

Dermatología sociedad ecuatoriana de dermatología

-Fitofotodermatosis y folclor

-Larva *Migrans* cutánea "diminuta"

-Pediculosis capitis

-Celulitis eosinofílica luego de picadura de insecto

Revista Dermatológica Órgano oficial de difusión de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología.

Los artículos, sus aseveraciones, opiniones y recomendaciones terapéuticas son de responsabilidad de los autores y no son necesariamente compartidas por la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología.

Toda correspondencia puede dirigirse a los Núcleos de la Sociedad, a los autores o a la oficina editora de la revista

Cerebro**periferico**

Director Administrativo Dr. Patricio Freire M.

Dr. Santiago Palacios A

Tesorero

Dr. Galo Montenegro

Dr. Luis Moncayo B.

Consejo Editor

Dr. Gonzalo Calero Dr. José Ollague Dr. Claudio Arias

Dr. Marcelo Merchán

Dr. Víctor León

Dr. Eduardo Garzón Dr. Oswaldo Muñoz

Dr. Franklin Madero



Oficina Editora

Dr. med. Daniel Hinostroza Sigrid Rodríguez fax: (593 2) 2257452 e-mail: info@cerebroperiferico.com



Diseño y Diagramación D.G. Carlos Merino Salom (593 2) 2506 231

CMSideas diseño e imagen gráfica

1000 ejemplares



"Una huella, un dermatoglifo... patrimonio táctil, único, magnifico de la individualidad, de la identidad, de la imagen"

"La capa córnea... desprendimiento imprescindible, constante, mortal y vital, que como página de un libro, deja paso a lo que sigue"



- 3 Editorial
- 4Carta del Presidente
- **22**Eventos
- 40Conferencias Magistrales
- 57 Libro recomendado
- **56**Informática
- 59Normas y Reglamentos

Dermatol Ecuat ISSN 1390-2660



CONTENIDO

4	Epidemiología de la dermatitis atópica en el Distrito Metropolitano de Quito.
O	Dra. Cecilia Cañarte, Dr. Franklin Cabrera, Dr. Santiago Palacios

Pediculosis capitis. Comparación de la eficacia entre el tratamiento convencional (permetrina al 1,5%) y una alternativa natural (ajo al 5%), en pacientes que acuden a la Fundación "Casa de la Niñez" de la municipalidad de Quito.

Dr. Edgardo Venegas Orbe, Dr. Santiago Palacios

Frecuencia de las dermatosis virósicas en escuelas especiales de Cuenca, Ecuador

Dr. Iván Zeas Domínguez, Dra. Lorena Encalada Torres, Dr. Patricio Domínguez

- **Educación y participación social en Cuenca sobre riesgos solares**Dr. Oswaldo Muñoz A, Dr. Bolívar Granizo, Dr. Mauro Manzano, Dr. Hernán Villacís
- **Pitofotodermatosis y folclor**Dr. Claudio Arias
- Aminorando el riesgo de recidiva del carcinoma basocelular. Experiencia obtenida de la técnica microquirúrgica de Mohs

Dr. Juan Francisco Barzallo V., Dra. Sonia Tello, Dr. Franklin Cabrera, Dra. Lorena Falcón, Dra. Alexandra Romero, Dra. Raquel Trujillo.

- Larva Migrans cutánea "diminuta" debida a larvas de Bunostomum phlebotomum. Diferencias de la presentación clínica clásica.

 Dr. Gonzalo Calero Hidalgo, Dra. Natilse Rondón Lárez, Dr. Roberto Zuñiga.
- Celulitis eosinofílica luego de picadura de insecto. Reporte de un caso

 Alexandra Reyes Alava, Luz Quezada Padilla, Juan Carlos Garcés Santos, Enrique

Dr. Eduardo Garzón A. Dra. Silvana Parra Q.

¿Larva Migrans de altura?
Dra. Mónica Zambrano C.

Úraga Pazmiño.

- Foliculitis pustulosa eosinofílica. Presentación de un caso atípico
 Dra. Cecilia Cañarte, Dr. Franklin Cabrera, Dr. Santiago Palacios
- **52** ¿Cuál es su diagnóstico? Placas eritematosas diseminadas
 Dr. William Ortiz, Dr. Javier Ortega, Dr. Ricardo Pérez A., Dra. Margarita Oliver, Dr.
 Antonio Rondón Lugo
- **Cuál es su diagnóstico? Placas eritemato-descamativas a nivel de pliegues**Dr. Patricio Castillo, MT., Dra. Anita Buestán, Dra. Marianita Barzallo
- Criterios éticos para la Promoción de Medicamentos. O.P.S.
 Grupo internacional de expertos

CONTENIDO CD-ROM

- Entrevista: Dra. Gladis León Dorante. Hospital General de México.
- Unusual Tumors of the Skin, Dra. Suzanne Olbricht, Harvard Medical School-U.S.A.
- Pénfigo foliáceo endémico, Dr. Carlos Galarza, Instituto de Investigaciones Clínicas UNMSM. Lima, Perú
- Artritis psoriática. Dr. Guillermo Chalela. Hospital del Valle. Bogotá, Colombia
- Qué hay de nuevo en psoriasis. Dr. Antonio J Rondón Lugo. Instituto de Biomedicina UCV. Caracas, Venezuela
- Psoriasis: correlación clínico-patológica. Dra. Laura Soria Arteaga. Clínica F.A.E. Guayaquil, Ecuador
- Técnica microquirúrgica de Mohs. Reseña gráfica de dos casos. Dr. Juan Francisco Barzallo. Centro Médico Luis Burbano. Quito, Ecuador
- Criterios éticos para la promoción de medicamentos. O.P.S.





EDITORIAL

En la última década se ha fortalecido el concepto de culturología, que representa una visión renovada entre las ciencias y el ser humano. Jean-Francois Lyotard aporta en este campo con reflexiones sobre los saberes, el narrativo y el científico. Este saber científico es un complejo entramado de lenguajes, problemas de comunicación y traducción, ordenadores, cibernética y bancos de datos, que se "encontrará afectado en dos principales funciones: la investigación y la transmisión de conocimientos". 1

Una revista científica tiene este fin fundamental: transmitir conocimientos. Estos conocimientos serán adquiridos en la investigación o la práctica, empleando los más variados recursos tecnológicos de que hoy disponemos. Pero ya nada queda solo en papel o en nuestra proximidad: la red mundial de información, las bases de datos, los buscadores médicos y diversos multimedios posibilitan que todo lo que aparece en Dermatología, pueda ser leído en los más distantes rincones del mundo. Consecuentemente se han realizado los esfuerzos necesarios para cumplir ampliamente con los requisitos para entrar en las grandes bibliotecas virtuales, tanto en los contenidos como en la forma. La gestión para el ingreso en las grandes bases de datos está en marcha y pronto será una realidad.

Nuestra revista se ha potencializado en este último año y las perspectivas de crecer son aún mayores. Dermatología llega a este final de 2004 con 12 años de publicación ética, propositiva, pluralista, rigurosa y con una estética muy actual. Escribir en esta revista es un reto permanente y gratificante al que seguiremos convocando a los colegas dermatólogos.

Dr. Santiago Palacios EDITOR



1. Jean-Francois Lyotard. La Condición. Informe sobre el saber; Rei México; 1990:13-9



PUBLICIDAD 1/8 GALDERMA NEGATIVO



Carta del Presidente Nacional de la SED

Estimado amigo Dermatólogo

Los que hacemos la Directiva Nacional de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología, deseamos expresar un agradecimiento muy especial por el apoyo brindado en el año que culmina en todos y cada uno de los eventos realizados por los diferentes núcleos y grupos de trabajo, en donde el empeño de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes ha sido el pilar fundamental de nuestra existencia

Dentro de las actividades que se realizaron este año hay que resaltar las siguientes:

- 1. XXXIV Jornadas Nacionales: 16 18 de abril, Guayaquil.
- I Curso de Cirugía Dermatológica y Cosmética XXXV Jornada Nacional: 8 10 de julio, Quito.
- I Encuentro Internacional de Psoriasis: 19 21 de agosto, Quito.
- 4. II Congreso Latinoamericano de Fotobiología y Fotomedicina; 26 27 de noviembre, 2004, Cuenca.
- 5. Actividades mensuales de cada núcleo.

Estas actividades, además de cumplir con creces los objetivos planteados, brindaron la oportunidad de estrechar los lazos de hermandad dentro la Sociedad, además del compromiso de amistad y trabajo con colegas del mundo dermatológico mundial.

Se ha planteado para el año 2005 un trabajo continuo, coordinado y que sea de interés a todos y cada uno de los integrantes de nuestra Sociedad

- 1. Día del Lunar. Febrero, 2005
- Reunión ecuatoriana peruana: Núcleo del Guayas, 29 y 30 de julio, 2005, Guayaquil.
- Curso interactivo: Cómo se debe realizar un artículo medico, dictado para cada núcleo, en el mes de octubre.
- 4. Participación en el RADLA.
- 5. Participación en el CILAD.

Además de actividades individuales de cada núcleo como son:

Actividades del Núcleo del Guayas

- 1. Curso de computación aplicado a la Dermatología
- 2. Curso de Dermatología para médicos generales y pediatras
- Atención Dermatológica en Milagro pesquisa de infección dermatológica
- 4. Libro de Dermatología
- 5. Participación en la RADLA
- Primer Encuentro de Dermatólogos graduados en el Servicio de Dermatología "Dr. Wenceslao Ollague" del Hospital del IESS de Guayaquil

Actividades del Núcleo de Pichincha

- Brigadas Dermatológicas (4).
- Curso de Dermatología para médicos generales y pediatras. Agosto, 2005.

