

Enma Escalante Jibaja

PITIRIASIS ROSADA : UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

Martínez-Casimiro L, Pérez Ferriols A
Semergen 2009; 35 (06): 284-6

Este artículo muestra una presentación atípica de pitiriasis rosada en una paciente diagnosticada inicialmente de tiña corporis. La pitiriasis rosada es una dermatosis papuloescamosa aguda y autolimitada que afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes sin predominancia de sexo. Se postula una etiología infecciosa, fundamentalmente vírica, aunque no ha podido ser confirmada. Esta entidad puede manifestarse con formas atípicas que dificultan el diagnóstico y además es una dermatosis que se irrita con extremada facilidad variando su aspecto clínico. Se reporta el caso de una mujer de 32 años que consultaba por la aparición progresiva a lo largo de 3 semanas de lesiones que se habían iniciado en el muslo derecho a modo de dos placas de mediano tamaño, apareciendo posteriormente nuevas lesiones en espalda, abdomen, cuello y zona intermamaria. Había sido tratada inicialmente con itraconazol oral y ketoconazol tópico. Prurito discreto y aumento en tamaño de las lesiones progresivo motivó realizar biopsia cutánea de lesiones nuevas; que mostró una epidermis discretamente hiperplásica, con un infiltrado linfocitario en la dermis superficial con un patrón perivascular, además de exocitosis linfocitaria focal en algunos puntos. Se administró amoxicilina clavulánico, antihistamínicos orales, mupirocina tópica y prednisona, mejorando las lesiones antiguas pero apareciendo algunas eritematosas con discreta descamación periférica a modo de collarite con aclaración central en el tronco y extremidades. Gracias a estas lesiones típicas y a la histopatología compatible, se confirmó el diagnóstico de pitiriasis rosada de Gibert.

VULVAR SYRINGOMA SUCCESSFULLY TREATED WITH TRANILAST

Iwao F, Onozuka T, Kawashima T.
B J Dermatol 2005, 153:220-1247

3,4 dimethoxycinamo anthranilic acid (tranilast) es un inhibidor de la liberación de algunos mediadores por células mastocitos, inhibe la liberación de IL 1 beta de monocitos/macrófagos, disminuyendo la proliferación de fibroblastos . Se postula que posee una acción antialérgica, antifibrótica (reduce la síntesis de colágeno en los fibroblastos) Es ampliamente usado en Japón para tratamiento asma bronquial- dermatitis atópica- rinitis alérgica- queloides- cicatrices hipertróficas. Los autores en la Universidad de Sapporo, Japón reportan el caso de siringoma vulvar de 5 años evolución con prurito intermitente, en una mujer japonesa 26 años exitosamente tratado con Tranilast, 300mg VO diario por 6 meses. Observan que a las 3 semanas del inicio del tratamiento, ella presenta mejoría evidente: reducción de tamaño de lesiones y desaparición de prurito. No se registró síntomas ni signos recurrentes 6 meses después de finalizado del tratamiento. El mecanismo de acción de Tranilast en siringoma vulvar es desconocido: posiblemente inhibe la liberación de IL 1 beta de los ductos ecrinos, podría suprimir la proliferación de estroma conectivo. Constituye una alternativa terapéutica en pacientes con esta patología

ONICOMICOSIS EN NIÑOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 233 CASOS MEXICANOS

Vásquez-del Mercado E, Arenas R .
Gac Méd Méx Vol. 144 No. 1, 2008

Estudios recientes alrededor del mundo indican que la prevalencia de la onicomicosis está

umentando en la población pediátrica, sobre todo en adolescentes. Los dermatófitos son los agentes etiológicos más frecuentes. Los autores realizaron una revisión retrospectiva de 12 años de los expedientes de 332 niños con sospecha clínica de onicomicosis. Se analizaron variables como sexo, edad, factores predisponentes, uñas afectadas, otras micosis superficiales y los resultados del estudio micológico. Se identificaron 233 casos de onicomicosis, que representan 33% de las micosis superficiales en nuestro departamento. Dos terceras partes correspondieron a adolescentes, sin encontrar diferencia significativa en sexo. Las uñas de los pies se afectaron con mayor frecuencia (94%) que las de las manos (4.2%) y la variedad clínica predominante fue la onicomicosis subungueal distal y lateral. Los dermatófitos (sobre todo *Trichophyton rubrum*) fueron los responsables de la infección en 70%. El estudio llegó a las siguientes conclusiones: Las onicomicosis constituyen 33% de las micosis superficiales en niños. Corroboramos el aumento en su frecuencia, el predominio en uñas de pies (94%) y la etiología dermatofítica (70%). Recomendamos a médicos que atienden niños y adolescentes, la implementación de medidas de diagnóstico y tratamiento.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ONICOMICOSIS. UNA REVISION CRITICA

Arenas R, Ruiz Esmenjaud J

20° Congreso Mundial de Dermatología 1-5 julio 2002, Paris.

