

Emma Escalante Jibaja

COULD AZATHIOPRINE BE CONSIDERED AS A THERAPEUTIC ALTERNATIVE IN THE TREATMENT OF ALOPECIA AREATA? A PILOT STUDY.

Farshi s, mansouri p, safar f et al

Int j dermatol 2010; 49: 1189.

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune que resulta en una pérdida de pelo parcial o total, no cicatricial, cuyo tratamiento es dificultoso en especial en las formas severas.

El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la azatioprina como una monoterapia sistémica para alopecias areatas moderadas y severas.

Se incluyeron 20 pacientes con una alopecia areata de por lo menos 6 meses de evolución.

La repoblación durante y después de haber completado 6 meses de tratamiento fue evaluada por el SALT score. La dosis diaria de azatioprina fue calculada como 2 mg/kg de peso. El promedio de duración del episodio tratado fue de 26.4 meses. El promedio de recrecimiento fue de 52.3%. El porcentaje de caída de pelo antes del tratamiento fue de un 72% comparado con el 33% después de 6 meses de azatioprina, mostrando una diferencia estadísticamente significativa. Este tratamiento produjo una mejoría relevante en alopecia areata moderada y severa. La azatioprina es una droga de bajo costo y bien tolerada como lo demuestra un gran número de estudios controlados en diferentes patologías. Su eficacia a largo plazo en AA debe ser evaluada.

ENFERMEDAD DE BOWEN EN CUERO CABELLUDO BUENA RESPUESTA A LA TERAPIA FOTODINÁMICA

M. V. Reyes; M. F.

Pascualini; E. Valente y col.

Act terap dermatol ago-oct 2010; 33: 217

El carcinoma espinocelular es un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos. La Enfermedad de Bowen (EB) es un carcinoma espinocelular intraepidérmico que en estadios finales puede volverse invasivo. Se describe el caso de una mujer de 84 años con historia de fotodaño; queratosis actínicas con displasia moderada a severa en cuero cabelludo, tratada en varias oportunidades con criocirugía, 5 fluorouracilo ungüento, con escasa respuesta. Posteriormente desarrolla un carcinoma espinocelular in situ que respondió satisfactoriamente a la terapia fotodinámica (TFD).

CASO CLÍNICO : Paciente de 84 años de edad con antecedentes personales de leucemia linfocítica crónica, tratada con clorambucilo, alopecia androgenética (FAGA) tipo III, fotodaño crónico, carcinoma basocelular sólido en dorso nasal (en el año 2006 tratado con cirugía). En el mismo año se realizan biopsias de cuero cabelludo que informaron queratosis actínica con displasia moderada siendo tratadas con 5 fluorouracilo ungüento, durante un mes, con escasa respuesta. En el año 2007 se realiza criocirugía de la lesión, sin embargo al año siguiente aumenta de tamaño, ocupando gran parte del cuero cabelludo a nivel del vértex. Se le realizan múltiples biopsias por técnica de punch, y sobre sector erosionado presenta un

carcinoma espinocelular in situ; las otras biopsias corresponden a queratosis actínica displasia leve a moderada. Se sugiere a la paciente realizar cirugía con posterior injerto de piel, pero se niega a la intervención quirúrgica, rechazando también la opción de tratamiento con 5 fluorouracilo por la gran inflamación que había sufrido previamente. Además al ser los límites de la lesión imprecisos, proponemos realizar TFD con metil aminolevulinato (MAL). Se realizan dos sesiones con intervalo de una semana. Cada sesión fue realizada con luz LED, irradiando las lesiones durante 8 minutos, a 8 cm de la superficie a tratar con una longitud de onda de 627+3/-1, fluencia de 38,4 J/cm², (cada sesión) e irradiancia de 80 mW/cm².

Se obtuvieron excelentes resultados. La paciente es controlada periódicamente y se practican biopsias de cuero cabelludo cada 6 meses y hasta la fecha no se observa recidiva tumoral (24 meses de seguimiento).

