

Coordinación: Dra. Perla Calderón H.
Hospital Clínico U. de Chile.

Efectividad del etanol absoluto intralesional en pacientes adultos con granuloma telangiectásico cutáneo recidivante

Trejo Acuña JR, Torres González S, Vences Carranza M, Rodríguez Carreón AA.

Piel 2013;28 (4): 192–198.

Introducción: El granuloma telangiectásico es una hiperplasia vascular reactiva. Tiene un crecimiento rápido, afecta piel o mucosas y representa hasta el 58,6% de los tumores vasculares benignos, siendo más frecuente en mujeres. Su tratamiento de elección para las lesiones de *novo* es el rasurado con electrocoagulación de la base. Cuando se presenta recidiva es preferible la extirpación quirúrgica. Idealmente, toda modalidad de tratamiento debe permitir la confirmación histopatológica, para excluir diagnósticos diferenciales como el melanoma amelanótico y el sarcoma de Kaposi. Las recidivas se presentan entre el 0% y 43,5%. Muchos de los pacientes con granulomas telangiectásicos recidivantes que fueron tratados por medios quirúrgicos rechazan una reintervención quirúrgica, por lo que es necesario considerar métodos no quirúrgicos, como los agentes esclerosantes.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la aplicación intralesional de etanol absoluto en granulomas telangiectásicos cutáneos recidivantes, así como registrar sus efectos secundarios y las nuevas recidivas, esperando la resolución de los casos tratados en un periodo máximo de 3 semanas.

Material y método: Se incluyeron todos los pacientes de 18 años o más, con diagnóstico de granuloma telangiectásico cutáneo re-

cidivante, durante el periodo octubre de 2010 a julio de 2011.

Todos fueron tratados mediante la aplicación intralesional de etanol absoluto y fueron evaluados semanalmente hasta la desaparición de la lesión. Los casos que no se resolvieron a la quinta semana de la aplicación, se trataron mediante extirpación quirúrgica.

Resultados: Recidivaron 7 (11%) granulomas de un total de 63 granulomas telangiectásicos cutáneos confirmados por estudio histopatológico, uno tras extirpación quirúrgica y 6 tras rasurado y electrocoagulación. De los 7 casos que recidivaron 4 eran de sexo masculino (57%). La dosis media de etanol absoluto administrado fue de 0,25 ml con una intensidad de dolor durante la aplicación de 8 en una escala de 10.

Conclusión: El presente trabajo sienta bases iniciales para ensayos clínicos aleatorizados en los que sea posible comparar nuevas herramientas terapéuticas con el estándar de oro (cirugía convencional). El etanol absoluto es un tratamiento simple, efectivo y barato, por lo que constituye una opción terapéutica más para los granulomas telangiectásicos cutáneos recidivantes pequeños, especialmente en quienes no aceptan una reintervención quirúrgica. (JR)

Manejo Tópico de la Hiperpigmentación en secuelas de quemaduras

Valenzuela F, Yáñez V, Hidalgo G, Orellana M, Romero W.

Piel. 2013;28:215-219

Introducción: La piel es nuestra carta de presentación frente al mundo, por lo que cualquier alteración en ésta conlleva no solo un problema estético, sino que también un fuerte impacto en el ámbito psicosocial, situación especialmente sensible en niños y adolescentes. Cada lesión cutánea y particularmente las quemaduras determinan una cicatriz, cuyo manejo debe incluir las mal llamadas “secuelas cosméticas” (textura y el color). La hiperpigmentación secundaria a quemaduras se observa frecuentemente en zonas fotoexpuestas y en injertos palmoplantares.

Objetivos: Describir el tratamiento tópico de las secuelas hiperpigmentadas de las quemaduras con una visión amplia, proponiendo algoritmos de tratamiento inicial.

Dar una visión sobre la hiperpigmentación, sus causas y tratamientos.

