



Volumen 2, Número 6, Junio 2005

Informes SIIC

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ACTINICA CRONICA

Revisión de las recomendaciones actuales

Dundee, Escocia :

La dermatitis actínica crónica se debe a fotosensibilidad cutánea grave y, en ocasiones, a dermatitis alérgica de contacto, predomina en hombres ancianos y su tratamiento comprende evitar la luz solar y los alérgenos.

Fuente científica:

[**Drugs and Aging** 22(3): 201-207, 2005] – aSNC

Autores

Dawe R

La dermatitis actínica crónica (DAC) es un síndrome de fotosensibilidad cutánea a radiación ultravioleta (UV) y radiación visible, que se manifiesta como dermatitis -algunas veces con cambios cutáneos pseudolinfomatosos, reticuloideos- sobre la base de una dermatitis alérgica de contacto o de dermatitis endógena (atópica o seborreica).

Suele presentarse de forma típica en hombres ancianos, con una prevalencia de 1 en 2 000 en la población mayor de 75 años de Tayside, Dundee, Escocia. La DAC también puede afectar a personas menores de 40 años de ambos sexos y, en estos casos suele presentarse sobre una base de dermatitis atópica.

La DAC puede ser considerada una condición de mayor susceptibilidad, por razones todavía inciertas, a respuestas alérgicas retardadas a fotoalérgenos endógenos o a alérgenos exógenos. Suele afectar principalmente, aunque no exclusivamente, la piel fotoexpuesta. La dermatitis alérgica de contacto, que forma parte del síndrome en 50 a 90% de los casos, suele ser el resultado de alérgenos múltiples.

Los estudios para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento incluyen métodos de fotodiagnóstico y pruebas con parches. Deben identificarse las longitudes de onda responsables así como también los alérgenos de contacto.

También se debe estudiar la presencia de anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La y porfirinas para descartar las presentaciones inusuales del lupus eritematoso y de la porfiria cutánea tarda que simulan una DAC. En pacientes que presentan eritrodermia, debe considerarse como diagnóstico diferencial el síndrome de Sezary.

El pilar del tratamiento es la educación sobre el trastorno y la recomendación de evitar la luz del sol y la exposición a alérgenos. Lo primero incluye fotoprotección ambiental, con la ropa y con pantallas solares. Siempre se requieren los corticoides tópicos y los emolientes, al menos en forma intermitente, y a veces es necesario recurrir a la inmunosupresión sistémica, generalmente con corticoides o azatioprina.

Si la fotosensibilidad se debe principalmente a UVA, esto debe hacer sospechar una fotosensibilidad inducida por drogas, como diagnóstico alternativo o concomitante, en especial en pacientes que

toman varios medicamentos.

Algunos reportes de casos han sugerido que la DAC, particularmente cuando se presenta con la forma reticuloide podría ser una condición premaligna con el potencial de transformación en linfoma. Es posible que los pacientes tratados con inmunosupresores sistémicos como azatioprina estén en mayor riesgo como resultado de su tratamiento, así como los pacientes inmunosuprimidos por otras indicaciones.

El autor concluye que la dermatitis actínica crónica se debe a fotosensibilidad cutánea grave y, en ocasiones, a dermatitis alérgica de contacto, predomina en la edad avanzada y su tratamiento comprende evitar la luz solar y los alérgenos, aunque en ocasiones pueden requerirse inmunosupresores sistémicos.

RELACION ENTRE SINUSITIS Y RINITIS ALÉRGICA O ASMA

Estudio en 222 niños entre 2 y 19 años

Manila, Filipinas :

La sinusitis se asocia en forma significativa con la rinitis alérgica pero no con el asma bronquial o con la gravedad de ambas enfermedades respiratorias.

Fuente científica:

[**Santo Tomas Journal of Medicine** 52(3): 101-107, Ene 2005] – aSNC

Autores

Tam L y Gonzalez-Andaya A

La sinusitis suele ser una enfermedad comórbida en los niños con rinitis alérgica y asma bronquial y tiene un impacto significativo en su vida y su prevalencia parece estar en aumento.

La relación entre la sinusitis y las enfermedades respiratorias alérgicas ha sido investigada en varios estudios. En uno de ellos, 40% de los adultos con sinusitis maxilar crónica presentaban alergia y la incidencia de alergia alcanzaba el 80% si la sinusitis era bilateral. En otro estudio, 53% de los niños con rinitis alérgica presentaban anomalía de los senos en las radiografías y 21% presentaban opacificación completa de uno o más senos paranasales. Estos estudios, considerados en conjunto, apoyan una mínima concordancia entre la rinitis alérgica y la sinusitis de 25% y una concordancia máxima de 75%.