COMENTARIOS: La TFD comprende el uso de una luz para activar un fotosensibilizante localizado en el tejido enfermo, con formación posterior de especies reactivas de oxígeno citotóxicas. Está aprobada para tratar queratosis actínicas y carcinomas de piel no melanoma como carcinomas de células basales (variedad superficial y nodular) y la enfermedad de Bowen (EB.). La EB o carcinoma espinocelular in situ, es un carcinoma de células escamosas descrito por primera vez en 1942. Tiene un riesgo de 3 a 5% de transformarse en carcinoma espinocelular invasivo. Clínicamente se manifiesta por una placa eritematosa que se agranda progresivamente, la cual está bien demarcada, con costras o escamas en su superficie y en algunos casos puede ser pigmentada o verrucosa. La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección para EB. Otras opciones consisten en electrodisecación, curetaje, aplicación de láser CO₂, crioterapia, radioterapia, inmunomoduladores tópicos, aunque en la práctica su uso se puede limitar con lesiones múltiples o gigantes. La cirugía se puede complicar si hay cicatrices previas, en sitios con pobre cicatrización o por necesitar injertos. El caso que describimos presentaba una lesión en cuero cabelludo que ocupaba gran superficie y de operarse se necesitaba

injerto, que sería dificultoso de realizar en una paciente añosa. La crioterapia o sustancias químicas tóxicas requieren de varias aplicaciones, con efectos adversos poco tolerados. El curetaje es subóptimo para lesiones grandes. La radioterapia necesita dosis altas para EB, con riesgo de recurrencias o cicatriz prominente.

La Asociación Británica de Dermatología publicó las guías para el manejo de la EB y la TFD se sugiere como una buena elección para este tumor. La TFD está basada en la oxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante, el cual se localiza selectivamente en determinadas células o tejidos tumorales, de forma que al ser iluminados con una luz de adecuada longitud de onda y en dosis suficientes dichas células resultan destruidas. Los fotosensibilizadores más utilizados son Methyl Aminolevulinato (MAL) comercializado como Metvix, con mayor selectividad en tejidos neoplásicos y el Acido 5 Aminolevulínico (ALA) cuyo nombre comercial es Levulan. Luego de colocar el fotosensibilizante, en este caso usamos MAL, bajo oclusión durante tres horas, al examinar con luz de Wood se evidencia fluorescencia coral, que es característica del tejido dañado. Esta fluorescencia se utiliza como ayuda para detectar el tejido neoplásico. En general puede ser utilizada cualquier fuente de luz visible adecuada a las características del espectro de excitación, capaz de penetrar lo necesario en los tejidos y con una potencia suficiente. Actualmente es común el uso de la fuente emisoras de diodo conocidas como LED (634 nm). Aunque la luz azul puede ser usada, la mayor experiencia con TFD-MAL, es con fuente luz roja para optimizar la penetración tisular. El mecanismo a nivel celular que termina en la destrucción del tejido tumoral es complejo. La aparición y progresión del daño tumoral por la TFD depende de una variedad de factores técnicos que se relacionan con el tipo de fotosensibilizante y el tipo de irradiación. Fantini y col. estudiaron las reacciones in vivo y los mecanismos de muerte celular después de la TFD en carcinomas y llegaron a la conclusión de que el daño directo de la célula neoplásica es el principal mecanismo efector

de la respuesta fotodinámica y la destrucción tisular probablemente es causada por una combinación de apoptosis y necrosis. Luego del tratamiento, el paciente puede experimentar eritema e inflamación con edema inicial en el sitio tratado que rápidamente ceden para ser reemplazados por costras, con resolución entre las cuatro y seis semanas. En nuestra experiencia estas reacciones desaparecen entre 2 a 3 semanas, aunque el eritema puede permanecer unos pocos meses. Durante la exposición a la luz los pacientes pueden experimentar dolor quemante, sensación de pinchazos o prurito sobre el área iluminada.

El pico de discomfort ocurre a los primeros minutos de irradiación por un período corto al final de la luz, lo que refleja la estimulación nerviosa o el daño tisular por las especies reactivas de oxígeno. El cuero cabelludo, la nariz o los pabellones auriculares son las zonas en la que los pacientes refieren más dolor durante la irradiación, sin embargo hay amplia variación individual. Entre los métodos disponibles para aliviar este dolor se encuentran ventiladores o agua fría durante la iluminación. Los anestésicos en crema, como EMLA, están contraindicados.

El eritema y edema son efectos comunes que pueden ser tratados con corticoides tópicos de baja potencia. Nuestra paciente fue anestesiada previamente con lidocaína (sin epinefrina) local y durante la exposición a la luz, se roció la zona con spray con agua fría, lográndose así una buena tolerancia al tratamiento. Los resultados cosméticos son generalmente buenos, aunque se han descrito cambios pigmentarios transitorios.