Actividades del Núcleo del Azuay

- Curso de Dermatología para médicos generales y pediatras. Mayo, 2005.
- Curso teórico-práctico de patología. Para los integrantes del Núcleo. Pendiente fecha.
- 3. Reunión semanal HVCM.
- 4. Reunión semanal en la Sede de la Sociedad (jueves).
- 5. RADLA Argentina. Mes de mayo.
- 6. CILAD. Mes de noviembre.

Al acercarse los 42 años de su Fundación, la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología, su directiva hace una cordial invitación a todos y cada uno de los integrantes activos, residentes a prepararse para el Congreso Nacional que se llevará a cabo en el mes de marzo del 2006, en Cuenca, donde la participación nacional será la tónica de este evento que, por situaciones especiales, ha tenido que ser modificado en su realización, pero que dará un espacio importante para el desarrollo de trabajos y tópicos de interés nacionales e internacionales.

Queremos resaltar el apoyo y el crecimiento de nuestra revista, además de nuestra página web, el esfuerzo de los grupos de trabajo que van adquiriendo su sitio en el contexto dermatológico y el trabajo tesonero de cada uno de sus integrantes.

Sabemos que el camino es difícil y que existen muchas interrogantes y reflexiones que debemos de contestar en conjunto como son:

- ¿Qué sucede con la investigación en Dermatología en el Ecuador?
- ¿Se está educando en piel? El esfuerzo de trabajo de la FEPSO, del grupo de Fotobiología con la educación respecto al sol, el trabajo del Día del Lunar, las Brigadas de los diferentes Núcleos, los cursos a médicos generales, pediatras así como el trabajo de vitiligo son esfuerzos que buscan contestar estas pregunta y que debemos impulsar.
- ¿Qué pasa con el incremento de posgrados en el país?
- ¿Hemos trabajado poco en lo gremial?

A nosotros como Directivos nos toca dar los espacios para estas discusiones que son de trascendental importancia para el fortalecimiento de nuestra Sociedad, así como la unión de cada uno de los integrantes.

Dr. Víctor León Ch.
PRESIDENTE NACIONAL
SOCIEDAD ECUATORIANA DE
DERMATOLOGÍA



Epidemiología de la dermatitis atópica en el Distrito Metropolitano de Quito.

Dra. Cecilia Cañarte, Dr. Franklin Cabrera, Dr. Santiago Palacios

Epidemiology of atopic dermatitis in the Metropolitan District of Quito

Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis.
FEPSO-Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Quito-Ecuador
Correspondencia:
Cecilia Cañarte
Correo:cecy_canarte@hotmail.com
Telf: [593 2] 256 9517
Quito - Ecuador

Resumen

Se realizó una encuesta de prevalencia persona-persona, con hombres y mujeres de todas las edades en el Distrito Metropolitano de Quito, escogidos aleatoriamente, en parroquias, barrios, manzanas, cuadras, casas, familias, buscando pacientes que cumplieran criterios de dermatitis atópica (DA) (según los criterios del United Kingdom Working Party). De 4.770 personas encuestadas, hubo 179 individuos con DA (3,75% de la población), con predominio de edades entre 11-20 años, el 53,3% de sexo femenino y el 86% con antecedente familiar de atopia. Dermatol Ecuat, 2004;12(2):6-9

Palabras clave: epidemiología, atopia, dermatitis atópica

Summary

An observational, descriptive study was conducted based on a person-to-person poll among men and women of all ages in the Metropolitan District of Quito, seeking to establish the prevalence of Atopic Dermatitis (AD), according to the criteria of the United Kingdom Working Party. Of 4770 randomly selected subjects, there were 179 persons with AD (3.75% of the population), most between the ages of 11 and 20. Of them, 86% had a family history of atopia and 53.3% were female.

Key words: epidemiology, atopia, atopic dermatitis

Introducción

La dermatitis atópica (DA), es una enfermedad crónica, de tipo inflamatorio, recidivante, pruriginosa, desencadenada por un conjunto de factores genéticos e inmunológicos(1), con expresión morfológica que varía con la edad del paciente; afecta preferentemente a niños, sin embargo, se puede observar hasta en un 70% en la edad adulta(2). En 1933, Wise y Sulzberger sugirieron el término de dermatitis atópica debido a que no siempre hay en estos pacientes lesiones cutáneas de eczema (si bien eczema y dermatitis se suele usar como sinónimos, eczema en rigor debe referirse a la fase aguda de una dermatitis cuando la piel "hierve" o "llora", como expresión del edema intercelular en la epidermis o espongiosis). Igualmente apoyaron la relación entre DA, fiebre del heno y asma, lo que desde entonces se ha considerado triada atópica.

En DA es necesario tomar en cuenta el diagnóstico categórico y el diagnóstico dimensional. Categóricamente se debe hablar de DA cuando se cumplen los criterios diagnósticos. Clásicamente son los referidos desde 1977 por Hanifin(3), quien considera

para el diagnóstico por lo menos 3 criterios mayores (prurito, edad, morfología y distribución, cronicidad y antecedentes familiares) junto a por lo menos 3 ó más criterios menores (xerosis, queratosis pilar, reactividad alérgica tipo 1, dermatitis de manos y pies, queilitis, dermatitis del pañal e infecciones cutáneas).

La validación de criterios propuesta por Williams(4), sin contraponer los de Hanifin, es más operativa. Plantea como único criterio mayor al prurito y como criterios menores los antecedentes de dermatitis en pliegues, antecedentes personales y familiares de atopia, historia de sequedad en el último año y dermatitis visible. En todo caso será tarea de futuras investigaciones la validación de criterios en nuestro medio. El diagnóstico dimensional es indispensable para el manejo clínico-terapéutico; se han presentado múltiples propuestas que evalúan la intensidad y la extensión de la enfermedad(5,6), la dimensión de la DA también debe ajustarse a las condiciones de cada lugar.

La DA es un problema frecuente y tiene considerable



Tabla 2. Parroquias y barrios sorteados			
Parroquias	Barrios	Sector	
Carcelén	Alberto Einstein, Corazón de Jesús, Carcelén Bajo, Carcelén, La Josefina	Norte	
San Isidro	San José, Farsalia, la Campiña, San Isidro Alto, la Victoria.	Norte	
Rumipamba	Life, Granda Centeno, Iñaquito, El Armero, Rumipamba	Norte	
Itchimbía	San Blas, La Tola, Tola Baja, Alameda, Guápulo	Centro	
La Magdalena	El Calzado, Santa Anita, La Magdalena, Atahualpa, El Pintado	Sur	
Solanda	San Bartolo, Mercado Mayorista, El Carmen, Unión Popular, Turubamba.	Sur	
Chillogallo	Chillogallo, Las Cuadras, El Girón, El Tránsito, Santa Martha	Sur	
Centro Histórico	El Recreo, Eplicachima, Luluncoto, Los Dos Puentes, Forestal	Centro	
La Libertad	Nueva Aurora, La Libertad, Libertad Alto, Colmena, San Diego	Centro	
Mariscal Sucre	Mariscal, Belisario, La Colón, La Floresta, El Girón	Sur	

impacto en la calidad de vida de los pacientes y familiares(7,8,9).

A nivel mundial, la población general muestra una prevalencia del 2 al 20%(10,11,12); 60% de los casos se presenta antes del primer año de vida, 30% hasta los 5 años. 60-70% tienen antecedentes personales y familiares de atopia; afecta a hombres mujeres de todas las edades(13,14).

La DA se ha incrementado en 2-5 veces a nivel mundial, en los últimos 20 años(13). El incremento es atribuible a muchos factores pero es importante considerar que este "aumento" se debe también a mayor conocimiento de la enfermedad por parte del médico, del paciente y de sus familiares(15).

A pesar de su relevancia, existen pocos datos epidemiológicos acerca de la DA en nuestro medio. El Hospital Dermatológico Gonzalo González de Quito refiere una prevalencia del 3,2%(16). En el presente estudio procuramos aportar con datos epidemiológicos generales sobre la DA en la ciudad de Quito.

Materiales y métodos

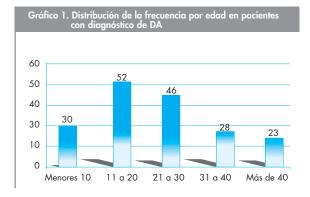
Se condujo un estudio de observación, descriptivo mediante una encuesta de prevalencia de la DA en el Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito. El tipo de encuesta fue de persona-persona, a hombres y mujeres residentes en Quito, de todos los niveles socioeconómicos, en una muestra conformada por 1.000 familias, escogidas aleatoriamente, en base a distribución demográfica, mediante la selección de unidades primarias de muestreo (32 parroquias) y de unidades secundarias (barrios, manzanas, cuadras, casas, familias) (Tabla 2) con la selección de las unidades finales que son los pacientes que cumplían con los criterios de DA. El tamaño de la muestra es máximo en función al nivel de

confianza y error permitido con que se trabajó la investigación. Luego de sortear las unidades finales, se solicitó la colaboración de estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, los cuales fueron capacitados, con material visual, en el reconocimiento de la patología y, en el manejo de la técnica y herramientas de la investigación. Participó un total de 50 estudiantes, realizando cada uno 20 encuestas a 20 familias en 2 cuadras y 2 manzanas escogidas por sorteo. Se corroboraron los casos positivos mediante examen físico. 30% de la muestra fue supervisada personalmente por los investigadores. Se usó el mapa de la ciudad de Quito, entregado a cada estudiante, junto a una hoja de protocolo diseñada para el efecto, en donde constaban los criterios diagnósticos.