Varios estudios han enfatizado la importancia de la sinusitis como factor desencadenante de asma. En uno de ellos, los niños con sinusitis e hiperreactividad de las vías aéreas inferiores mostraron alivio significativo del asma cuando recibieron tratamiento apropiado para su sinusitis.

Los autores realizaron un estudio en las Filipinas para determinar la prevalencia de sinusitis en niños con rinitis alérgica y asma bronquial; la relación entre sinusitis y rinitis alérgica y con asma bronquial y con la gravedad de ambas patologías.

Los participantes fueron 222 pacientes entre 2 y 19 años con rinitis alérgica y/o asma bronquial evaluados entre junio y diciembre de 2003 respecto de los signos, síntomas y duración de la sinusitis, la que fue clasificada en sinusitis aguda, subaguda, crónica o recurrente.

Del total, 55.9% eran varones, 16.7% presentaban sinusitis, de los cuales 81% tenían sinusitis aguda; 10.8%, sinusitis crónica; 5.4%, sinusitis recurrente y 2.7%, sinusitis subaguda. La prevalencia de sinusitis en los casos de rinitis alérgica fue de 26.8%, 35% en rinitis alérgica intermitente y 24% en la persistente.

La prevalencia de sinusitis en casos de asma bronquial fue de 14.1%, 12% en asma intermitente y 18% en asma persistente. La prevalencia de sinusitis en rinitis alérgica y asma fue de 22%. La sinusitis resultó relacionada de forma significativa con la rinitis alérgica. La sinusitis no se

correlacionó en forma significativa con la gravedad de la rinitis alérgica, del asma o con la ocurrencia de ambas o cualquiera de ambos.

Este estudio enfatiza el papel de la rinitis alérgica como importante factor predisponente para el desarrollo de sinusitis.

La inflamación alérgica bloquea los senos, lo que genera presión negativa que favorece la aspiración de material con bacterias desde la cavidad nasal hacia los senos.

Los autores concluyen que la prevalencia de sinusitis en niños con rinitis alérgica o asma bronquial fue de 16.7%. La sinusitis se asoció en forma significativa con la rinitis alérgica pero no con el asma bronquial o con la gravedad de ambos trastornos.

CAUSAS Y TRATAMIENTO DE LA RINITIS PRODUCIDA POR MEDICAMENTOS

Estudio que analiza los factores que producen o exacerban esta condición

Estocolmo, Suecia :

Los pacientes con rinitis vasomotora medicamentosa, deben reconocer la existencia de esta alteración como problema, y evitar el uso de preparados nasales que contengan cloruro de benzalconio.

Fuente científica:

[**Treatments in Respiratory Medicine** 4(1):21-29, 2005] – aSNC

Autores

Graf P

La rinitis medicamentosa es un evento desencadenado por drogas; representa una forma de rinitis no alérgica asociada al uso prolongado de vasoconstrictores tópicos, y anti-congestivos locales. Los síntomas se exacerban por la utilización de cloruro de benzalconio, en preparaciones nasales. La congestión nasal está determinada por edema de rebote en la zona de la mucosa, una vez que el efecto de la droga ha desaparecido. Para el alivio de este síntoma, los pacientes utilizan progresivamente dosis mayores del vasoconstrictor, a intervalos cada vez más frecuentes. El autor del presente estudio de revisión, destacó que los pacientes en ocasiones no están en conocimiento de este círculo vicioso de automedicación.

Durante el ámbito de la consulta, es de importancia la formulación de preguntas específicas destinadas a poder establecer un diagnóstico firme.

En relación con la fisiopatología de este evento, el investigador enfatizó la escasa información al respecto y los pocos conocimientos que existen acerca de su mecanismo de producción; sin embargo, fue posible la determinación de cierto compromiso asociado a edema intravascular y vasodilatación.

El tratamiento propuesto en la rinitis vasomotora medicamentosa, consiste en la eliminación del uso del anti-congestivo nasal, a fin de permitir que la mucosa nasal presente un proceso de recuperación, seguido por el tratamiento de la enfermedad nasal subyacente. Otra estrategia adicional sugerida por el autor, fue la utilización de budesonide y propionato de fluticasona, para alivio del edema secundario en la mucosa nasal. Sugiere además en caso de ser posible, evitar la exposición al cloruro de benzalconio, incorporado en las preparaciones nasales.