Comparando la TFD con las demás opciones terapéuticas disponibles en un estudio multicéntrico de EB, el índice de cura inicial fue 93% para TFD con MAL. A los doce meses de seguimiento, los índices más bajos de recurrencia fueron para MAL (15% comparando con el 21% para crioterapia y 17% para 5-Fluorouracilo). En conclusión, la TFD-MAL para EB es un tratamiento no invasivo con alta eficacia, buena tolerabilidad y representa una alternativa válida, especialmente en zonas con límites de enfermedad imprecisos, sitios anatómicos difíciles de operar, en donde

se necesitan injertos para poder cerrar la herida, y especialmente en personas mayores con comorbilidades como es el caso que describimos.

ASSOCIAÇÃO DE EMBLICA, LICORICE E BELIDES COMO ALTERNATIVA À HIDROQUINONA NO TRATAMENTO CLÍNICO DO MELASMA

Adilson Costa; Thaís Abdalla Moisés; Tatiana Cordero; Caroline Romanelli Tiburcio Alves; Juliana Marmirori

An bras dermatol. Vol.85 N.5 Rio de janeiro sept/oct. 2010

[Http://dx.Doi.Org/10.1590/S0365-05962010000500003](http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000500003)

Melasma es una melanodermia común, cuya terapéutica representa un desafío clínico. El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia y seguridad clínica del compuesto despigmentante emblica, licorice y belides en comparación con hidroquinona 2 % para el tratamiento del melasma. Después de 60 días de uso exclusivo de fotoprotector FPS 35, 56 mujeres con edades entre 18 y 60 años, fototipos I a IV, con melasma epidérmico o mixto, fueron divididas en dos grupos para un estudio monocular: A) crema conteniendo complejo despigmentante emblica, licorice y belides 7 %, usando dos veces al día; crema de hidroquinona 2 %, usando en la noche. El estudio duró 60 días consecutivos, las evaluaciones médicas con registro fotográfico y autoevaluaciones se realizaron quincenalmente.

Emblica es un derivado activo del fruto *Phyllanthus emblica* utilizada para la fabricación de productos antiedad y aclaradores cutáneos, su papel cosmético es atribuido a su amplio espectro antioxidante. La radiación ultravioleta en la piel lleva a la formación de peróxidos que inducen a la formación de radicales libres. Emblica en su composición presenta polifenoles, inhibe moderadamente a la peroxidasa, impidiendo la formación de radicales libres y protegiendo a los fibroblastos. Aumenta la producción de colágeno y

disminuye el MMP-1; tal enzima responsable de la degradación de colágeno, es dependiente de zinc e inhibida por emblica. En asociación con estas funciones, posee la capacidad de inhibir a la tirosinasa, promoviendo el clareamiento cutáneo. La eficacia y seguridad de este agente despigmentante se torna en una excelente opción para formulaciones cosméticas.

Muchos extractos vegetales poseen propiedades clareadoras. Belides es un nuevo ingrediente botánico, obtenido de flores de *Bellis perennis*, que actúa prácticamente sobre todas las etapas del proceso de síntesis de melanina. Cuando se produce la exposición cutánea a los rayos UV, los queratinocitos liberan mediadores proinflamatorios, como la endotelina-1 (ET-1), que en grandes proporciones estimula la síntesis de la enzima tirosinasa, bien como una proliferación, migración y formación de los dendritos de los melanocitos. Belides es el único activo que comprobadamente inhibe a ET-1; promueve la reducción de la unión de α -MSH (hormona melanotrófica alfa) a sus receptores con la consecuente disminución de la producción de eumelanina. Estudios demuestran que durante la melanogénesis, belides promueve la reducción de la formación de radicales libres (ROS); después de la formación de melanina, ejerce un papel directo en el clareamiento cutáneo, reduciendo la transferencia de los melanosomas para las células epidérmicas, disminuyendo la pigmentación cutánea.