Fisiopatología: La patogénesis real de las discromías cutáneas secundarias a la inflamación de cualquier causa, aún no se conoce completamente. La discromía como secuela de quemaduras representa el proceso final de la respuesta inflamatoria cutánea. La hiperpigmentación puede explicarse por la hiperestimulación de los melanocitos debido a la inflamación, también por un trastorno de la innervación de los melanocitos, aunque a juicio de los autores, el principal mecanismo es por liberación de melanina a la dermis superior, con la posterior fagocitosis por parte de los macrófagos y formación de melánofagos. Con los tratamientos tópicos actuales no es posible

eliminar estos melanóforos, sino más bien hay que esperar que la degradación natural pueda eliminar estas células, lo que determina que ciertas cicatrices hiperpigmentadas tarden años en atenuarse. Sin embargo, los inductores de melanina, tales como los rayos UV, son capaces de estimular los melanocitos y formar nuevos melanóforos, condición que es favorecida por la irritación ocasionada por la xerosis extrema, tan común en estos pacientes.

Terapia y algoritmo: La prevención de las alteraciones pigmentarias es crucial desde el primer momento de la quemadura. La lubricación y protección solar diaria son las dos medidas más importantes tanto en prevención como en el tratamiento de las secuelas pigmentadas en quemados. Pocos estudios han estudiado el uso de despigmentantes en secuelas de quemaduras y ninguno ha comparado diferentes preparaciones tópicas. La mayor información disponible corresponde a estudios de tratamiento de melasma, lo que se extrapola a este tipo de lesiones. Los despigmentantes más utilizados son: hidroquinona (el más potente de todos), retinoides tópicos, corticoides tópicos, ácido azelaico, ácido kójico, arbutina, alfa-hidroxiácidos y licorice. Existe consenso en que los mejores resultados se obtienen con el uso de asociacio-

nes de distintos agentes por períodos de tiempo prolongado.

Hiperpigmentación leve o en áreas fotoexpuestas: combinación de ácido glicólico 4% + arbutina 2% o bien ácido azelaico al 20%.

Hiperpigmentación moderada: ácido kójico 4% + ácido retinoico 0,01% con o sin acetato de triamcinolona 0,01%.

Hiperpigmentación severa o en la región palmoplantar: Hidroquinona 4% + ácido retinoico 0,02% + acetato de triamcinolona 0,02%.

Conclusiones: La condición basal más importante en el manejo de secuelas pigmentadas de quemaduras es la fotoprotección permanente y duradera, incluso mucho tiempo después de concluido el tratamiento con agentes despigmentantes. La combinación de 2 o 3 agentes produce una acción sinérgica y es el tratamiento de elección en estos pacientes. El tratamiento de la hiperpigmentación favorece la rehabilitación integral del niño/adolescente, especialmente la reinserción social. Frecuentemente los pacientes están satisfechos con la disminución de la pigmentación, sin lograr "normalizar" el color de su piel. (JL)

Negative pigment network: An additional dermoscopic feature for the diagnosis of melanoma

Pizzichetta MA., Talamini R. Marghoob A., Soyer P., Argenziano G., Bono R., Corradin MT., De Giorgi V., Gonzalez MA., Kolm I., Kopf AW., Malvey J., Nami N., Oliviero M., Pellacani G., Puig S., Rabinovitz H., Rubegni P., Seidenari S., Stanganelli I., Veronesi A., Zalaudek I., Zampieri P., Menzies SW., Reggio E.

J Am Acad Dermatol. 2013;68(4):552-559

Introducción: La red de pigmento negativa consiste en áreas relativamente claras que forman cuerdas de red y áreas oscuras que rellenan los espacios; por lo que también se ha denominado despigmentación reticular. Las cuerdas claras tienen a ser serpinginosas y ellas rodean de forma irregular estructuras que asemejan glóbulos tubulares elongados o curvos.

La red de pigmento negativa se correlaciona fuertemente a la presencia de Nevi de Spitz y puede verse también en Nevi displásicos y en Nevi melanocíticos en crecimiento.

Histológicamente se ha sugerido que representa a los *rete ridges* elongados e hipopigmentados acompañando a grandes nidos de melanocitos cargados de pigmento, localizados en las papilas dérmicas.

Objetivo: Determinar la frecuencia, sensibilidad y especificidad y odd ratio entre red de pigmento negativa y melanoma y un grupo de lesiones control.

Métodos: Para ello se utilizaron imágenes digitalizadas de lesiones cutáneas de 679 pacientes con diagnóstico histopato-

lógico de dermatofibroma (115), nevi melanocíticos (220), Nevi de Spitz (139) y de melanoma (205), las cuales fueron recopiladas de forma retrospectiva de 11 centros de Italia, Australia y EEUU y evaluadas para determinar la presencia o ausencia de red de pigmento negativa.