LA RINITIS ALERGICA EN NIÑOS PUEDE AFECTAR SU CALIDAD DE VIDA

Revisión sobre características y tratamiento

Tennessee, EE.UU. :

La rinitis alérgica en los niños puede provocar reducción de la capacidad de aprendizaje, trastornos del sueño e incremento de la fatiga, por lo que un tratamiento efectivo es fundamental para evitar el deterioro de su calidad de vida.

Fuente científica:

[*Clinical Therapeutics* 26(11):1876-1889,Nov 2004] – aSNC

Autores

Blaiss M

La rinitis alérgica(RA) es una de las enfermedades más prevalentes del mundo y puede deteriorar el funcionamiento diario y la calidad de vida. Los síntomas incluyen rinorrea, congestión nasal, estornudos, prurito ocular y nasal. El número de niños afectados se ha duplicado en los últimos 20 años. La prevalencia de 12 meses de RA pediátrica se estima en 40%, lo que la convierte en el trastorno crónico más frecuente durante la niñez.

Las consecuencias de la enfermedad pueden incluir pérdida de días de escuela, reducción de la capacidad de aprendizaje y del desempeño escolar, deterioro del sueño e incremento de la fatiga durante el día. Además, el costo socioeconómico de la RA no es menos considerable.

El término rinitis se refiere al compromiso nasal inflamatorio y se considera patológica cuando los síntomas –goteo nasal, estornudos y congestión- se vuelven suficientemente intensos como para requerir tratamiento.

El compromiso de la mucosa nasal pueden afectar el funcionamiento normal de la nariz, es decir su capacidad olfatoria, como cámara de resonancia, como conducto para el pasaje de aire hacia y desde los pulmones y para humidificar, calentar y filtrar dicho aire.

La reacción alérgica produce contracción del músculo liso, vasodilatación, incremento de la permeabilidad e hipersecreción de mucus.

La rinitis puede ser estacional –con síntomas en el otoño o primavera por la polinización- o perenne, debido a ácaros, mohos o caspa animal.

Los pacientes con RA tienen riesgo aumentado de padecer asma, y en ambos casos puede presentarse dermatitis atópica.

El tratamiento de la RA incluye: antihistamínicos, descongestivos, antagonistas del receptor de leucotrienos, cromoglicato de sodio e inmunoterapia específica.

Los antihistamínicos son efectivos para aliviar los síntomas de RA en niños, y por ello aún constituyen el tratamiento de primera línea. Los de primera generación -clorfeniramina, hidroxicina, difenhidramina- provocan efectos colaterales en el sistema nervioso como sedación y enlentecimiento del procesamiento cognitivo, lo que puede agravar los problemas de aprendizaje relacionados con RA.

Los nuevos antihistamínicos como cetirizina, desloratadina y fexofenadina, causan menor sedación, requieren menor frecuencia de dosis y no producen cardiotoxicidad. La fexofenadina no provoca sedación, aún en dosis altas.

Los corticoides intranasales(IN) alivian los síntomas nasales pero no los oculares, y parecen no tener efectos sistémicos. La budesonida, el furoato de mometasona y la fluticasona IN no alteran el crecimiento en niños.

La inmunoterapia es el único tratamiento modificador de enfermedad y la prevención comprende diversas medidas para evitar la exposición a alérgenos.

Los autores concluyen que la RA tiene un impacto negativo en los niños en cuanto a su bienestar

físico, social y psicológico y en su desempeño académico, por lo que un tratamiento adecuado con alta adherencia es mandatorio.

REACCIONES ADVERSAS CUTANEAS DEBIDAS A VACUNAS

Diferenciación entre las reacciones locales y sistémicas.

Liege, Bélgica :

Las reacciones cutáneas por vacunas son infrecuentes; las locales son lesiones inflamatorias no específicas autolimitadas y las sistémicas se producen por hipersensibilidad a una cepa o componente de la vacuna.

Fuente científica:

[**American Journal of Clinical Dermatology** 6(2):79-87, 2005] – aSNC

Autores

Nikkels A, Nikkels-Tassoudji N y Pierard G

Las vacunas inducen una respuesta inmune para prevenir o tratar enfermedades específicas. Aunque la vacunación contra agentes virales y bacterianos se realiza a gran escala a nivel mundial, la aparición de efectos adversos cutáneos es poco frecuente en comparación con la prevalencia de reacciones por drogas. La vacuna de la hepatitis B y del bacilo de Calmette-Guerin son las que más frecuentemente provocan manifestaciones cutáneas. Dichas reacciones se producen con menor frecuencia luego de la administración de vacunas para la varicela, difteria/tétanos/pertussis, sarampión, poliomielitis, rubeola, neumococo, meningococo e influenza.