Otro extracto vegetal de importante papel despigmentante es el licorice, obtenido de la *Glycyrrhiza glabra*, conocido como alcacuz; contiene diversos compuestos como las saponinas y los flavonoides, principios activos de mayor acción antiinflamatoria. En cultivos de células de camundongo, se detectó que licorice posee la glabridina, principal componente de la fracción hidrofóbica de extracto, con real capacidad de inhibir a la tirosinasa sin afectar la síntesis de DNA. Los resultados in vivo fueron comparados con los in vitro y los análisis inmunohistoquímicos evidencian disminución de los melanocitos Dopa-positivos. La glabridina ejerce una acción antiinflamatoria al inhibir algunas enzimas de la cascada del ácido araquidónico, especialmente a la ciclooxigenasa, liberadas después de la

exposición a los rayos UV. Debido a tales propiedades, la glabridina es considerada importante componente despigmentante del extracto. También el licorice posee otros componentes con función despigmentante, como la liquiritina, la cual dispersa la melanina.

Los resultados fueron que 89 % de voluntarias (50 / 56), 23 del grupo A y 27 del grupo B, terminaron el estudio. Dos voluntarias del grupo A contra 7 del grupo B presentaron eventos adversos leves transitorios. La despigmentación del melasma para las evaluaciones médicas (Grupo A: 78.3%, Grupo B: 88.9%) y autoevaluación (Grupo A: 91.3%, Grupo B: 92.6%) fueron estadísticamente significativos (p menor 0.001) sin diferencia entre los dos grupos (p menor 0.05). El mismo patrón de comparación fue observado en los registros fotográficos, tanto en número (p igual 0.001) cuanto en tamaño y no cambiaba (p menor 0.001) para ambos grupos y sin diferencias entre ellos (p menor 0.05).

El estudio concluyó que no hubo diferencias estadísticas en la mejora de melasma en los dos grupos; el Grupo A presentó menor incidencia de eventos adversos. Luego el complejo despigmentante emblica , licorice y belides es una alternativa segura y eficaz en el abordaje del melasma.

TERAPIA FOTODINÁMICA CON 5-METIL AMINOLEVULINATO TÓPICO EN CARCINOMAS BASOCELULARES. NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE 125 CASOS.

Ramón Fernandez Bussy; Georgina Grossi; Mario Gorosito; Adriana Bergero , Ramón A. Fernandez Bussy.

Act Terap Dermatol 2010 ; 33: 272

La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad terapéutica basada en la fotooxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante, el cual se localiza selectivamente en determinadas células o tejidos tumorales, de forma que al ser iluminadas con una luz de adecuada longitud y en dosis suficiente, dichas células resulten destruidas. La TFD requiere de la presencia de tres elementos: el fotosensibilizante, la luz y el oxígeno. En este estudio, se ha utilizado

el ácido 5- Metil Amino Levulinato (MAL) que presenta una alta especificidad por las células del carcinoma basocelular en comparación con las células sanas. La fuente de luz necesaria para alcanzar la reacción fotodinámica debe reunir dos rasgos importantes: una longitud de onda tal que tenga el pico máximo de absorción por el fotosensibilizante y una longitud de onda capaz de penetrar y profundizar en el tejido diana y distribuirse homogéneamente de forma que se obtenga un porcentaje elevado entre la concentración en tejido diana/concentración en tejido sano. En cuanto al mecanismo de acción, lo que se produce es una incorporación directa del MAL a la ruta sintética de las porfirinas, e incluso de efectos estimulantes del MAL en la ruta porfirínica. 2 Por último, otras ventajas clínicas que ofrece el MAL es que requiere un tiempo más corto de incubación desde su aplicación hasta la iluminación, 3 horas, y que los pacientes refieren menos dolor durante la iluminación. La fuente de luz utilizada en este trabajo fue luz roja con un espectro continuo de 570-670 nm., siendo por tal motivo, la de mayor penetración en la piel (hasta 2-3 mm) y además es una lámpara de espectro de emisión que prácticamente coincide con el perfil de absorción de luz roja de la porfirina PpIX, obtenida tras la activación del metil aminolevulinato. Se presenta una experiencia sobre 125 carcinomas basocelulares tratados con TFD en el período comprendido entre marzo del 2008 y diciembre del 2009.

MATERIAL Y METODOS Se trataron 125 carcinomas basocelulares (CBC) distribuidos en 58 pacientes, 27 mujeres y 31 varones, con una edad promedio de 60 años. Las formas histológicas tratadas fueron 91 CBC superficiales, 9 CBC cordonal, 9 CBC ulcerados, 12 CBC multicéntricos y 4 CBC nodulares. (Tabla I) Destacamos que en 3 pacientes las lesiones se desarrollaron sobre radiodermatitis y 4 sobre recidivas de cirugías de CBC previos.