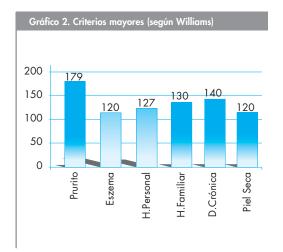
Resultados

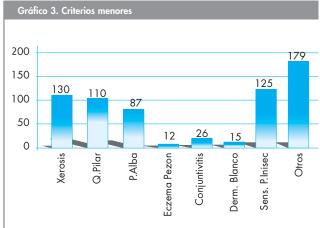
De un total de 4.770 personas encuestadas en 1.000 familias, se encontró un total de 179 pacientes con DA, que corresponden al 3,75% de la población. De éstos, hubo 95 mujeres (53,3%) y 84 hombres (46,7%). La distribución por edad se describe en el Gráfico 1; los datos relacionados con los criterios mayores y menores se describen en los Gráficos 2 y 3.

De los 4.770 encuestados en este estudio, 129 presen-









taron rinitis y 108 asma entre los sujetos con edades entre 7-58 años.

Discusión

El 3,75% de la población presenta DA en Quito, un valor en concordancia con la epidemiología mundial de la DA. Es una cifra alta, que ubica a los problemas atópicos entre las primeras consultas tanto en la atención especializada como en la atención primaria de salud.

La DA afecta indistintamente a mujeres y a hombres, en nuestra muestra se presentó un ligero aumento en mujeres con una relación de 1,3:1. Más del 50% de la población se encuentra entre los 10 y 30 años, estos datos son relativos tomando en cuenta que la encuesta se hizo a nivel familiar con interlocutores adultos. Será necesario complementar estos datos con otros estudios en poblaciones escolares. La muestra incluyó barrios de diferentes estratos socioeconómicos, sin que se haya encontrado diferencias significativas por el lugar.

Según la clasificación de Williams el criterio primario es el prurito que se presentó en todos los pacientes, los criterios secundarios (mayores en relación con la clasificación de Hanifin) se presentan en un alto porcentaje, en todos los casos por encima del 60%. Es necesario que se realicen estudios de validación de los criterios en nuestro medio. Los criterios terciarios (menores) representan una larga lista en la que no existe un acuerdo, ni una limitación, que de alguna manera concuerda con el carácter "atópico" de estas manifestaciones, la sequedad de la piel, la queratosis pilar y la pitiriasis alba, son las manifestaciones más frecuentes. La reacción exagerada a las picaduras de insecto es un dato subjetivo de difícil valoración. En la encuesta, 67% de pacientes refiere sufrir esta reacción.

Los estudios epidemiológicos aunque difíciles y costosos, son indispensables. Existen muchas preguntas básicas por responder en la DA, así como en otras enfermedades prevalentes de la piel. Como dermatólogos, no podemos eludir la responsabilidad de dar las respuestas a estas preguntas, orientar acciones adecuadas para la protección de la salud y brindar una atención de la enfermedad en la instancia que corresponda. Las enfermedades de la piel como la DA dan "muchas vueltas" antes de llegar al especialista por lo que no debemos ser nosotros los únicos que estemos en capacidad de manejar apropiadamente este tipo de problemas.

Conclusiones

La prevalencia de la DA en Quito es de 3,75%

Los criterios mayores de DA se presentan en más del 60% de los pacientes

Más del 70% de personas con DA tiene antecedentes personales y familiares de atopia. •



Referencias

- Leung DYM, Soter NA. Cellular and immunologic mechanisms in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2001;44:S1-S2
- Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. Actas Dermosifilográficas 2003;94(6):345-55
- Rivero M, Carretero G. Estudio clínico y alergológico en pacientes con manifestaciones cutáneas menores de dermatitis atopica. Actas Dermosifilog 2002;93(4):231-42
- Williams H, Burney P, Broke P, Hay R. Validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. Br J Dermatol 1996;135(1):12-17
- Hanifin JM. Standardizad Grading of Subjects for Clinical Research Studies in Atopic Dermatitis: Workshop Report. Acta Derm Venereol (Stockh) 1989; Suppl 144:28-30
- Rajka G, Langeland T. Grading of the severity of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol (Stockh) 1989; Suppl 144:13-14
- 7. Lucas R, González M, Jiménez A, Puig L, Vicente A, Díaz J, Whelley D, McKenna S, Baró E. Validación de las versiones españolas de los cuestionarios Parent-Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD) y Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD): un estudio internacional. Actas Dermosifilog 2003;94(8):539-48
- 8. McNally N, Phillips D, Williams H. The problem of atopic eczema: aetiological clues from the environment and lifestyles. Soc Sci Med

- 1998;46(6):729-41
- Kemps AS. Atopic eczema: its social and financial cost. J. Pediatric Child Health 1999;35:299-31
- Ortiz FJ, Guerra A, Zarco C. Medición de la prevalencia de la dermatitis atópica en una población escolar madrileña. Actas Dermosifilogr 2003;94(7):458-63
- Méndez J, Alache H, Cerrada E. Manejo de la Dermatitis Atópica en Atención Primaria. Dermatología, MEDIFAM, Madrid. Febrero 2003;13(2):75-84
- Sugiura H, Umemoto N, et al. Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a population. Comparison with the disease frequency examined 20 years ago. Acta Derm Venereol 1998;78:293-294
- Kay J, Gawkrodger D, Mortimer M, Jaron A. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. J Am Acad Dermatol 1994;30;35-9
- Rothe M, Grant KJ. Atopic dermatitis. An update. J Am Acad Dermatol. 1996;35:1-13
- Williams H. Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? Clin Exp Dermatol 1992;17:385-91
- Cañarte C, Trujillo R, Legña M, Palacios S. Correlación clínica de la dermatitis atópica y los niveles de IgE. Dermatol Ecuat 1999;8(1):24-27





Al fin, la piel seca ya no será un problema.

Nueva Eucerin® Piel Seca.

Es la solución más efectiva al problema de extrema resequedad de la piel.

Estudios dermatológicos (*) comprueban la eficacia de los productos y aseguran una excelente tolerancia cutánea.

La fórmula de **Eucerin**[®] **Piel Seca**, contiene una alta concentración de **Urea**, un factor humectante natural que atrae moléculas de agua a las capas superficiales de la piel evitando la pérdida de humedad, deshidratación y sequedad.

Eucerin[®] Piel Seca Crema, Loción, Crema para pies y Unguento.

Clínicamente comprobado (*).

(*) Autores: K. Bohnsack, I. Tausch, J. Gabmuller, F. Rippke, A. Scholerman, K. P. Wilhelm, D. Wilhelm.
Estudios realizados en el Instituto BioSkin para la Investigación y el Desarrollo Dermatológico, Alemania.
Z. Hautkr. 72, 34-39 (1997)

Eucerin®

CUIDADO MÉDICO DE LA PIEL

www.eucerin-la.com

Pediculosis capitis. Comparación de la eficacia entre el tratamiento convencional (permetrina al 1,5%) y una alternativa natural (ajo al 5%), en pacientes que acuden a la Fundación "Casa de la Niñez" de la municipalidad de Quito.

Dr. Edgardo Venegas Orbe**, Dr. Santiago Palacios*

Pediculosis capitis. Comparison of the efficacy between conventional treatment (permethrine 1.5%) and a natural alternative (garlic 5%), among patients of "Fundación Casa de la Niñez" from the municipality of Quito.

- Médico Dermatólogo, Catedrático Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- ** Médico General

Correspondencia: Santiago Palacios Correo:sempi@interactive.net.ec Telf: (593 2) 290 7009 Quito - Ecuador

Resumen

La pediculosis capitis es una infestación de la piel producida por el piojo (pediculus humanus capitis) y que afecta especialmente a los niños. Se realizó un estudio experimental a doble ciego en donde se comparó la eficacia entre permetrina versus una alternativa natural a base de ajo. El estudio consideró valores de significancia del 95% (error alfa del 5%) y de potencia de un 80% (error beta del 20%). Se incluyeron en el estudio 40 pacientes de entre 6 y 18 años de ambos sexos, que acuden a la Fundación "Casa de la Niñez" de la municipalidad de Quito y que sufren dicha patología. Fueron seleccionados aleatoriamente en dos grupos de 20 pacientes cada uno, para recibir un grupo permetrina al 1,5% y, el otro, ajo al 5% en presentación rinse. Ambos grupos recibieron dos dosis de su respectivo tratamiento con un intervalo de 7 días, habiéndose realizando seguimiento por quince días a cada sujeto. Los resultados demostraron eficacia en el tratamiento de la pediculosis capitis tanto para permetrina (85% de eficacia), como para el ajo (80% de eficacia), con un RR de 0,75 (0,19-2,93) y p>0,05. Discusión: La efectividad del ajo fue similar al de permetrina para la pediculosis capitis. (Estudio no significativo que demuestra un factor protector hacia la exposición de dichas sustancias). Dermatol Ecuat, 2004;12(2):11-7

Palabras clave: Pediculosis capitis, permetrina, Allium sativum, ajo.