Resultados: La frecuencia observada de red de pigmento negativa fue mayor en el grupo de pacientes con melanoma (34.6%) que en el grupo de pacientes con Nevi de Spitz (28.8%), Nevi melanocíticos (18.2%) y dermatofibroma (11.3%). El OR para el diagnóstico de melanoma en presencia de red de pigmento negativa fue de 1.8 en comparación al de casos no melanoma. El OR para nevi melanocíticos y dermatofibromas fue muy bajo (0,5 y 0,3 respectivamente) y para Nevi de Spitz fue de 1.1, los cuales no fueron estadísticamente significativos.

Cuando se comparó melanoma con dermatofibroma, nevi melanocíticos y nevi de Spitz, se observó una frecuencia significativamente mayor del patrón multicomponente (68.1%),

pigmentación asimétrica (92.9%), distribución irregular de la red de pigmento negativa (87.3%), y localización periférica de la red de pigmento negativa en melanomas(66.2%).

Conclusiones: El patrón morfológico general de la red de pigmento negativa, como la distribución irregular y la ubicación

periférica de la red de pigmento negativa, junto con el patrón multicomponente y la pigmentación asimétrica podrían ser utilizados como características adicionales para distinguir el melanoma del nevo de Spitz y de otras lesiones benignas. (SA)

Prognostic value of histologic features of Toxic Epidermal Necrolysis

Valeyrie-Allanore L, Bastuji-Garin S, Guégan S, Ortonne N, Bagot M, Roujeau JC, Revuz JE, Wechsler J, Wolkenstein P.
J Am Acad Dermatol 2013;68(2):e29-35

El pronóstico de la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET), Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y Síndrome de superposición SJS/NET se ha evaluado utilizando una escala de gravedad específica de la enfermedad (SCORTEN), basado en datos clínicos y de laboratorio. Existen reportes de que la densidad del infiltrado dérmico en NET es un predictor de mortalidad. Así, datos histológicos podrían mejorar la predicción del *outcome*.

El objetivo del estudio fue evaluar si los hallazgos de la biopsia de piel, infiltración mononuclear dérmica y necrosis epidérmica, predicen la supervivencia de los pacientes con NET, SSJ o SSJ/NET en forma independiente del SCORTEN. Para ello realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas y las muestras de biopsia de piel, éstas últimas fueron evaluadas sin el conocimiento de los datos clínicos.

Se reclutaron 108 pacientes (SJS, n=42; SJS/NET, n=36; NET, n=30). El infiltrado dérmico y necrosis epidérmica no se asociaron con el momento de aparición de la enfermedad hasta la biopsia. Extensos infiltrados dérmicos se observaron en 19 pacientes (18.5%) y necrosis epidérmica de grosor total en 56 pacientes (52%). El infiltrado dérmico no se asoció al día 1

(D1) SCORTEN o mortalidad hospitalaria. La severidad de la necrosis epidérmica presentó una tendencia a asociarse a D1 SCORTEN ($p=0.11$) y a la mortalidad hospitalaria ($p=0.06$). Se realizó un análisis univariado en el cual la necrosis epidérmica de espesor total se asoció en forma significativa a la mortalidad hospitalaria (32.1% vs 11.4%, $P = 0.017$) y peores valores de D1 SCORTEN (1.98 6 1.29 vs 1.55 6 1.21; $p= 0.04$). Sin embargo, al efectuar un análisis bivariado el D1 SCORTEN permaneció asociado en forma significativa a la muerte hospitalaria (OR = 3.07, 95% IC 1.83-5.16), pero la asociación con necrosis epidérmica total, ya no fue significativa (OR = 2.02, 95% IC 0.65-7.12).

Los autores concluyen que la necrosis epidérmica de grosor total está asociada a mortalidad, pero no predice en forma independiente la mortalidad hospitalaria luego de ajustarla por valor de D1 SCORTEN. La severidad del infiltrado dérmico no se asoció a la mortalidad hospitalaria. Por tanto, la densidad del infiltrado dérmico y la severidad de la necrosis epidérmica no debe ser considerada en forma rutinaria en el tratamiento de pacientes con NET. (XCH)

Incomplete excised basal cell carcinoma: Residual Tumor Rates at Mohs Re-excision

Palmer VM, Wilson PR.