La aplicación del MAL en crema se realiza sobre la propia lesión y pasando más de un centímetro de los límites periféricos de la misma, previo curetaje o afeitado de la misma con un bisturí. A continuación se cubre con un apósito oclusivo y opaco a la luz (papel film y papel metálico) durante un período de 3 horas.

Transcurrido este tiempo, se retira el apósito, se limpia con suero fisiológico la zona a tratar, se retiran las costras y se procede a la detección de la absorción de la droga aplicada, mediante el uso de luz de Wood. La iluminación de la zona a tratar se realiza con una fuente de luz en el espectro del rojo durante 9 minutos. Al finalizar la sesión, se vuelve a observar la fluorescencia con la luz de Wood y se compara con la inicial. Si no hay fluorescencia, el tratamiento se da por finalizado, pero si se detecta la persistencia de ésta se iniciará una nueva sesión. Todos los pacientes recibieron dos iluminaciones separadas en un lapso de 15 días cada una

Los resultados mostraron una excelente respuesta pasados 6, 12 y 21 meses de terminado el tratamiento (96.8%), observando sólo 4 recidivas. Veinte pacientes llevan 6 meses del tratamiento, 78 tienen 12 meses de tratados, 11, 18 meses y 16 llevan 21 meses postratamiento. Se observaron 4 recidivas (3.2 %) a los 4 meses del tratamiento, fueron en un CBC nodular infiltrante, una forma sólida, un muticéntrico y en un ulcerado con patrón sólido. (Tabla III) Los efectos colaterales fueron mínimos, con dolor tolerable al momento de recibir la iluminación y a las 4 horas posteriores de haber terminado. Se observó proceso inflamatorio en la zona tratada en algunos casos muy severa pero la mayoría lo consideró cosméticamente aceptable, observándose en los tres primeros días el mayor proceso inflamatorio que se resuelve rápidamente en un lapso de 7 y 10 días. El dolor durante el tratamiento evaluado según escala de 1 a 10, fue de 7 en la mayoría de los casos y con una simple anestesia local se solucionaba.

MENOPAUSIA Y PIEL.

Miguel Angel J. Allevato

Act terap dermatol 2010; 33: 262

La menopausia es la cesación natural del período mensual que ocurre entre los 45 a 55 años de edad. El climaterio es un conjunto de fenómenos que acompañan a la menopausia y comprende el período de tiempo en el cual los niveles hormonales se encuentran por debajo de los estándares normales. Los signos y síntomas dermatológicos de la menopausia

están correlacionados principalmente con la disminución de los niveles de estrógenos. La disminución del colágeno y fibras elásticas produce: arrugas y profundización de los pliegues faciales; pérdida de tonicidad, laxitud con aumento de la distensibilidad. La disminución de la capacidad para retener agua genera: sequedad (descamación) y prurito en piel, fragilidad cutánea (fisuras, equimosis, púrpuras por rascado) La mayor actividad androgénica relativa produce: hirsutismo facial, alopecia, distrofias ungueales. Existe una inestabilidad vascular que se expresa como: tuforadas, intolerancia al frío; fenómeno de Raynaud; retraso en la cicatrización. Se revisan todos estos signos y síntomas y su enfoque terapéutico en este período especial de la vida de la mujer, que puede significar para la mayoría de ellas 30 años más de una vida positiva donde demandará más salud y belleza.

La palabra menopausia deriva del griego: Meno: mes y pausia cesación. Cesación natural del período mensual que ocurre entre los 45 a 55 años de edad. El diagnóstico de menopausia se hace una vez cumplidos los 12 meses de ausencia de la menstruación. El climaterio es un conjunto de fenómenos que acompañan a la menopausia y comprende el período de tiempo en el cual los niveles hormonales se encuentran por debajo de los estándares normales. Se asocia a una serie de síntomas característicos. Entre los mamíferos, son las mujeres aquellas cuyas vidas reproductivas cesan largamente antes de morir; únicamente las ballenas piloto y las asesinas tienen una vida post reproductiva comparable. La población de mujeres en la etapa de la postmenopausia está aumentando. De acuerdo con estadísticas norteamericanas, a los 50 años la expectativa de vida de una mujer es de otros 30 años. Es decir que la mujer vive aproximadamente un tercio de su vida después de la menopausia. Esta realidad significa que la menopausia es el inicio de un período de vida positivo y desdramatizado con libertades que permiten escoger nuevas vocaciones y vivir nuevas experiencias. Es por ello que, en especial en nuestra cultura, la mujer demanda cada vez más salud y belleza.

