondiendo sobre la frecuencia y tratamiento de AA, comparando niños y adultos. Se utilizó test Wilcoxon y test Friedman, los datos fueron analizados en National Alopecia Areata Registry (NAAR).

Se concluye que los dermatólogos en esta región de Estados Unidos recomiendan menos frecuentemente tratamiento para AA en niños, en comparación al tratamiento brindado a adultos, así presenten pérdida de cabello en aumento. Los datos de NAAR confirma que la oferta de no tratamiento para AA es relativamente común.

FACTORS ACCOUNTING FOR THE ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION, AND ECZEMA: THE HORDALAND HEALTH STUDY (HUSK)

Klokk M, Gotestam K G, Mykletun A

BMC Dermatology 2010, 10:3 doi: 10.1186/1471-5945-10-3

<http://www.biomedcentral.com/1471-5945/10/3>

La asociación entre la ansiedad, la depresión y el eccema es bien conocida en la literatura, pero algunos factores de esta asociación no están bien claros. Niveles bajos de ácido grado omega 3 en el género femenino se han encontrado asociados con depresión y eccema. A menudo los síntomas de somatización y ansiedad se han encontrado en numerosas condiciones dermatológicas. El objetivo del presente estudio es examinar los factores que contribuyen para la asociación entre ansiedad, depresión, eccema, suplemento ácido graso omega 3, género femenino, ansiedad y somatización. Esto fue medido en una población general de 15715 personas del Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS).

No se encontró soporte de género femenino y suplemento de omega 3, como factores contribuyentes en la asociación entre ansiedad-depresión y eccema. Somatización-ansiedad resultó frecuente, más de la mitad que la asociación ansiedad-depresión, siendo numerosos los casos de somatización. La asociación entre ansiedad-depresión y eccema

fue insignificante. Los mecanismos biológicos que intervienen en los efectos de la somatización son todavía desconocidos.

TOPICAL IMIQUIMOD TREATMENT OF LENTIGO MALIGNA

Ventura F, Rocha J, Fernandes JC, Pardal F, Brito C

Case Rep Dermatol 2009; 1:78–81 DOI: 10.1159/000249151

Lentigo maligno (LM) es la fase in situ del melanoma lentigo maligno (LMM), cual puede progresar a melanoma invasivo si no es tratado. Esto principalmente ocurre en áreas expuestas al sol de pacientes ancianos; la lesión puede estar ubicada en la cara, ser grande y la cirugía convencional resultar difícil. Recientes reportes indican que crema de imiquimod 5% es efectivo en el tratamiento de LM, esto puede ser una alternativa cuando la cirugía u otro tratamiento clásico no son posibles en pacientes ancianos. Los autores describen mujer caucásica de 80 años de edad con una historia de 10 años de LM extenso en cara verificado histológicamente, ella fue tratada con crema de imiquimod 5% una vez al día. Después de 4 meses la lesión mostró respuesta clínica completa. Un año después del tratamiento la paciente estaba libre de recurrencia.

Imiquimod es un inmunomodulador tópico cual puede generar una respuesta citotóxica local con un potencial efecto antitumoral y antiviral; actúa a través de receptores Toll-like 7 y 8 activando el factor de transcripción NF-κB cual es seguido por la liberación de varias citoquinas Th1. Ahmed y Berth-Jones fueron lo que reportaron primero el uso de imiquimod tópico en el tratamiento de LM, desde entonces muchos casos han sido sucesivamente reportados. Un reciente estudio comprende 48 pacientes con un largo periodo de seguimiento de 49 meses en promedio, observándose un 79% de clareamiento del LM. Se describen algunos casos de melanoma invasivo que ocurrió en un paciente un mes después del tratamiento con imiquimod; también la progresión de LM a LMM amelanótico. También hay descripciones de un caso de LM que clareó clínicamente, pero no hubo cambios histológicos y la recurrencia de LM 9 meses después del tratamiento.

Los autores concluyen que el imiquimod puede jugar un rol como alternativa en el manejo del

LM, como sucedió en esta paciente anciana que fue mejor elección, debido a la extensión de la lesión sobre su cara; recomiendan estudios adicionales en el uso de imiquimod para este tipo de lesiones, examinando histológicamente siempre los bordes.

ANETODERMA: IS IT A SIGN OF AUTOIMMUNITY?

Hessa Al Buainaina, Mohamed Allamb

Case Rep Dermatol 2009; 1:100–104 DOI: 10.1159/000265699

Anetodermia es un raro desorden elastolítico caracterizado por áreas circunscritas de piel flácida debido a la pérdida de tejido elástico en la dermis. Anetodermia primaria es frecuentemente observada en pacientes con enfermedad autoinmune o anomalías especialmente con anticuerpos antifosfolipídicos con o sin síndrome antifosfolipídico. En este caso reportado se discute en un paciente con anetodermia primaria con anticuerpos peroxidasa antitiroideos positivos, lo cual es consistente con tiroiditis autoinmune.