Dermatol Surg. 2013;39(5):706-718

Introducción: la extirpación incompleta de los Carcinomas Basocelulares (CBC) es un escenario clínico habitual, con tasas de que varían según estudios entre un 1.9 % y 16% lo que plantea un dilema clínico en aquellos tumores con biopsia informada con compromiso de bordes, en cuanto a observar y re intervenir en caso de recidiva o re operar inmediatamente. Autores como Leibovitch reportan una significativa extensión subclínica de un 14.1% en tumores primarios y un 26,7% de los tumores recurrentes a la re extirpación.

Objetivo: investigar la incidencia histológica y clínica de CBC residual en tumores incompletamente extirpados y re opera-

dos mediante cirugía micrográfica de Mohs.

Material y método: se estudiaron 100 CBC derivados para cirugía micrográfica de Mohs entre los años 2005 y 2007 a un centro de dermatología especializada en Toowoomba, Queensland Australia, ya sea del propio centro o derivados por médicos de familia. Se incluyeron datos de edad, sexo, localización anatómica del tumor, subtipo histológico, compromiso de márgenes, cierre inicial y cierre luego de cirugía micrográfica, y el número de etapas de Mohs requeridas para la completa extirpación.

Resultados: De los 100 tumores evaluados, 69% tenían tumor residual a la re-extirpación y un 12% tenían evidencia clínica de tumor. Las localizaciones más frecuentes fueron de nariz y mejillas representando un 52% y el tipo histológico más común fue Morfeiforme o infiltrativo. El tipo de cierre de los tumores previo a Mohs fue primario en un 69%, y en un 11% a través de colgajos.

Conclusiones: La re-extirpación inmediata es recomendada para el tratamiento de CBC con márgenes comprometidos, de-

bido a que en la mayoría de los casos hay tumor detectable a la histología. La estrategia de "Watch and Wait" podría llegar a significar mayor morbilidad, dado que la recurrencia podría necesitar cierres más amplios, complejos y por ende mayores costos, tanto económicos como estéticos. El seguimiento a largo plazo es recomendado. Es importante llevar a cabo autoevaluaciones de nuestros pacientes con extirpaciones incompletas y de su seguimiento. (XCH)

Topical Propanolol for treatment of superficial infantile hemangiomas

Xu G, Lv R, Zhao Z, Huo R.

J Am Acad Dermatol 2012;67(6):1210-1013

La observación activa ("wait and see") es la clave terapéutica para la mayoría de las hemangiomas infantiles (HI), dado su involución espontánea. Recientemente se ha descrito el uso de beta bloqueadores tópicos en el tratamiento de los HI. Los primeros reportes indican que el uso de timolol de forma tópica para el tratamiento de HI superficiales es efectivo. En este contexto también se ha reportado el uso de propanolol tópico.

Este estudio evaluó la eficacia y seguridad del uso de ungüento de propanolol 1% en el tratamiento de HI superficiales. El medicamento se desarrolló con comprimidos molidos en vaselina (10mg/1gramo) y se aplicó en el HI limpio y seco tres veces al día.

Se realizó una revisión retrospectiva en 25 niños con una media de edad de 4 meses, en total 28 HI. La aplicación se realizó durante 21 semanas. Se evaluaron tamaño, textura y color a través de clínica, fotografía y ultrasonografía. La respuesta al

tratamiento se evaluó usando una escala de 3 puntos: buena respuesta, respuesta parcial y sin respuesta. Además se evaluaría regularmente la aparición de efectos adversos.

De los 28 HI, 16 (57%) desmostraron buena respuesta, 9 (33%) respuesta parcial y 3 (10%) sin respuesta. Había 15 pacientes menores de 3 meses con mejores tasas de respuesta que aquellos mayores a 10 meses. No se pesquisarón efectos secundarios.

Los autores concluyen que a pesar que la metodología es retrospectiva y es necesaria mayor evidencia con diseños prospectivos la terapia con propanolol en ungüento al 1% es segura y efectiva para el tratamiento de HI superficiales, especialmente si se aplica en la etapa de proliferación del HI (hasta los 3 meses) y que este puede ser usado como un método adyuvante en el período de observación activa. (JA)

Topical Simvastatin accelerates wound healing in diabetes by enhancing angiogenesis and lymphangiogenesis.