En el caso particular de la mujer, a los cambios asociados al envejecimiento cronológico,

ambiental (cigarrillo, exposición UV), genético y gravitacional, se suma la deficiencia de estrógenos que sucede en la menopausia. Los signos y síntomas dermatológicos de la menopausia están correlacionados principalmente con la disminución de los niveles de estrógenos. Estas hormonas ejercen su función a través de los receptores estrogénicos alfa y beta, que se encuentran en mayor cantidad en la epidermis y anexos de la piel de la región facial. Ya en 1941, Albright observó que las mujeres posmenopáusicas presentaban atrofia cutánea. Los estrógenos tienen una influencia fundamental en las estructuras cutáneas, el mantenimiento del espesor de la piel y el contenido de colágeno. El hipoestrogenismo determina una disminución del colágeno cutáneo, alteraciones en la concentración de glicosaminoglicanos y del contenido de agua, pérdida de elasticidad, atrofia. También existe un incremento relativo de la actividad androgénica debido a la disminución de la progesterona, escasa supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal secundaria al hipoestrogenismo y a modificaciones en la sensibilidad de los receptores androgénicos

CAMBIOS CUTÁNEOS ASOCIADOS A LA DEFICIENCIA ESTROGÉNICA

Disminución del colágeno y fibras elásticas

- Arrugas y profundización de los pliegues faciales
- Pérdida de tonicidad
- Laxitud con aumento de la distensibilidad

Disminución de la capacidad para retener agua

- Sequedad (descamación) y prurito en piel
- Fragilidad cutánea (fisuras, equimosis, púrpuras por rascado)

Mayor actividad androgénica relativa

- Hirsutismo facial
- Adelgazamiento y disminución de la densidad del vello púbico y axilar
- Alopecia androgenética
- Distrofias ungueales (estriaciones, surcos y fragilidad)

Inestabilidad vascular

- Tuforadas
- Intolerancia al frío

- Fenómeno de Raynaud
- Retraso en cicatrización

CAMBIOS MUCOSOS ASOCIADOS A LA DEFICIENCIA ESTROGÉNICA

Genitourinaria

- Vulvovaginitis atrófica, vulvodinia, dispareunia
- Liquen escleroso y atrófico
- Candidiasis

Ocular

- Ojo seco

CAMBIOS HISTOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEFICIENCIA ESTROGÉNICA

Epidermis:

- Atrofia epidérmica
- Descenso en la proliferación de los queratinocitos
- Disminución del receptor del ácido hialurónico en los queratinocitos (CD44) con pérdida de la cohesión

Dermis:

- Anomalías en los fibroblastos
- Disminución 1 a 2% anual del colágeno (tipos I y III, con reducción del cociente III/I)
- Alteraciones de la matriz extracelular
- Disminución de las fibras elásticas
- Disminución de glicosaminoglicanos (sulfato de condroitina)
- Atrofia adipocitaria
- Disminución de los factores de la estimulación de la diferenciación adipocitaria

ALTERACIONES EN EL PELO

Alopecia: La pérdida de pelo con patrón femenino es un problema clínico frecuente en la menopausia. Cuando se detecta incremento de andrógenos se la denomina alopecia androgenética con patrón femenino (FAGA), esta entidad, cuando existe durante la juventud, puede empeorar durante la menopausia. La FAGA es el ejemplo más fehaciente de la expresión de patologías dermatológicas en mujeres posmenopáusicas genéticamente predisuestas. El 35 a 40% de las mujeres blancas presentan FAGA alrededor de los 50 años que pueden llegar hasta el

grado III de Ludwig. Este tipo de calvicie se caracteriza por cambios en la textura y color del pelo, aclaramiento, afinamiento (menos de 0,04mm versus un normal de 0,055 a 0,085mm de diámetro) y fragilidad, el proceso se inicia como una pérdida difusa del pelo en zona parietal y frontovertical dejando intacta la línea de implantación del pelo, este proceso se llama rarefacción.