Los efectos adversos pueden ocurrir en el sitio de la inyección o a distancia.

Los mecanismos patológicos de las reacciones cutáneas locales incluyen, predominantemente, reacciones linfoides o granulomatosas no específicas.

Las reacciones alérgicas a la cepa de la vacuna, los adyuvantes, conservantes y otros componentes están involucrados con menor frecuencia en las reacciones adversas locales. La mayor parte de las reacciones locales se presentan con dolor transitorio, eritema, edema o infiltración nodular. Suelen ocurrir rápidamente luego de la vacunación por lo que su relación con la vacuna resulta clara. Estas reacciones locales se relacionan generalmente con la estimulación no específica del sistema inmune del huésped.

Las reacciones sistémicas son menos frecuentes que las locales pero suelen ser más graves. Están mediadas principalmente por reacciones de hipersensibilidad a los componentes de la vacuna (toxoides, ovoalbúmina, gelatina o neumococos). Las reacciones sistémicas se relacionan en ocasiones con una cepa específica de la vacuna, como la erupción luego de la vacuna para la meningitis, sarampión o rubeola. Existe un amplio intervalo temporal entre la vacunación y la aparición de las manifestaciones cutáneas, que puede variar entre 2 días y 3 semanas.

Más aún, no existe una clara relación entre el sitio y vía de administración de la vacuna y el riesgo de aparición de efectos adversos cutáneos. Además, una sola vacuna puede producir más de un tipo de efecto adverso. Algunas vacunas se asocian con lesiones específicas: las vacunas de la hepatitis A y B producen reacciones liquenoides.

La atopía incrementa el riesgo de efectos adversos a la vacunación: se ha observado exacerbación de la dermatitis atópica por exposición a varias vacunas.

Otras reacciones cutáneas pueden también ocurrir por mecanismos desconocidos. Ningún tipo o cepa de vacuna se asocia de manera específica con un tipo particular de efecto adverso cutáneo.

Los autores concluyen que la vacunación raramente produce efectos adversos cutáneos; los eventos locales consisten de reacciones inflamatorias no específicas, autolimitadas y las reacciones sistémicas suelen ser reacciones de hipersensibilidad inmediata o retardada a una cepa o componente de la vacuna.

EFECTOS DE UN PRODUCTO COSMETICO EN PACIENTES CON ECCEMA ASTEATOSICO

Estudio clínico e inmunohistoquímico en 30 pacientes

Florenia, Italia :

Los pacientes con xerosis cutánea tratados con un ungüento hidratante y emoliente durante 21 días parecen mostrar una reducción significativa de la sequedad y aspereza cutánea y del prurito, característicos del cuadro. Probablemente esta pomada induzca un aumento del contenido lipídico de la matriz intercelular del estrato córneo.

Fuente científica:

[*International Journal of Tissue Reactions-Experimental and Clinical Aspects* 27(1):23-29, 2005] – aSNC

Autores

Caproni M, Pestelli E, Volpi W y colaboradores

El tratamiento de la xerosis cutánea con un ungüento emoliente e hidratante parece lograr resultados favorables, ya que, al término de su empleo, se ven reducidos de manera significativa los signos y síntomas más importantes del cuadro.

La xerosis cutánea es una condición clínica frecuente asociada a un trastorno de la función de barrera del estrato córneo; la piel xerótica es seca y áspera, y a veces muestra acentuación de las líneas cutáneas. La xerosis, que puede ser hallada debajo de una gran variedad de trastornos cutáneos, como la dermatitis atópica, la fase de resolución de enfermedades inflamatorias o el eccema asteatósico de los ancianos, provoca en quienes la presentan, prurito y sensación de pinchazos. El patrón histológico se caracteriza por un leve engrosamiento de la porción superficial del estrato córneo. El objetivo del presente estudio, llevado a cabo en Italia, fue investigar los efectos en términos de sequedad, aspereza, prurito y sensación de pinchazos de un ungüento cosmético en pacientes con xerosis circunscripta. Además, se evaluaron por medio de técnicas de inmunohistoquímica las variaciones en algunas proteínas epidérmicas producidas luego del tratamiento tópico.