Asai J, Takenaka H, Hirakawa S, Sakabe J, Hagura A, Kishimoto S, Maruyama K, Kajiya K, Kinoshita S, Tokura Y, Katoh N.

Am J Pathol. 2012;181(6):2217-2224

Introducción: La curación de heridas es un proceso complejo en pacientes diabéticos. Estudios han informado que la linfangiogenesis y la angiogenesis están reducidas en estos pacientes. Las estatinas pueden inducir angiogenesis cuando se utilizan sistémicamente, pero su efecto tópico en la curación de heridas no se ha investigado.

Objetivo: Estudiar el efecto de Simvastatina en forma tópica en la angiogenesis y linfangiogenesis durante la cicatrización de heridas en ratones genéticamente diabéticos.

Material y Métodos: Se utilizó ratones genéticamente diabéticos, de 6 a 10 semanas de vida. Se realizó una herida de

8 mm en dorso, previa anestesia. Se aplicó los días 0, 4, 7 y 10, 5mg de Simvastatina o vehículo de acuerdo al grupo. Se utilizó 5 ratones en cada grupo. Se controló la cicatrización con fotografías los días 0, 4, 7 y 14. Se midió la madurez de la cicatrización a través de puntaje histológico. Además se midió angiogenesis, linfangiogenesis, presencia de macrófagos y VEGF mediante inmuno histoquímica. Mediante técnica tunel se evaluó la apoptosis. Para valorar significancia de los resultados se utilizó T student y análisis de varianza con una confianza del 95%.

Resultados: La aplicación de Simvastatina dió lugar a una aceleración significativa de la cicatrización de las heridas, que se caracterizó por el incremento tanto de la angiogénesis como de la linfangiogénesis. Además, la Simvastatina promovió la infiltración de macrófagos en la herida, lo que estimula la producción de VEGF en el tejido de granulación, significativamente. Las heridas tratadas con Simvastatina, presentaron mayor madurez en forma significativa. La Simvastatina promueve directamente la morfogénesis capilar y ejerce un efecto antiapoptótico en células endoteliales linfáticas ($p < 0,05$).

Conclusión: Estos resultados sugieren que los efectos favorables de la Simvastatina sobre la linfangiogénesis se deben a una influencia directa sobre los vasos linfáticos e indirectamente a los macrófagos que infiltran la herida.

La aplicación de simvastatina tópica puede tener un potencial terapéutico significativo para la curación de heridas en pacientes con alteración de la microcirculación como en los diabéticos. Estos hallazgos deben ser corroborados en seres humanos en futuros estudios. (CP)

Comparative Study of Clinical Efficacy of Amitriptyline and Pregabalin in Postherpetic Neuralgia

Achar A, Chakraborty PP, Bisai S, Biswas A, Guharay T.

Acta Dermatovenerol Croat. 2012;20(2):89-94

Introducción: La neuralgia postherpética (NPH) es la complicación más frecuente del herpes zóster, estimándose que entre 9% y 34% de los pacientes afectados la desarrollarán. El dolor puede persistir durante semanas, meses o incluso años, menoscabando la calidad de vida con fatiga crónica, anorexia, baja de peso y depresión. No existe un tratamiento definitivo ni para prevenir ni para acortar la duración o severidad del dolor, empleándose diversos tratamientos que incluyen analgésicos, anestésicos, anticonvulsivantes, antidepressivos y corticoides entre otros.

Objetivo: Comparar la eficacia clínica de la amitriptilina y la pregabalina en pacientes con NPH.

Métodos: Estudio abierto, comparativo y randomizado realizado en 50 pacientes mayores de 40 años con NPH de más de 1 mes de duración, divididos en dos grupos de 25 casos que recibieron 25 mg de amitriptilina por la noche ó 75 mg de pregabalina dos veces al día. No se administraron analgésicos durante el estudio. Evaluación de los resultados hacia las 2, 4 y 8 semanas (estimado en porcentaje de alivio de 0% a 100%).