Summary

Pediculosis capitis is an infestation of the skin produced by pediculus humanus capitis. It mostly affects children. The objective of this double-blind experiment was to compare the levels of efficacy between the use of permethrin at 1.5% and garlic at 5% as conditioner shampoo. This study considered significance values of 95% and an 80% of potency. The study took into account a sample of 40 patients diagnosed with Pediculosis capitis, between 6-19 years of age who visit Fundación Hogar "Casa de la Niñez" in Quito. They were randomly allocated to two groups of 20 patients each. One group received permethrin at 1.5%; the other received garlic at 5%. Each group received 2 dosages, spaced with a seven day interval. The whole treatment period was fifteen days. The results portrayed efficiency in both the permethrin treatment (85%) and garlic (80%). The RR was 0.75 (0.19-2.93) and a p> 0.05. Both treatments were similarly effective in subjects with pediculosis capitis who attend the Fundación Hogar "Casa de la Niñez" in Quito.

Key words: Pediculosis capitis, permethrin, Allium sativum, garlic

Introducción

Los usos clínicos más importantes del ajo son en las áreas de infección, prevención de cáncer y enfermedades cardiovasculares(4,14-15). En Argentina se desarrolló una crema pediculicida no tóxica de venta libre y de olor agradable que utiliza como agente pediculicida

la alliína, obtenida del ajo con buenos resultados(5,16) y acondicionador para el cabello.

Otros tratamientos como el extracto de jugo de limón, aceite mineral, aguardiente no han demostrado resultados satisfactorios.



En un meta-análisis de la Biblioteca Cochrane concluyen que la "mejor" opción dependerá ahora de los patrones de resistencia locales. No existe evidencia proveniente de ensayos que indique la efectividad de métodos físicos, como los peines "BugBusting" u otros métodos de control químico, como el uso de tratamientos herbarios, cuando se usan como tratamiento curativo de los piojos de la cabeza(17).

La pediculosis capitis es una infestación parasitaria de la piel y sus anexos(1,2), producida por el piojo (pediculus humanus capitis), una clase de hematófago que pertenece al género anoplura; insecto sin alas, de cuerpo alargado y deprimido en sentido dorsoventral, de 2-4 mm de longitud, con antenas fácilmente identificables de 3 a 5 segmentos y con 3 pares de patas grandes(3). Cubiertos por una cutícula impermeable, respiran a través de 14 orificios que pueden cerrar cuando no les gusta la calidad del aire, por lo que pueden resistir el agua con cloro y los champús normales durante varias horas. Los piojos pueden percibir cambios de temperatura tan sutiles como un tercio de grado, abandonando los cuerpos de las personas con fiebre, hipotermia o rápidamente después de la muerte(1).

Cuando la hembra alcanza la madurez sexual, empieza a poner huevos después de un día o dos de ser fertilizada. Estos pequeños huevos o liendres son blancos, ovoidales y operculados, quedando adheridos a los pelos y a las fibras por medio de un material quitinoso, necesitando una temperatura ideal de 31°C, por lo que se sitúan cerca del cuero cabelludo para obtener dicha temperatura de incubación, eclosionando en 4-14 días, a un estadio ninfal en el que se asemejan mucho a los piojos adultos, emergiendo el adulto de la última muda (3 mudas) entre los 12 y 28 días después de la oviposición(3). Los piojos adultos viven 30 días y todos los días ponen entre 4 y 9 huevos, lo que hace un total de 100 a 400 liendres por piojo(1). En climas templados los piojos de la cabeza depositan sus huevos sobre el tallo del cabello a 3-4 mm del cuero cabelludo. Como el cabello crece a una velocidad de alrededor de 1 cm por mes, la fecha de la infestación puede estimarse por la distancia existente entre la liendre y el cuero cabelludo.

Los piojos de la cabeza, que infestan entre 6 y 12 millones de personas en EE.UU., se transmiten directamente de persona a persona y en ocasiones por sombreros o gorros compartidos, así como también con artículos de limpieza personal. Su prevalencia es mayor en niñas de edad escolar que tienen el pelo largo; los niños de etnia negra presentan infestación con menor frecuencia que

otros niños(6). Los grupos de edad más afectados son niños entre los 6 y 9 años; diversos factores podrían influir en forma conjunta, favoreciendo la infestación con *Pediculus humanus capitis*, entre ellos, es importante citar el desarrollo hormonal, sobre todo en los varones entre 11-13 años, donde disminuiría la prevalencia por el aumento en la producción de testosterona(7). Entre los 10 y 12 años se encuentra menor cantidad de parásitos móviles tanto en varones como en mujeres, lo que les confiere un rol menor como integrantes de la cadena de transmisión(9).

Existen distintos mecanismos por los que estos parásitos pueden producir reacciones cutáneas: directos, como el trauma de la picadura o mordedura del parásito, la inyección de sustancias activas (saliva) y la invasión de los tejidos por el parásito; e indirectos como la respuesta inflamatoria e inmunológica del huésped frente al parásito y sus productos(2).

El cuadro clínico se caracteriza por prurito en áreas como: cuero cabelludo, cuello y orejas; sin embargo, algunos niños pueden tener largas colonias de piojos sin presentar síntomas. La persistencia o recurrencia de piodermias en el cuello u orejas debería siempre alertar al examinador a buscar esta patología. Cuando existe infección estafilocócica asociada, se pueden presentar nódulos linfáticos aumentados de tamaño en la región cervical y nucal y pueden ocurrir episodios de fiebre (11).

En la nuca se pueden observar lesiones papulares pruríticas, encontrándose a veces un brote de urticaria o maculopapular generalizado inespecífico(12), llegando a formar excoriaciones de las lesiones pruriginosas en cuero cabelludo, cuello y los hombros con formación de costras y enredamiento del pelo(5).

El diagnóstico se efectúa por el hallazgo de liendres, ninfas y piojos (Figura 1). En general, los piojos maduros rara vez se ven porque se mueven rápidamente y se ocultan muy bien, a diferencia de las liendres, las cuales se ven a simple vista y en mayor número(2).

El diagnóstico diferencial incluye pitiriasis (caspa) simple, dermatitis seborreica, micosis e impétigo, y moldes pilosos del cuero cabelludo(2).

El tratamiento de elección es el uso de permetrina al 1,5% en crema. El cuero cabelludo debe ser bañado después de la aplicación con shampoo-agua, y debidamente secado. La preparación se debe aplicar en el cabello por aproximadamente 10 minutos, luego de lo cual se la retira con agua. Un segundo tratamiento es



indicado a los 7 a 10 días después de la primera aplicación en el caso de que los piojos no hayan sido eliminados (no solamente liendres)(11).

El ajo contiene 0,1 a 0,36% de un aceite volátil de compuestos de azufre como allicina, bisulfito de diallyl, bisulfito de triallyl, entre otros. La allicina es principalmente responsable del olor picante del ajo; está formada por la acción de la enzima allinasa en el compuesto alliína. El aceite esencial del ajo produce aproximadamente 60% de su peso en allicina, después de su exposición a la allinasa. Esta enzima se inactiva por el calor por lo que el ajo cocinado no produce el fuerte olor como el del ajo crudo, perdiendo también propiedades terapéuticas.

Material y métodos

En el periodo del mes de febrero del 2004, se realizó un estudio prospectivo a doble ciego, con el propósito de comparar la eficacia entre permetrina al 1,5% versus una alternativa natural a base de ajo al 5%. Se incluyó a niños y adolescentes con diagnóstico de pediculosis capitis y que cumplan con los criterios de inclusión, a partir de una prevalencia del 80% (160 sujetos) en dicha institución. Se calculó el tamaño de la muestra de 40 pacientes en el programa Statcalc de Epi-Info versión 6, con un error alfa del 5% (1,96) y un error beta del 20% (80% de potencia). Luego se procedió a dividirlos en el grupo de control y el de estudio por muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- 1. Prurito a nivel de cabeza
- 2. Niños y adolescentes masculinos o femeninas
- 3. Pediculosis (presencia de liendres, ninfas, piojo adulto)

Criterios de exclusión

- 1. Pacientes con hipersensibilidad al tratamiento
- 2. Pacientes con prurito en los que no se demostró la presencia de pedículos en el estudio directo
- 3. Pacientes que en el momento del estudio estén recibiendo tratamiento para la pediculosis

Procedimientos de recolección de información

Con la finalidad de identificar factores de riesgo relacionados con la patología de estudio en dichos sujetos, se procedió a recopilar datos relevantes por medio de encuestas aplicadas directamente a los sujetos de investigación o a personas al cuidado de los niños, familiares o no. Las encuestas fueron conformadas por preguntas cerradas de tipo dicotómicas y opción múltiple. La entrevista fue personal.

Procedimientos de diagnóstico

Se hizo examen físico a cada uno de los pacientes seleccionados para el estudio por un tiempo mínimo de cinco minutos auxiliados por lámpara con luz de Wood y lupas (Figura 2). Para dicho fin, se utilizó una hoja de examen físico previamente elaborada en la cual se normatizaron los parámetros físicos a evaluarse con el fin de ser objetivos, dicha hoja fue diseñada por el Departamento de Dermatología del Hospital Carlos Andrade Marín.

Procedimientos de intervención

Los sujetos fueron divididos de forma aleatoria y equitativamente en 2 grupos, cada uno conformado por 20. Al grupo control se aplicó permetrina al 1,5% y al grupo estudio, ajo al 5%; para los dos preparados se utilizó rinse (30 mL) como vehículo (Figura 4), permaneciendo por 10 minutos cronometrados por el investigador en el cuero cabelludo de cada niño, luego de lo cual se procedió con el enjuague con agua (Figura 3). Esta aplicación fue repetida al séptimo día con ambas sustancias. Dicha aplicación se realizó a diferentes horas de la mañana y la tarde por las diversas actividades que desempeñan los sujetos de estudio: trabajo, escuela matutina o vespertina, deberes dirigidos. La hora de mayor afluencia fue entre las 12:30 y las 13:15, momento en el que los niños obligatoriamente deben tomar un baño para poder servirse el almuerzo; nota muy importante para la adherencia al tratamiento y seguimiento diario.