Participaron 30 pacientes mayores de 60 años con eccema asteatósico. Al inicio, y por medio de un puntaje de 0 (ausente) a 3 (grave), fueron categorizados en cada uno la sequedad cutánea, la aspereza y la descamación, y síntomas como picazón. Por otro lado, se tomaron biopsias cutáneas de áreas xeróticas. A continuación, los participantes iniciaron un tratamiento de 21 días de duración de aplicación, dos veces por día, de un producto cosmético en forma de pomada. A los días 7 y 21 de iniciado este tratamiento, fueron reconsiderados los parámetros clínicos y se realizaron nuevas biopsias.

Antes de iniciar la terapia con el producto cosmético, los principales signos de la xerosis (aspereza cutánea, sequedad) fueron calificados como moderados a graves; sin embargo, en los días 7 y 21 del tratamiento, estos mismos signos se redujeron de manera significativa, tanto más cuanto mayor era la duración de la terapia. Por su parte, el prurito, que al inicio fue calificado como leve por la mayoría de los pacientes, también disminuyó significativamente según se informó en los dos controles posteriores. Con respecto al estudio de las biopsias por inmunohistoquímica, se observó que antes del inicio del tratamiento, la proteína K5 se localizaba fuertemente en los estratos epidérmicos basal y escamoso y en forma más suave y focal en el estrato granuloso; al finalizar la terapia, la proteína sólo se encontraba en el estrato basal y en la parte inferior del escamoso. Con relación a la proteína involucrina, antes del tratamiento se localizaba fuertemente en el estrato granuloso y en la porción superior del escamoso, y de manera suave y focal en la zona inferior de este último estrato, mientras que luego de finalizada la terapia, esta proteína se visualizaba notablemente sólo en el estrato granuloso, y levemente en la región superior del escamoso. La hiperqueratosis presente al inicio del tratamiento ya no se observaba al finalizar éste.

Los autores concluyen que un ungüento emoliente e hidratante como el estudiado en el presente trabajo parece contribuir en la síntesis fisiológica de reconstitución de proteínas epidérmicas como la K5 y la involucrina. Sostienen que la reducción de la hiperproliferación epidérmica y del engrosamiento del estrato granuloso podría deberse a la exposición de la epidermis a lípidos exógenos.

LA DERMATITIS ATOPICA AFECTA MAS A LAS MUJERES

Análisis de las diferencias por sexo, en la morbilidad de pacientes con dermatitis atópica

Roskilde, Dinamarca :

Las mujeres experimentan mayor compromiso relacionado con las manifestaciones de dermatitis atópica, en comparación con los hombres.

Fuente científica:

[**Gender Medicine** 1(2): 125-130, Dic, 2004] – aSNC

Autores

Holm E A, Esmann S y Jemec G B

Es observado con cierta frecuencia, que si bien las mujeres viven un tiempo más prolongado que los hombres, informan la existencia de índices mayores de morbilidad, discapacidad y utilización de servicios. Una posible explicación de esta circunstancia, puede deberse a que las diferencias específicas por sexo, ejercen influencia en la forma en la que los síntomas son percibidos. Diferentes estudios sugirieron que las mujeres sobreestiman los síntomas existentes en las enfermedades no dermatológicas; en las enfermedades dermatológicas, la percepción que tienen las mujeres, no está del todo bien analizada.

El objetivo del presente estudio, conducido por investigadores del Roskilde Hospital, Dinamarca, fue la determinación de las diferencias existentes por sexo, en pacientes con dermatitis atópica. Se utilizaron cuestionarios en 112 sujetos afectados (mujeres: 88, varones: 24), mayores de 15 años. En mujeres, se observó una correlación positiva significativa entre el Índice Dermatológico de Calidad de Vida y severidad de la enfermedad, así como también en relación con la cantidad de regiones visiblemente afectadas; en los hombres, no fue posible la observación de esta correlación. Otro dato de interés señalado por los autores, fue que no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres según edad, duración de la enfermedad, severidad o calidad de vida. Los investigadores destacaron que las áreas visibles afectadas por dermatitis atópica, comprometieron en forma significativa a las mujeres, en comparación con la afectación en los hombres. Una posible explicación de las diferencias, pudo relacionarse con las diversas percepciones presentes en ambos sexos, respecto de las situaciones o circunstancias que producen estrés, y en la capacidad de tolerar el compromiso que aparece en la enfermedad dermatológica.