En las onicomicosis, la excisión quirúrgica de la uña puede aumentar el índice terapéutico. Se realiza una revisión crítica de la remoción quirúrgica de la uña o química de la uña. Es una medida lógica para erradicar los patógenos de la enfermedad lateral de la uña y de los restos subungueales producto de la onicolisis. El tratamiento con ungüento de bifonazol-úrea es un procedimiento no quirúrgico, las tasas de curación van de 46% a 75%. El láser de dióxido de carbono también se ha usado en el tratamiento de la onicomicosis. La remoción de la uña enferma es útil si se asocia con tratamiento antifúngico. La avulsión química es una alternativa terapéutica en pacientes que no tienen más de 4 uñas afectadas, en onicolisis

por *Candida*, en niños y pacientes que no pueden ser sometidos a tratamiento sistémico. Es óptimo para pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia vascular, neuropatía digital o inmunosupresión y también en aquéllos que reciben anticoagulantes. Alternativas tópicas: amorolfina y ciclopirox. Las conclusiones son: La cirugía no se recomienda como terapia de primera línea; no se ha mostrado que la remoción completa o parcial de la uña acorte el periodo de tratamiento; la avulsión de la lámina ungueal afectada puede ser útil como adyuvante del manejo tópico o sistémico de la onicomicosis.

SINDROME DEL BABUINO

Morales-Hernandez J, Fleta-Zaragozano J, Ayensa-Casa A, De Diego-Pericas V, Quevedo-Sanchez E, Yécora-Navarro MD, Olivares-López JL

An Pediatr 2009; 68: 486-9

Se describen los casos de tres niños diagnosticados de síndrome del Babuino, definido por la aparición de lesiones dermatológicas de morfología y distribución características como consecuencia del contacto con mercurio. Se han descrito otras sustancias asociadas a la aparición de este síndrome cuya patogenia no está del todo clara, aunque se cree que es otra forma de dermatitis de contacto. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física y no existe un tratamiento específico.

El síndrome del babuino es una entidad poco frecuente y escasamente diagnosticada en la infancia. Es una dermatitis aguda que aparece como consecuencia de contacto con ciertas sustancias, y se relaciona especialmente con el mercurio proveniente de la rotura de termómetros. Cursa con placas eritematosas que siguen una distribución simétrica y característica que la hace fácil de reconocer: 1) exposición a un fármaco de administración sistémica, ya sea la primera dosis o no; 2) Eritema de bordes definidos en región glútea/perianal y/o eritema en forma de «V» en el área inguinal/perigenital; 3) Afectación de al menos otro pliegue intertriginoso o flexura; 4) Simetría de áreas afectadas; 5) Ausencia de signos y síntomas sistémicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y no existen pruebas complementarias

que lo confirmen. Su evolución natural es hacia la remisión y no se dispone de tratamiento específico.

SINDROME DE HIPERSENSIBILIDAD POR USO DE TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL. REPORTE DE UN CASO.

Ticse-Aguirre R, Huayanay-Falconi L, Malaga-Rodriguez G, Ferrufino Llach JC, Ramos-Aguilar C.

Rev Med Hered 2009, 17 (2):109-114

Paciente varón de 27 años que fue admitido por el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia con un tiempo de enfermedad de tres semanas, que inició con rash dérmico pruriginoso en tronco, luego en extremidades. En una semana presentó tos no productiva y disnea. Refiere que un semana antes de su ingreso presentó descamación en piel, disnea de reposos y edema de miembros inferiores. Dos meses antes se le diagnosticó Linfoma noHodgkin células B y neumonitis por *Pneumocystis jiroveci* por lo que recibió trimetoprim/sulfametoxazol. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis con eosinofilia, compromiso hepático con patrón colestásico e hipoxemia. La radiografía de tórax mostró neumonitis intersticial. La biopsia de piel mostró reacción alérgica a medicamentos. La erupción cutánea, el compromiso hematológico y sistémico definieron el diagnóstico del síndrome de hipersensibilidad a trimetoprim/sulfametoxazol. Se suspendió este fármaco e inició tratamiento con corticoides. Es necesario conocer el síndrome de hipersensibilidad debido a que se presentan con el uso de fármacos de gran demanda en la práctica clínica; el diagnóstico y tratamiento temprano determinan el pronóstico de los pacientes y esto ocurre

cuando se sospecha su presencia, ya que tiende a mejorar con la suspensión del fármaco responsable.

ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA Y ANTIFUNGICA DE EXTRACTOS DE ALGAS MARINAS VENEZOLANAS

Rios N, Medina G, Jiménez J, Yáñez C, García MY, Di Bernardo ML, Gualtieri M

Rev Peru Biol 2009, 16 (1): 97-100

En este trabajo se evaluaron las propiedades bioactivas antibacterianas y antimicóticas de 33 extractos (etanol, diclorometano, hexano) obtenidos de 11 especies de algas marinas recolectadas en las localidades de San Juan de Los Cayos y Chichiriviche, Estado Falcón, Venezuela. La actividad antibiótica y antimicótico de los extractos se evaluó mediante la aparición de halos de inhibición contra bacterias Gram positivas (*Staphylococcus aureus*), Gram negativas (*Pseudomona aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*) y el hongo *Candida albicans*. De los 33 extractos ensayados sólo 17 presentaron actividad antibacteriana (5 con etanol, 6 con diclorometano, 6 con hexano), resultando activos 14 frente a las especies Gram (-) y 4 contra la especie Gram (+). Las especies algales que mostraron actividad antibacteriana fueron : *Acanthophora* sp, *Bryothamnion triquetrum*, *Gracilaria* sp, *Gelidium* sp, *Caulerpa mexicana*, *Caulerpa* sp, *Caulerpa* spp, *Halimedia incrassata*, *Ulva* sp, *Codium decorticatum*, *Sargassum* sp. Ninguno de los extractos de algas ensayados presentó actividad antimicótico sobre *Candida albicans*. Los resultados permiten concluir que las algas de la costa occidental de Venezuela, presentan compuestos bioactivos con actividad antibacteriana.