Resultados: Todos completaron el estudio, salvo 3 en el grupo de la pregabalina y 4 en el de la amitriptilina en los que no hubo mejoría o muy poca, suspendiendo la terapia. Los tipos de herpes zóster según localización fueron torácico (54%), trigeminal (16%), cervical (24%) y lumbar (6%). Se consideró satisfactorio un 50% de mejoría del dolor a la cuarta semana. Esta mejoría fue -en este momento- 1,2 veces mayor en el grupo de la amitriptilina, sin ser estadísticamente significativa. Al final

de la octava semana una mejoría mayor del 75% respecto a la percepción del dolor fue considerada satisfactoria, apareciendo estadísticamente significativa en el grupo de la pregabalina (64% de mejoría, versus un 16% en el de la amitriptilina). Los efectos adversos más frecuentes fueron sequedad bucal en el grupo de la amitriptilina y mareos en el de la pregabalina.

Discusión: El presente estudio demuestra que la pregabalina es más efectiva que la amitriptilina en el alivio del dolor a la octava semana de NPH, sin que existan diferencias significativas hacia la cuarta. Existen otros estudios comparativos, como por ejemplo amitriptilina *versus* maprotilina, o amitriptilina *versus* nortriptilina, con buena respuesta pero sin diferencias significativas. También se ha comparado la gabapentina con la nortriptilina, con resultados similares pero con mejor tolerancia en la primera. La comparación entre gabapentina y pregabalina demostró que la acción analgésica de la pregabalina es 6 veces mayor, y que puede ser mejor al aumentar la dosis. La combinación de medicamentos de distintos grupos es más efectiva que al ser usados en forma aislada (gabapentina y nortriptilina, amitriptilina y pregabalina).

Conclusión: Hasta la fecha no hay estudios comparando la eficacia de ambos medicamentos. Se observó una mejor respuesta con la pregabalina, aunque se requiere de muestras mayores para conclusiones definitivas.

Comentario: Usar ambos medicamentos dados sus escasos efectos adversos. (FU)

Topical nitrogen mustard therapy in patients with mycosis fungoides or parapsoriasis.

Lindahl LM, Fenger-Gron M, Iversen L.

J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(2):163-168

Introducción: La mostaza nitrogenada es un agente quimioterapéutico útil en el tratamiento de la micosis fungoides (MF) en etapas precoces con tratamientos generalmente de corta duración. La parapsoriasis (PP) es considerada, en forma controversial, como una entidad definida y precursora de MF. Ambas entidades presentan una clínica e histología muy similares a etapas de MF.

Objetivos: Evaluar la respuesta y los efectos colaterales del uso de mostaza nitrogenada en pacientes portadores de MF de acuerdo a su etapificación y en PPs según la extensión de compromiso cutáneo por separado.

Métodos: Estudio retrospectivo en 116 pacientes con MF y 71 pacientes con PP que recibieron tratamiento con mostaza nitrogenada. El diagnóstico fue histológico y se realizó un estudio físico completo, exámenes de sangre, ultrasonido o TAC para etapificación de la enfermedad en MF. Pacientes con PP con histología concluyente se clasificaron según el compromiso de piel (< ó > al 10%). El tratamiento con mostaza nitrogenada (20 mg de Mecloretamina hidroclicorada en 40 ml de agua) fue aplicado sobre la piel enferma o en toda la superficie corporal afectada con gasas por una enfermera en forma diaria por 14 días promedio y luego tratamiento de mantención con 2 tratamientos cada 4 a 8 semanas hasta mejoría o empeoramiento

o efectos adversos severos.

Resultados: La tasa de respuesta total (Completa(CR) + parcial (PR)) fue de 91.4% y 53.4% para MF y de 90.1% y 40.8% en pacientes con PP. Las recaídas después de CR se observaron en un 67.7% en MF y en un 40.8% en PP. Los períodos libres de recaídas fueron mayores en pacientes con MF T1-T2 que en T3 ($p < 0.01$).

Se determinó progresión de la enfermedad en un 25% de MF y en un 26.8% de PP respectivamente. La progresión libre de sobrevida fue similar en grupos T1-T2 comparados con T3-T4. En PP los con menor compromiso cutáneo tuvieron una progresión menor.