Un dato importante es que una de cada tres mujeres con FAGA refiere sensación de dolor en el cuero cabelludo, "como si el pelo estuviese inclinado en un sentido erróneo"; en la mayoría de los casos, la tricodinia o pelo doloroso es una manifestación de depresión larvada. La depresión es también más frecuente en la etapa de la posmenopausia así como la disfunción tiroidea y la ingesta de medicamentos. El estudio del perfil hormonal está indicado en aquellas con inicio o exacerbación súbitas de FAGA y signos inusuales de virilización. A la hora de encarar el tratamiento hay que descartar la ingesta de fármacos que producen caída de pelo: retinoides, citotóxicos o anticoagulantes y tratar otros problemas del cuero cabelludo como la dermatitis seborreica o la psoriasis, que pueden impedir la acción del tratamiento tópico específico. También se describe la alopecia androgenética de patrón masculino (FAGA-M) presente en las alopecias involutivas, post histerectomía, tumores ováricos o adrenales.

ALTERACIONES UNGUEALES

Uñas frágiles: El síndrome de uñas frágiles es una condición heterogénea caracterizada por aumento de la fragilidad de la lámina ungular. Tiene una prevalencia del 20% de la población, y predomina en el sexo femenino en proporción 2:1. En general los pacientes consultan por motivos cosméticos, dolor o impacto negativo en la calidad de vida. En cuanto a la patogenia se describe una alteración de la adhesión intercelular de los corneocitos de la lámina -oncosquisis- y formación patológica de la uña por alteraciones de la matriz -onicorrexis-. El tratamiento consiste en cuidados generales: evitar traumas (laboral, comerse las uñas) y la exposición a agentes químicos (detergentes). Instruir sobre la forma adecuada de cortarse y limarse las uñas. Usar guantes de algodón

debajo de los de goma. Sumergir las uñas en agua tibia 10 a 15' antes de ir a dormir y luego aplicar un humectante. Biotina 2,5 mg/día VO.18 Engrosamiento ungueal: En las uñas de los pies se observa un engrosamiento de las láminas unguales.

OTRAS DERMATOSIS FRECUENTES EN LA MENOPAUSIA

Poiquilodermia de Civatte: Se presenta como parches de atrofia. Se presenta como parches de atrofia con eritema y telangiectasias y pigmentación moteada (hiper e hipopigmentación), simétricos, localizados en las mejillas y en las zonas laterales del cuello. Se describe en asociación con el sexo femenino, piel clara, fotoexposición, fotosensibilización y deficiencia estrogénica. No existe un tratamiento específico. Lo más indicado es la fotoprotección. Se han empleado con éxito el láser, luz intensa pulsada, y foto termólisis fraccional.

Queratodermia del climaterio: Se inicia como eritema y seguido por la formación de placas hiperqueratósicas con descamación en palmas y plantas. Contribuyen a esta enfermedad la presión y fricción reiteradas. En los pies se ve, sobre todo, en mujeres posmenopáusicas con sobrepeso. En casos severos puede asociar fisuras sangrantes dolorosas y dificultar la marcha. El tratamiento consiste en estrógenos tópicos y sistémicos; queratolíticos, emolientes y corticoides. También se ha comunicado el uso de retinoides.

Rosácea: La rosácea puede iniciarse o agravarse durante la peri menopausia o menopausia. El calor es un importante disparador de la rosácea, así como de las tuforadas, y ambos pueden ocurrir simultáneamente. El flushing de la rosácea también es desencadenado por estrés emocional, alcohol, bebidas calientes, especias picantes, actividad física. Es característico en la parte central del rostro, y puede durar hasta 10 minutos. Asocia sensación de ardor. Se distingue de las tuforadas por la ausencia de sudoración. También es frecuente la rosácea ocular que siempre debe investigarse en estas pacientes.

Deficiencia en la cicatrización: La menopausia se asocia con un retraso en los procesos de

cicatrización que, sumado a la fragilidad cutánea frente a los traumatismos, la mala calidad del colágeno, la baja tasa de recambio epidérmico y las deficiencias circulatorias, explica la mayor incidencia en estas pacientes de úlceras venosas y de presión. Además, los estrógenos inducen la síntesis de factor transformador del crecimiento (TGF) en los fibroblastos de la dermis lo cual explicaría la asociación entre este proceso de cicatrización de heridas y menopausia.