Mujer de raza hindú de 42 años de edad con múltiples cicatrices pequeñas y circunscritas en hombros y tórax posterior superior de 4 meses de evolución, sin antecedente de proceso inflamatorio en piel. Se procedió a la biopsia cutánea y el examen histopatológico reveló infiltrado inflamatorio crónico perivascular dérmico. La tinción para fibras elásticas Verhoeff-Van Gieson mostró pérdida de fibras elásticas en dermis superficial y el diagnóstico fue consistente con anetodermia. La inmuno-fluorescencia directa fue negativa para IgA, IgG, IgM, C1q, C3 y fibrinógeno. La paciente no tenía ningún síntoma ni mostraba ningún signo de síndrome antifosfolipídico (APS); los anticuerpos antifosfolipídicos (anticardiolipina, antiglicoproteína B2, IgG, IgM, anticoagulante lúpico) fueron negativos. Tenía valores normales de PT, PTT y INR; resultados negativos para RPR, VDRL y anticuerpos para *treponema pallidum*.

Anticuerpo antinuclear (ANA), ENA (SMB, SMD, RNP-70 y RNP-A, RNP-C, SSA/RO52, SSA/RO60, SSB/LA, CENP-B, SCL-70, JO-1, P Ribosomal e histonas) fueron negativos. Perfil tiroideo mostró tiroxina y hormona estimulante de tiroides libre; pero el paciente presentó un título alto de anticuerpo peroxidasa tiroideo (anticuerpo anti-TPO) >116 IU/ml. Anticuerpo

anti TPO positivo constituye un dato consistente con tiroiditis autoinmune.

Hay numerosos reportes y estudios que asocian anetodermia primaria (PA) y lupus eritematoso, pero la relación no ha sido claramente establecida. Existen reportes aislados de PA y enfermedad autoinmune como hipotiroidismo primario, enfermedad de Graves, enfermedad de Addison, síndrome de Sjogren, alopecia areata, vitiligo, esclerosis múltiple. Ahora existen evidencias para considerar PA como un signo cutáneo de anticuerpo antifosfolípido con o sin criterios completos de APS. Hodak describió un caso de PA con anticoagulante lúpico positivo y hemólisis autoinmune, quien presentó 5 años después enfermedad de Grave. Bergman reportó un caso de hipotiroidismo primario que desarrolló 3 años después AP.

En nuestro caso, la paciente presenta un título alto de anticuerpo peroxidasa antitiroideo, que se relaciona a tiroiditis autoinmune; según la revisión bibliográfica la AP es un signo de autoinmunidad y se recomienda que la paciente deba ser evaluada periódicamente a descartar enfermedades autoinmunes a desarrollar durante el curso de su enfermedad.

BULLOUS FIXED DRUG ERUPTION INDUCED BY PARACETAMOL: REPORT OF A PEDIATRIC CASE

*Nino M, Francia MG, Costa C, Scalvenzi M
Case Rep Dermatol 2009; 1:56–59 DOI:
10.1159/000243728*

Erupciones a drogas son reacciones adversas frecuentes, afectan aproximadamente al 3% de pacientes hospitalizados. La reacción fija a drogas (FDE fixed drug eruption) es un patrón de reacción drogo-inducido que característicamente ocurre en el mismo sitio de piel o mucosa. Común en niños y adolescentes, frecuentemente diagnosticado recién cuando se readministra la droga. El término FDE fue descrito por Brouns 5 años antes de que Brocq lo introdujera en 1894. Los autores reportan el caso de una niña de 2 años de edad con FDE bulloso debido a Tachipirina, una preparación que contiene paracetamol, un antiinflamatorio no esteroideo

usado en Italia. El episodio ocurrió en el curso de una fiebre tratada con paracetamol, 3 horas después de administrar la droga, la paciente desarrolló una lesión bulosa de 0.6 cm en diámetro, localizada sobre el tercer dedo mano derecha. En pocas horas la lesión se extendió hasta cubrir la superficie dorsal del dedo. El conteo celular sanguíneo, función hepática y renal, electrolitos, glucosa, proteína C reactiva, inmunoglobulinas se encontraban dentro de límites normales. Cultivos bacterianos fueron negativos. Se procedió a drenar la lesión bulosa y tratar con óxido de zinc en pasta por 3 semanas. En 7 días disminuyó la inflamación y la completa reepitelización se observó en 20 días, sin cicatriz.

Dos meses después se realizó series de test de parche SIDAPA (Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale) con paracetamol 5% (F.I.R.M.A., Florence, Italy; Finn_chambers on Scanpor_tape, Epitest Ltd, Tuusula, Finland). Aplicándose en tórax posterior y en el sitio de la lesión. La reacción positiva a paracetamol se observó al 2° y 4° en los dos sitios, confirmándose el origen alérgico del caso presentado; estas reacciones desaparecieron espontáneamente en una semana ambos sitios mencionados.

El paracetamol es un analgésico-antipirético ampliamente usado con un perfil seguro y muy baja incidencia de efectos colaterales. Esta terapia se indica en fiebre, cefalea, mialgia y otros eventos dolorosos de diferente etiología. Las erupciones tóxicas inducidas por paracetamol son raras y usualmente de un tipo. La FDE buloso es todavía más rara, cuando aparece en niños, éste requiere diferenciarlo de enfermedades ampollares pediátricas, incluyendo eritema multiforme buloso, dermatosis linear IgA buloso y pénfigo buloso. En el reporte de este caso no se realizó biopsia cutánea al no contar con el consentimiento materno. A menudo la repetición de la administración de la droga constituye el método para identificar la causa, que en este caso no era posible por ética y ser paciente pediátrico. Recordar que las pruebas de parche son métodos estándares y seguros que representan un método diagnóstico válido.