Conclusión: se confirma que la mostaza nitrogenada es útil y sin riesgo en el manejo de MF y PP. La PP presenta una tasa de respuesta muy similar a MF lo que avala que ambas entidades son de igual origen. La incidencia de dermatitis de contacto fue baja y fácilmente manejable con corticoesteroides tópicos debiendo interrumpirse por el efecto dermatítico en un 19% (MF) y 14.1% (PP). La mostaza nitrogenada es una excelente arma terapéutica en etapas tempranas y tardías de MF y PP como monoterapia o asociándose otras terapias tópicas y sistémicas. (MIH)

Frontal fibrosing alopecia: A review of 60 cases

Mc Donald A, Clark C, Holmes S.

J Am Acad Dermatol. 2012;67(5):955-961

Introducción: La alopecia fibrosante frontal (FFA) es una condición descrita en 1994 y se caracteriza por alopecia cicatricial y recesión progresiva de la línea frontoparietal del cuero cabelludo de origen desconocido. Afecta típicamente a mujeres postmenopáusicas. Es considerada una variante de liquen plano-pilaris (LPP).

Objetivos: El examen de pacientes portadoras de FFA y revisión de la clínica, historia natural, y respuesta al tratamiento.

Métodos: examen a 60 mujeres con FFA.

Resultados: El número de pacientes se ha incrementado en la última década con incrementos mayores a 10 veces por año. Todas las pacientes examinadas eran de origen caucásico y de niveles socioeconómicos altos. La edad promedio de presentación fue de 64 años y la duración de la enfermedad promedio de 3.4 años. Solo 3 de las pacientes eran premenopáusicas.

El compromiso frontoparietal era en todos los casos con manifestaciones clínicas de eritema perifolicular variable, hiperqueratosis y cicatriz. Muy rara vez se acompañaba de prurito o ardor local. En algunos casos además presentaban compromiso parietal, occipital y en 1 caso frontal asimétrico. En 5 casos hubo asociación con LPP y 1 caso tenía antecedentes de LPP de mucosa oral 20 años antes y en otro antecedentes de Liquen escleroso vulvar. Solo un paciente mostró asociación con alopecia androgenética femenina. En un 73% hubo asociación con pérdida de cejas, en 3% con pérdida de pestañas y en un 25% pérdida del pelo corporal. Un 30% de pacientes presentaban desórdenes autoinmunes (hipotiroidismo, anemia perniciosa, alopecia areata), un 3% presentaba antecedentes familiares y un 15% tenía antecedentes de atopia.

El 73% de las pacientes tomaban medicamentos sistémicos (betabloqueadores, AINES, Aspirinas, inhibidores de la en-

zima convertidora de la angiotensina). El tratamiento es con corticoesteroides tópicos de alta potencia. También se usan inhibidores de la calcineurina, triamcinolona intralesional, fototerapia, hidroxicloroquina, limeciclina, y prednisolona. Algunos tratamientos reducen la inflamación pero la progresión de la alopecia es incierta.

Conclusiones: La FFA es una entidad bien delimitada y su prevalencia va en aumento. Afecta a mujeres postmenopáu-

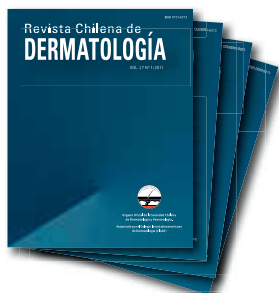
sicas, principalmente no fumadoras, de buena condición socioeconómica. Deben descartarse enfermedades autoinmunes asociadas y registrar uso de medicamentos sistémicos pues algunos autores asocian el uso de betabloqueadores y AINES con LP de la mucosa oral. La respuesta terapéutica es mala. (MIH)

Colaboradores: Dres. Sebastián Andreani (SA), Javier Arellano (JA), Ximena Chaparro (XCH), María Isabel Herane (MIH), Javier Larraín (JL), Carlo Pezo (CP), Jorge Riquelme (JR), Francisco Urbina (FU).

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN



Revista Chilena de
DERMATOLOGÍA



Deseo suscribirme a la Revista de la SOCIEDAD CHILENA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA por un año.

Nombre Completo _____

Fecha _____

Dirección _____

Comuna _____ Ciudad _____

Fono _____

Firma

Valor de la suscripción anual (cuatro ediciones)

Nacional \$19.000
Internacional US \$38

Enviar el cupón a:

Soc. Chilena de Dermatología y Venereología
Av. Vitacura 5250, Of. 202, Vitacura, Santiago, Chile
Cheque cruzado y nominativo a nombre de; SOCHIDERM