Luego de la primera aplicación de cada compuesto en los dos grupos, se realizó un control a cada uno de los afectados al tercero, quinto, octavo, décimo, décimo segundo y décimo quinto días, observando la evolución de la enfermedad, analizando datos como el mejoramiento, número de parásitos y estado de éstos, localización, parámetros que son detallados de mejor manera en la hoja de seguimiento. Todos los días se acudió a revisar si los niños se habían bañado y mudado sus ropas.

En cuanto a la actividad preventiva, a cada niño se le entregó un peine para su uso personal; médicos voluntarios de los EEUU hicieron una campaña de aseo personal con afiches explicativos ubicados específicamente en los baños. A cada niño de la fundación se le entregó un tríptico con información acerca de los piojos, el mismo que fue elaborado por el investigador y entregado en medio magnético junto con un vídeo en CD con el



tema: "Lice Planet" (Planeta Piojo, formato mpg de 45 minutos en español) a la directora de la institución; con el fin de proveer de material didáctico, para campañas preventivas futuras tanto para los niños como para sus profesores.

Consideraciones éticas

Se presentó la hoja de consentimiento informado para la realización del estudio al representante de los sujetos en estudio, y una vez emitida su aprobación, se procedió con el estudio.

Análisis estadístico

Plan de análisis

Análisis univarial (variables categóricas y cuantitativas) Análisis bivarial del universo de estudio:

- Diferencia de promedios
- Diferencia de porcentajes
- Corrección de Yates
- Intervalos de confianza
- Riesgo relativo
- Chi cuadrado

La información recopilada fue analizada con la ayuda de los programas Epi-Info ver. 6.0 (español) y Microsoft Excel versión 2002.

Resultados

Del universo de 200 niños que acudieron a la Fundación "Casa de la Niñez" de la municipalidad de Quito, se tomó como muestra a 40 sujetos que cumplían con los criterios de inclusión para dicho estudio, a partir de una prevalencia del 80% para pediculosis capitis.

El rango de edad de los 40 sujetos analizados estuvo entre los 6-18 años, agrupándolos por edad escolar (5-10 años), y adolescentes (11-18 años), según la división demográfica de la OPS, sin tomar en cuenta subclasificaciones. Observándose un 67,5%(5) escolares y 32,5%(5) adolescentes, con un promedio de 9,8 años, lo cual indicaría que los niños más afectados según este grupo se encuentran entre los 9 años, es decir en la edad escolar. Existiendo por cada 2 escolares un adolescente afectado para este grupo de estudio.

Organizados por sexo, predominó el femenino con 65% (26 mujeres) y todas presentaban cabello largo, mientras los sujetos de sexo masculino presentaban cabello corto.

El 100% de pacientes fueron mestizos, propio de la pobla-

ción ecuatoriana que acude a esta Fundación. 77,5% de los sujetos de estudio tenían una ocupación de estudiantes, seguidos por otro tipo de ocupación como el de limpieza de calles, empacadores y vendedores, correspondientes al 2%, 2% y 4% respectivamente.

De los 40 sujetos de estudio, 28 vivían en hacinamiento, equivalente al 70%, y 24 sujetos, es decir el 60%, no contaban con servicios básicos adecuados en sus hogares, siendo estos importantes factores de riesgo para el contagio de pediculosis. Los sujetos que vivían en hacinamiento presentaban mayor cantidad de liendres al inicio del estudio, en comparación con los que no vivían en estas condiciones.

De los 40 sujetos estudiados, todos han tenido por lo menos un episodio de pediculosis previo al estudio realizado, de los cuales, el 82,5%, equivalente a 33 sujetos han sido tratados.

El primer día de estudio, se encontró que 16 sujetos (40%) no tenían piojos adultos, 22 sujetos (55%), tenían entre 1 a 5 (1+), y solamente 2 sujetos (5%) tenían entre 6 a 10 (2+) piojos adultos. De igual manera 35 sujetos (87,5%), no tuvieron ninfas y 5 sujetos (12,5%) tuvieron entre 1 a 5 (1+). Con respecto a liendres, 8 sujetos (20%) tuvieron entre 1 a 5 (1+), 6 sujetos (15%) entre 6 a 10 (2+), 8 sujetos (20%) entre 11 a 15 (3+), y 18 sujetos (45%) mas de 15 liendres (4+). Estos resultados reflejan que, al momento del diagnóstico, es mucho más frecuente encontrar liendres, tanto por su número, como por la facilidad al momento del diagnóstico, no siendo necesario el hallazgo de piojo adulto para el diagnóstico de pediculosis.

La localización más frecuente de pediculosis capitis fue a nivel parietooccipital con un 50%, equivalente a 20 sujetos, seguido, a nivel parietal con 17,5%, predominando el lado derecho con 42,5%, equivalente a 17 sujetos, seguido de la región central con un 35%.

Al inicio del estudio el 100% de los sujetos presentaron pediculosis capitis, aplicándose el tratamiento a cada grupo indistintamente, evaluando su evolución por 15 días (laborables). El tratamiento consistía en la administración de dos dosis al primero y séptimo día registrando al octavo día su primer resultado. Así, los datos muestran una ligera mejoría al octavo día tanto para permetrina (5%), como para el ajo (10%), persistiendo la pediculosis capitis en los sujetos estudiados, con un RR de 1,06 (0,88-1,26) y un valor de p para una cola de 0,5000.

Al día 15, se nota un cambio importante para los dos tratamientos, evidenciándose un 85% de mejoría total



para la permetrina, y un 80% para el ajo, con un RR de 0,75 (0,19-2,93) y un valor de p para una cola de 0,5000 (Gráfico 1).

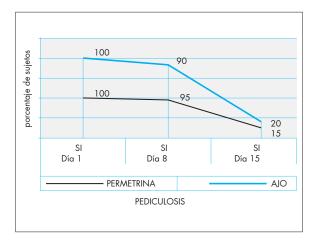


Gráfico 1. Relación de pediculosis (SI) según grupos de tratamiento y por días en pacientes con diagnóstico de pediculosis. Análisis: Día 8: RR=1,06 (0,88-1,26), Chi cuadrado=0,6, corrección de Yates= 1, Test de Fisher: p (1 cola) = 0,5. Día 15: RR= 0,75 (0,19-2,93), Chi cuadrado=0,36, corrección de Yates= 1, Test de Fisher: p (1 cola) = 0,5.

El resultado del RR de uno y menor de uno, nos indica que la exposición a dichos tratamientos es un factor de protección, y que el hallazgo de la p>0,05 (es decir, no significativos), nos indica que la mejoría para pediculosis capitis tanto para la permetrina, como para el ajo es igual. Se notaron ciertos efectos durante la aplicación de los tratamientos, encontrándose 27 sujetos (67,5%) que presentaron prurito, 1 sujeto (2,5%) presentó cefalea, y 12 sujetos, equivalente al 30%, no presentaron ningún efecto.

Tabla 1. Efectos secundarios de los tratamientos					
Grupo	Cefalea	Prurito	Ninguno	Total	
Permetrina	1 (5%)	10 (50%)	9 (45%)	20 (50%)	
Ajo	0 (0%)	17 (85%)	3 (15%)	20 (50%)	
Total	1 (2,5%)	27 (67,5%)	12 (30%)	40 (100%)	

En el grupo al cual se aplicó permetrina, 50% presentó prurito, 45% no presentó efectos secundarios, y 5% presentó cefalea. A diferencia de éste, el grupo al cual se le aplicó ajo, el 85% de los sujetos presentó prurito, y solamente 15% no presentó efectos secundarios.

Dichos datos no son concluyentes de los efectos secundarios que podrían tener estas sustancias, ya que para demostrar efectos indeseables en un grupo de estudio, sería necesario tomar una muestra más grande, no siendo el objetivo del presente estudio.

Discusión

Este es un estudio prospectivo experimental a doble ciego, con una muestra representativa de 40 sujetos, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

<u>Factores de riesgo:</u> en este estudio, los escolares son el grupo de edad más afectado (67,5%)(x=9 años) con pediculosis, datos similares a otros reportes(5,8), siendo este considerado como un factor importante para la cadena de contagio. Un estudio reportó que se encuentra menor cantidad de pediculosis entre los 10 a 12 años(9), es decir adolescentes. 32,5% de los afectados fueron adolescentes, existiendo una proporción de 2:1.

El género femenino en el presente estudio fue mayor en número al género masculino, sin necesariamente ser considerado como un factor de riesgo, como en otros estudios lo demuestran(8), habiendo otros factores que podrían estar inmiscuidos como la presencia del cabello largo, siendo esta relación significativa en el presente estudio, pero no concordante con otras fuentes de consulta(11).

Hacinamiento: 20,3% de ecuatorianos habita en hogares que albergan a más de tres personas por cuarto y un 42% en hogares que albergan a más de tres personas por dormitorio. Asimismo, los niveles de hacinamiento son mayores en las zonas más pobres del país, las rurales amanzanadas y rurales dispersas mientras que el área que alberga a las familias de mayores ingresos, la sierra urbana, presenta los niveles más bajos de hacinamiento del Ecuador. En el presente estudio se comprobó una predominancia de sujetos que viven en éste tipo de condición; además que es significativa la relación entre hacinamiento y el número de liendres encontradas en el grupo de sujetos estudiados.

La pediculosis se considera una afección principalmente relacionada con la "higiene"; sin embargo, no hubo relación significativa entre la higiene de los niños y la pediculosis, ya que la mayoría de sujetos se bañan y cambian su vestimenta todos los días.