Glosodinia El síndrome de boca ardiente se caracteriza por ardor, hormigueo, adormecimiento y dolor de la mucosa bucal (principalmente en la lengua), sin signos clínicos y de laboratorio que justifiquen su aparición. Alcanza hasta un 30% de prevalencia en la menopausia. Se lo relaciona con factores psicológicos (depresión, ansiedad); irritantes mecánicos o térmicos, alcohol contenido en bebidas, dentífricos o colutorios; bacterias y hongos. La sequedad de la mucosa bucal secundaria a fármacos (antihistamínicos, psicofármacos, antihipertensivos, antiarrítmicos), es un factor importante. Tratamiento consiste en eliminar los desencadenantes si se logra detectarlos y aliviar los síntomas. Como apoyo sintomático puede ser útil recurrir a los buches tibios: en un vaso con agua caliente se incluye 1 cucharadita, tamaño té, de jarabe de difenhidramina, bicarbonato de sodio y agua oxigenada de 10 volúmenes.¹⁷ Los antidepresivos, en caso de depresión asociada, contribuyen a disminuir el dolor. Un esquema efectivo es la aplicación de anestésicos tópicos tres veces al día y luego capsaicina en ungüento al 0,025% durante 3 minutos. Desde hace más de medio siglo se relacionaron los síntomas orales con el climaterio; no obstante la terapéutica estrogénica de reemplazo proporciona resultados inconsistentes.

Alteraciones urogenitales: El síntoma más prevalente de atrofia urogenital es la sequedad vaginal con irritación y prurito. Los cambios clásicos son pérdida de turgencia de los labios y vulva con estrechamiento del introito e inflamación de la mucosa. También existe aumento de la frecuencia miccional, nocturna, incontinencia e infecciones urinarias. Todos estos cambios tienen un impacto

negativo importante en la calidad de vida de la mujer.

Liquen escleroso y atrófico de localización vulvar: Suele aparecer en los primeros años de la posmenopausia. Su inicio es sintomático y puede continuar así a menos que sea muy intensa la formación de colágeno. Entonces aparecen prurito, dispareunia, dolor. La región anterior de la vulva suele ser la primera en comprometerse. Se observan placas en parche, o áreas confluentes extensas de piel atrófica, pálida, blanquecina y en algunos casos telangiectasias y ampollas con contenido hemorrágico. La liquenificación, secundaria al rascado, es frecuente, y la esclerosis progresiva puede conducir a la pérdida de las estructuras genitales normales. En la fase final desaparece el tejido subcutáneo con aplanamiento de los pliegues de los labios y constricción de la abertura. Su evolución debe vigilarse, ya que puede desarrollar un carcinoma.

El tratamiento con corticoides potentes tópicos alivian la sintomatología y previenen la esclerosis, por lo que constituye el tratamiento de elección. Un tratamiento precoz con propionato de clobetasol al 0,5% puede lograr la regresión de las lesiones. Las cremas de estrógenos y de testosterona proporcionan

alivio sintomático, pero son menos eficaces que los corticoides potentes. Se ha ensayado con distinto resultado tacrolimus. La cirugía se limita a los casos de carcinoma espinocelular. La vulvodinia disestésica se caracteriza por la sensación de ardor, crónico, que no responde al tratamiento tópico. Puede cursar con o sin disuria y empeora durante el acto sexual. Generalmente no se observan alteraciones al examen físico. Se trata con antidepresivos tricíclicos y algunos anticonvulsivantes en dosis bajas.

CUIDADOS GENERALES

Fotoprotección: para reducir la formación de arrugas y alteraciones de la pigmentación. Es decir evitar la exposición al sol entre las 12.00 y las 16.00 horas, emplear anteojos, sombrero, sombrilla, etc. y utilizar filtros y cremas con filtros solares UVA y UVB.

Tabaco: Se recomienda abandonar o minimizar el consumo de tabaco ya que en las mujeres fumadoras se ha constatado riesgo triple de tener un índice de arrugas importantes.

La hidratación: es fundamental y para ello se indican preparaciones emolientes con petrolato (parafina), lanolina o aceite mineral, 2 o 3 veces al día y después de baño.