La pediculosis en tiempos antiguos afectaba a todas las clases sociales, con el advenimiento de nuevas curas para el exterminio de estos insectos, las clases sociales altas, podían costearlas(1). Hoy en día se considera a la pediculosis como una enfermedad de clases socioeconómicas bajas. Se podría deber a la falta de información en cuanto a su prevención y tratamiento, como también a las consecuencias propias de la pobreza. Generando de esta manera un rechazo hacia las personas con pe-



diculosis, creando en ellos un sentimiento de inferioridad.

<u>Tratamiento:</u> inicialmente fueron los insecticidas, con diversos efectos adversos en humanos e inclusive provocando la muerte por intoxicación por el DDT(1). Permetrina es un piretroide sintético de baja toxicidad, utilizado en la pediculosis capitis y otras enfermedades producidas por ectoparásitos. Los productos comerciales generalmente utilizan como disolventes a ciertos derivados del petróleo e incluso agentes organofosforados o carbamatos(33), siendo estos últimos potencialmente tóxicos para el organismo. Según la Colaboración Cochrane, permetrina tiene una eficacia del 80-95%(17). En el presente estudio se encontró una eficacia para permetrina (al 1,5%) en rinse del 85%.

Publicaciones argentinas acerca de la eficacia del ajo en la pediculosis capitis, han demostrado 96% de eficacia. En el presente estudio, la eficacia con ajo (al 5%) en rinse fue del 80%.

Conclusión

Este estudio pretende dar una alternativa natural a base de ajo, basándose en resultados exitosos de estudios previos. En el presente estudio se encontró que tanto el ajo como la permetrina tienen efectos similarmente positivos sobre la erradicación de la pediculosis capitis.



Figura 1. Liendre en cabello

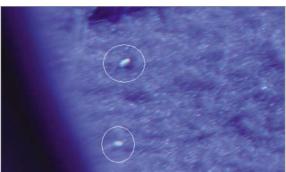


Figura 2. Liendres, evaluación con luz de Wood.

Recomendaciones

Se recomienda la aplicación local del ajo en pacientes con pediculosis capitis, especialmente en pacientes con intolerancia a las piretrinas o piretroides y sus análogos.

Se recomienda esta alternativa natural (ajo), se aplique con fines caseros, principalmente por su fácil realización en especial en hogares marginados, en donde la disponibilidad del tratamiento convencional contra la pediculosis capitis es insuficiente, ignorada o no se la tiene presente.

Aunque la farmacología del ajo está muy bien documentada en la actualidad, se requieren nuevas investigaciones acerca de sus múltiples mecanismos de acción, principalmente en el área de microbiología y parasitología.

Agradecimientos

La elaboración de ambos productos estuvo a cargo del Dr. Luis Santana, Profesor de Farmacia de la Universidad Central del Ecuador. Se utilizó menta para enmascarar olores de las sustancias estudiadas para mantener la característica doble ciego del estudio.



Figura 4. Niños aplicándose el tratamiento



Figura 3. Formulaciones utlizadas en el estudio



Referencias

- 1. Piojos: Lice Planet [video CD]. Discovery Channel
- Pérez ML, Zegpi MS. Infestaciones Parasitarias. En: Dermatología, U. Católica de Chile [Revista electrónica] 2003 [consulta 25/01/2004]. Disponible: http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Dermatologia/pediculo.html
- Capitulo 38. Piojos mordedores, piojos chupadores y cucarachas. En: Chester PB, Clifton RJ, Wayne EC, Parasitología Clínica. Segunda edición. México D.F: Salvat 1990:p663
- 4. Urbina JA, Marchan E, Lazardi K, Visbal G, Apitz-Castro R, Gil F, Aguirre T, Piras MM, Piras R. Inhibition of phosphatidylcholine biosynthesis and cell proliferation in Trypanosoma cruzi by ajoene, an antiplatelet compound isolated from garlic. Biochem Pharmacol. 1993 Jun 22;45(12):2381-7
- Centro Regional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de Mendoza. Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas. [Revista electrónica] [consulta 25/01/2004] Disponible: http://www.cricyt.edu.ar/modules.php?name=News&file=print&sid=11
- Maguire JH, Spielman A. Infestación por ectoparásitos y mordeduras y picaduras de artrópodos. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper D, Hauser D, Longo D. Harrison, Principios de Medicina Interna. 15^a ed. Madrid – España: Mc Graw Hill. Interamericana; 2001:p3072
- 7. Catalá S, Junco L, Junco R, Barrionuevo E, Brue E, Santander M, et al. Enfoque multidisciplinario para la prevención y el control de la pediculosis. CRILAR Centro Regional de Investigaciones Científicas y Transferencia Tecnológica [revista electrónica] 2002 dic [consultado 09/11/2003]. Disponible. http://www.crilar-conicet.com.ar/pediculosis-/resumenes.htm
- 8. Bocca JN, Carrizo L, Córdoba M, Khairallah R, Nieto NC, Torés J, et al. Prevalencia de pediculus humanos capitis en niños de edad escolar en el departamento barros Argentina (La Rioja). CRILAR Centro Regional de Investigaciones Científicas y Transferencia Tecnológica [revista electrónica] 2002 Nov [Consultado 09/11/2003]. Disponible. http://www.crilar-conicet.com.ar/pediculosis/resumenes.htm
- Crissey JT. Pediculosis. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA 2001.
- 10. Sancho M. Dermatosis parasitarias. En: Meneghello JR, Fanta EN, Pa-

- ris EM, Puga TF. Pediatría Meneghello. Quinta edición. Buenos Aires Argentina: Panamericana S.A. 1997:p2471
- 11. Moran R. Hallazgo de científicos de la Universidad de Cuyo: Descubren que el ajo es un remedio contra los piojos. Periódico El Clarín [Revista electrónica] 2002 nov. Sección Salud Nº 2403 – Argentina.
- 12. Fitoterapia.- Allium Sativa en Alfa Beta. [Revista electrónica]
- 2004 Ene [consultado 07/02/2004]. Disponible. http://www.alfabeta.net/fito-allium.xtp
- 13. García E, Vargas T. Laboratorio de Biotecnología Vegetal. Instituto de Biología Experimental. Facultad de Ciencias. Universidad Central de Venezuela. Micropropagación clonal masiva de variedades de ajo (Allium sativum), con fines comerciales. En: Memorias del X Congreso Italo Latinoamericano de Etnomedicina (2000) [Revista electrónica] 2000 [consultado 07/02/2004]. Disponible. http://www.mct.gov.ve/redbio/mo1extenso.doc
- Pizzorno, Murria. Allium sativum. A Textbook of Natural Medicine [Revista electrónica] 1995 [consultado 07/02/04]. Disponible. http://www.healthy.net/library/books/textbook/Section5/ALIUMS.PDF
- Golberg HS. Fitoterapia en enfermedades del Sistema Inmunitario. Plantas Medicinales [Revista electrónica] 2001 May [consultado 10/11/2003]. Disponible. http://www.plantasmedicinales.org/trabrep-/may2001/trabrep1.htm
- 16. Morán R. Hallazgo de Científicos de la Universidad de Cuyo: Descubren que el ajo es un remedio contra los piojos. Periódico El Clarín [Revista electrónica] 2002 nov. Sección salud Nº 2403 – Argentina.
- Dodd CS. Intervenciones para tratar la pediculosis de la cabeza. En: Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software. [Revista electrónica] 1999 Ene [consultado 10/11/2003]. Disponible. http://www.msd.com.mx/medicos/cochrane.htm
- Piretrinas y piretroides. En: Curso de autoinstrucción en diagnóstico, tratamiento y prevención de intoxicaciones agudas causadas por plaguicidas OMS – OPS [revista electrónica] 2003 [consultado 21/02/2004]. Disponible. http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial2/e/unidad6/
- Noticias de Educación, universidad, ciencia y técnica. EDUCYT [revista electrónica] 2002 Nov [consultado 10/11/2003]. Disponible. http://www.fcen.uba.ar/prensa/educyt/2002/ed209b.htm



Desde el inicio ...

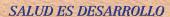


Isotretinoína

Cada mañana el paciente mide su **lesión...!**







DIVISION FARMACEUTICA



Los NIÑOS hacen manifestaciones ALÉRGICAS...

También por la CONTAMINACIÓN AMBIENTAL...

ALERCET®

Cápsulas líquidas 10 mg Tabletas 10 mg Jarabe 5 mg / 5 cc Gotas 1 mg / 3 gotas



CETIRIZINA



SALUD ES DESARROLLO

DIVISION FARMACEUTICA



Frecuencia de las dermatosis virósicas en escuelas especiales de Cuenca, Ecuador

Dr. Iván Zeas Domínguez*, Dra. Lorena Encalada Torres**, Dr. Patricio Domínguez***.

Frequency of viral skin diseases among students from special schools of the city of Cuenca, Ecuador

- * Médico Tratante, servicio de Dermatología, Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso". Profesor Principal de la cátedra de Dermatología de la Universidad de Cuenca.
- ** Médico internista, Tratante del Hospital "Moreno Vázquez" de Gualaceo Médico Tratante, Hospital San Martín de Porres. Profesora de la Universidad de Cuenca
- ***Médico General

Correspondencia: Dr. Iván Zeas Domínguez Correo: izeas@ucuenca.edu.ec Telf. (593 2) 282 2059 Quito - Ecuador

Resumen

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en 235 escolares, siendo la información recolectada de las historias clínicas y del examen físico directo al paciente. Se determinó la frecuencia de las dermatosis virósicas más comunes en estudiantes de escuelas especiales del Cantón Cuenca, según edad, sexo, procedencia, tipo de dermatosis virósicas y localización más frecuente.

De ellos, 69 presentaron dermatosis virósicas, con mayor frecuencia en el sexo masculino (53%), la edad de mayor presentación estuvo entre los 10-14 años (49,9%); 84% de los estudiantes con dermatosis virósicas proceden de la zona urbana. El tipo más frecuente fue verruga vulgar (43%), seguido de verruga plana (24%), la localización más común fue a nivel de los dedos en su cara dorsal con 26 lesiones (38%) para la primera y a nivel del cuello para la segunda.

Con fines comparativos, se tomó una muestra de 50 estudiantes que no asisten a escuelas especiales. Se hallaron 5 casos de dermatosis virósicas, con un valor Chi de 7,06 (Correlación de Yates, P=0,0078634), evidenciándose que existe mayor riesgo de sufrir dermatosis virósicas en los estudiantes de las escuelas especiales. Dermatol Ecuat, 2004;12(2):20-22

Palabras clave: Enfermedades virales de la piel, escuelas especiales.

Summary

We determined the frequency of the most common viral skin diseases among students from special schools of Cuenca, organized according to age, sex, type, and skin location. This is a descriptive analysis, where information was gathered from medical records and physical examinations; 69 presented viral skin diseases; with greater frequency in males (53%), frequency was grouped according to age between 10-14 years with a 49,9%; 84% of students with viral skin diseases proceeded from urban areas. The most frequent disease was verruca vulgaris 43%, followed by flat wart (24%). The most common location for both was on the dorsal side of the fingers with 26 lesions (38%) and the neck. Finally, we compared the results with a sample of fifty students who do not attend special schools, among which five cases of viral skin diseases were found, Chi value = 7.06 (Yates corr. p=0.0078634). We conclude there is a greater risk of acquiring viral skin diseases among populations from special schools.

Key words: Viral skin diseases, special schools.

Introducción

Los estudiantes de las escuelas especiales de la ciudad de Cuenca en su mayoría sufren enfermedades con retraso mental como el Síndrome de Down. Estos niños están limitados de participar de una educación a la par con aquellos considerados "normales"; las dermatosis virósicas se considerarían una manifestación de la alteración de su sistema inmunológico. Sin embargo, los

factores genéticos también pueden intervenir en la evolución de las infecciones virales (1-9).

Materiales y métodos

La información fue recolectada de las historias clínicas y del examen físico directo que se realizó al estudiante en el Departamento Médico de cada escuela, por medio de



formularios previamente elaborados. Se registraron variables como edad, sexo, procedencia, tipos de dermatosis virósicas, complicaciones, recurrencias y localización. En el caso de las verrugas vulgares, el tamaño se estimó en un rango comprendido entre 1-3 mm, 4-6 mm, 7-9 mm y 10 mm o más; así también se determinaron los diferentes tipos de verrugas como vulgar, plana, filiforme y palmoplantar.

Resultados

Del total de escolares (n=235), 69 (29,4%) presentaron dermatosis virósicas, de las cuales el 53,62% en varones, en cuanto a la edad es importante anteponer el hecho de que si bien a un tipo de escuela especial asisten niños y jóvenes hasta 18 años, en cambio en otras como DINARIM (Taller Protegido) asisten escolares de hasta 39 años. La mayor frecuencia de dermatosis virósicas se hallan entre las edades de 10 a 14 años con 31 casos (44,93%), seguida de 5-9 años con 16 casos (23,19%), (Gráfico 1, cuadro 1 y 2). Si bien las escuelas se encontraban dentro del cantón Cuenca, varios menores acuden desde zonas rurales, así tenemos que para el área urbana correspondió el mayor número de casos (84,06%) con una tasa por 100 de 30,52 mientras que para el área rural se encontró un 15% y una tasa por 100 de 24,44. Una vez examinadas las lesiones, se quiso determinar el número de las mismas, que podría poseer un mismo paciente, obteniéndose que la razón por lesiones y por escolar corresponde a 2,3.

El tipo de dermatosis virósicas más frecuentes fue la verruga vulgar con 43%, seguida por la verruga plana con 24,20%, verruga filiforme con 15,28%, herpes simple con 14% papilomatosis con 2,55% y por último la verruga palmoplantar con 0,63%. A su vez, se evidencia que las localizaciones más frecuentes fueron para la verruga vulgar, el dorso de los dedos coincidiendo con lo que establece la literatura(9,10); también se hallaron otros sitios de localización (Gráfico 2); su forma prevalente fue la papular con 38 lesiones (55,88%), seguida de nódulos rugosos con 30 lesiones (44,12), el tamaño más frecuente fue de 3 mm (26,47%) como se observa en el cuadro 3; el grisáceo seguido del negruzco fueron los colores más frecuentes de presentación de las lesiones.

La verruga plana se presentó con mayor frecuencia en el cuello (42,11%), la forma papular (100%), el color amarillo (81,58%) y un tamaño de 2 mm (36,84%) prevalecieron en la misma. La verruga filiforme se presentó más frecuente en el cuello (87%), forma elongada, tamaño de 1 mm y color café grisáceo fueron de presentación más frecuente (Cuadro 4 y Gráfico 3).

El herpes simple fue más frecuente a nivel de los labios (100%) y estadio vesicular de 1 mm. En cuanto a la verruga palmoplantar se tuvo un caso, de forma verruciforme de 4 mm de tamaño y de color grisáceo, mientras que la papilomatosis fue de presentación mayor a nivel de la lengua (50%), seguida de la mucosa bucal y labio inferior, de tamaño equitativo 2, 3, 4, y 20 mm (25% para cada lesión) y de color rosado (75%).

La tasa de prevalencia de dermatosis virósicas según escuela fue mayor en el DINARIM con 11 casos de 23 de la muestra que representan una tasa de 478, seguida de IPCA; IFEA y Agustín Cueva. Una vez terminada nuestra investigación en las escuelas especiales, se manifiesta la necesidad de un estudio en una escuela regular, con el fin de realizar un estudio comparativo, tomándose una muestra de 50 estudiantes, encontrándose 5 casos de dermatosis virósicas, 3 casos entre los 5-9 años y 2 entre los 10-14 años, 3 fueron de verruga vulgar y 2 de herpes simple. Los resultados obtenidos fueron que mientras a las escuelas especiales con 69 casos de un total de muestra de 235 les correspondió una tasa por 100 de 29,4, para la escuela de comparación con 5 casos de un total de 50 estudiantes, le pertenece una tasa por 100 de 10. Encontramos, igualmente una diferencia estadísticamente significativa con un valor de Chi (corr. de Yates), de 7,06, con valor de P=0,0078634; con estos resultados se evidencia que realmente existe mayor riesgo en los estudiantes de escuelas especiales, que en el grupo de los estudiantes que asisten a escuelas regulares.

Discusión

El grupo de los papovavirus, con la verruga vulgar como forma clínica más común, constituyó la patología viral más frecuente en nuestro estudio (43%), coincidiendo con lo establecido por autores a nivel mundial quienes determinan que existe una extraordinaria frecuencia en edad escolar para alcanzar su máxima frecuencia en la adolescencia(10,11). Igualmente se evidencia que los sitios de localización más frecuente de esta patología son a nivel de dedos y dorso de manos, que también está determinado a nivel internacional como se observa en el trabajo realizado en el departamento de Dermatoloaía del Hospital San Vicente de Australia(12). En cuanto al tamaño de la verruga vulgar, se pudo observar que el más frecuente estuvo en 3 mm, algunos autores han demostrado que el tamaño puede ir desde pequeños (con pocos mm de diámetro), como en el presente estudio, hasta tamaños de 2 cm de diámetro(11). Al estudio comparativo con las escuelas regulares, realmente



se pudo evidenciar una diferencia estadísticamente significativa con un valor de Chi (corr. de Yates), de 7,06, con valor de P=0,0078634; sin embargo, a pesar de contar con estudios realizados a nivel mundial sobre la frecuencia de las patologías virósicas en piel de pacientes en edad escolar, con algún grado de inmunocompromiso(13,14,15), las mismas no se han establecido en estudiantes de escuelas especiales como en el presente estudio; lo interesante del mismo, es que nos ha permitido establecer, que en nuestro medio, los estudiantes de las escuelas especiales presentan las dermatosis virósicas como manifestación de un estado de inmunosupresión dependientes de su patología de base.

Cuadro 1.	Distribución de escolares con dermatosis virósicas según sexo en las escuelas especiales, Cuenca.				
Sexo	Nº Casos	%	Total muestras	Tasa por 100	
Masculino	37	53,62	125	29,6	
Femenino	32	46,38	110	29,09	
Ttotal	69	100	235	29,4	

seguir eddd eir ids escueids especiales, Cuerica			
Nº Casos	%	Total muestras	Tasa por 100
1	1,45	12	8,33
16	23,19	81	19,75
31	44,93	98	31,63
13	18,85	26	50
3	4,35	10	30
1	1,45	3	33,33
2	2,89	3	66,66
	Nº Casos 1 16 31 13	Nº Casos % 1 1,45 16 23,19 31 44,93 13 18,85 3 4,35 1 1,45	№ Casos % Total muestras 1 1,45 12 16 23,19 81 31 44,93 98 13 18,85 26 3 4,35 10 1 1,45 3

69	100	235	29,4
		Distribución de 68 le	69 100 235 Distribución de 68 lesiones de verrugo tamaño en 69 escolares del cantón Cu

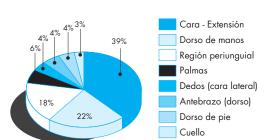
100

2,89

Tamaño verruga vulgar mm	Número	%
1 a 3	43	63,23
4 a 6	29	42,64
7 a 9	3	4,41
10 o más	3	4,41
TOTAL	68	100

localizacio	n en 69 escolares del car	nton Cuenca.
Verruga plana	Número	%
Cuello	16	42,11
Cara	10	26,32
Tórax anterior	6	1 <i>5,</i> 79
Dorso de manos	3	7,89
Mejilla	2	5,26
Retroarticular	1	2,63
Frente	0	0
Total	38	100







Referencias

35 a 39

- 1. Blank H. Virus y Ricketsias. USA. Ed. Little Brown and Company. 1985:p53
- 2. Gay Prieto, J. Dermatología. 7ma ed. Buenos Aires. Ed. Científico Médica. 1971:p153-9
- Meneguello, J. Pediatría. 3ra ed. Tomo II. Chile. Ed. Mediterráneo. 1989;p11-24
 Ollague W. Manual de Dermatología y Venereología. 6ta ed. Guayaquil. Ed. Alpha. 1984-p211
- 5. García A. La piel como órgano inmunológico. Rev. Piel. 1988;3(10):p21-5
- 6. Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina General. Ed. Médica Panamericana. España 1998:2504-6
- Quiñones P. Afecciones Cutáneas por Virus Epidermotropos. Medicina Nro 8. 1990:p13-30
 Tunnesen, W. Clínica Pediátricas de Norteamérica. Vol. 30. Nro 3. Ed. Interamericana. 1002-s52 6
- 9. Mañana M. Guía de Dermatología Pediátrica. Ed. Panamericana. México. 1998
- Shaculer, L A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. Pediatric Dermatology 1993 Oct;1(2):157-164.
- 11. Takac S. The CO2 laser and verruga vulgaris. Med Pregl. 2000 Jul-Aug;53(7-8):389-93
- 12. Young, R, Jolley D, Marks R. Comparison of the use of standardized diagnostic criteria and intuitive clinical diagnosis in the diagnosis of common viral warts (verruca vulgaris). Arch Dermatol. 1998 Dec;134(12):1586-9
- Mahe E, Descamps V, Bouscarat F, Crickx B. Management of external genital warts by dermatologists: a French survey. Ann Dermatol Venereol. 2002 Aug-Sep;129(8-9):997-1002.
 Moiin, A. Photodynamic therapy for molluscum contagiosum infection in HIV-coinfected patients: review of 6 patients. J Drugs Dermatol. 2003 Dec;2(6):637-9
- 15. Janniger CK, Schwartz RA. Molluscum Contagiosum in children. Cutis. 1993 Oct;52(4):194-6
- 16. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): A viral disease with an autoimmmune component. Dermatol Online J. 2003 Feb;9(1):1
- 17. Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of molluscum contagiosum in children versus adults. Dermatol Online J. 2003. Dec;9(5):1. http://dermatology.cdlib.org/95/original/molluscum/thappa.html [en línea]

Eventos



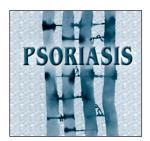
XXXIV JORNADAS NACIONALES DE DERMATOLOGÍA-Guayaquil 16-18 de abril 2004

La Sociedad Ecuatoriana de Dermatología Núcleo del Guayas llevó a cabo las XXXIV Jornadas Nacionales de Dermatología, en el Servicio de Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS. El evento contó con la presencia y participación activa de los colegas de Pichincha, Guayas, Azuay, Loja, El Oro y Manabí, tanto en los actos académicos como en los sociales.



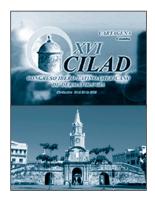
XXXV JORNADAS NACIONALES DE DERMATOLOGÍA-Quito 8-10 de julio 2004

La Sociedad Ecuatoriana de Dermatología Núcleo Pichincha llevó a cabo las XXXV Jornadas Nacionales de Dermatología y el Primer Curso de Actualización en Cirugía Dermatológica y Cosmética. Al evento asistieron médicos especialistas de México, El Salvador, Francia y EEUU. quienes expusieron algunas de las más avanzadas técnicas quirúrgicas y quirúrgico-cosméticas, sobre liposucción y lipoimplante, fotoenvejecimiento y tumores.



SIMPOSIO INTERNACIONAL DE PSORIASIS 19-21 de agosto del 2004

La Fundación Ecuatoriana de Psoriasis realizó el Encuentro Internacional de Psoriasis, Dermatosis relacionadas y trastornos afectivos. El evento contó con médicos expositores de México, Venezuela, Colombia y Perú y con la presencia de dermatólogos de Guayaquil, Cuenca y Quito. Al final del Simposio se presentó un Consenso sobre terapéutica, el Taller-consenso de pacientes Cómo queremos que nos ayuden y el foro Todos por la piel, con la participación de pacientes y médicos.



CILAD DE CARTAGENA 16-20 de noviembre 2005

"La organización del XVI CILAD Cartagena está en plena marcha; su Junta Organizadora tiene en mente ofrecer un programa que satisfaga los más exigentes gustos científicos, con un menú de amplio espectro y también con actividades sociales que permitirán a los asistentes el reencuentro con viejos amigos y la oportunidad de hacer nuevas amistades en todos los países de Ibero-Latinoamérica. Invitamos a todos los dermatólogos Ibero-Latinoamericanos para que participen en el programa científico y social del XVI CILAD Cartagena, el más importante evento del CILAD, organización que agrupa el mayor número de dermatólogos de Ibero América, y que por primera vez inicia su celebración cada 2 años".

Dr. Rafael Falabella F. Presidente XVI Congreso CILAD



*II CONGRESO LATINOAMERICANO*DE FOTOBIOLOGIA Y FOTOMEDICINA

40 de los más importantes médicos del mundo expertos en fotobiología y fotomedicina, se dieron cita en Cuenca entre el 26 y 27 de noviembre del 2004, en el Auditorio del Hospital de SOLCA. Este encuentro académico, del cual fue el anfitrión la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología, contó con el auspicio de las sociedades Europea y Norteamericana de Fotobiología y de varias sociedades latinoamericanas de dermatología. Entre sus asistentes se destacaron los doctores Herbert Hoenigsmann, presidente de la Sociedad Europea de Fotobiología, Henry W. Lym, Presidente de La Sociedad Norteamericana de Dermatología; Fernando Stengel, secretario general del RADLA; Teresa Hojyo, de México y Jean Paul Ortonne de Francia, experto sobre melanocitos



Educación y participación social en Cuenca sobre riesgos solares

Dr. Oswaldo Muñoz A*, Dr. Bolívar Granizo**, Dr. Mauro Manzano**, Dr. Hernán Villacís**

Education and social collaboration in the city of Cuenca regarding solar risk

- Médico Epidemiólogo. Profesor principal, Universidad de Cuenca. Director de Epidemiología de la Dirección de Salud del Azuay.
- ** Médicos Dermatólogos.

Correspondencia: Oswaldo Muñoz Correo: osmunoz@agilweb.net Telf.: (593 7) 281 5114 Cuenca - Ecuador

¿Porqué educar a la niñez sobre el sol?

El estudio *Riesgo solar. Ciencia y cultura* realizado en Cuenca-Ecuador demostró un comportamiento solar de alto riesgo. Este estudio es parte de un proyecto integral de cuidado de la salud y prevención de enfermedades relacionadas con la sobre o inadecuada exposición al sol, que fue presentado en el XI Congreso Ecuatoriano de Dermatología, llevado a cabo en Quito, en el 2003

Se halló que la población analizada le concede poca importancia a la "quemadura solar", mantiene conductas vacacionales riesgosas, usa inadecuadamente la ropa (gorra con visera hacia atrás), que hay un bajo nivel de educación sobre riesgos solares, desconocimiento sobre la acumulación de radiación y, consecuentemente, el riesgo futuro para cáncer de piel, disociación entre conceptos y conductas frente al sol y tendencia al aumento del cáncer de piel. El mismo estudio planteó alternativas para controlar los riesgos, lo que constituye una obligación moral, un reto y un compromiso para la Dermatología y para las instituciones de salud y educación específicamente.

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):24-25

¿Qué hacer?

La obligación, el reto y el compromiso de disminuir los riesgos que se enfrentan por la inadecuada exposición solar que no son solamente médicos, son ciudadanos, y se necesitan acciones efectivas. Básicamente, proponemos:

Participación social Educación propositiva Popularización de la ciencia Sistematización de resultados

Participación social para que los problemas del sol se consideren interinstitucionales, intersectoriales, interdisciplinarios, comunitarios e individuales. Que intervenga el Estado, las instituciones -especialmente de salud y educación-, los municipios, la comunidad, la familia y los niños organizados en sus escuelas, como pequeños ciudadanos, adoptando las conductas necesarias para que sean parte de su quehacer cotidiano.

Educación propositiva: aquella que, dejando las formas repetitivas, incorpore una docencia que plantee propuestas y consiga resultados, a través de procesos en los que los niños tengan voz y voto y reciban apoyo a sus decisiones. El proyecto "Amigos del sol" trabaja con 5 aspectos: 1. Lectura de información básica, 2. Discusión y análisis de situaciones reales que integra la experiencia per-

sonal, 3. Calificación individual del riesgo solar que crea conciencia sobre el tema de estudio y motiva al cambio, 4. Elaboración de propuestas individuales y grupales y 5. Integración de las propuestas en un sistema institucional de control de riesgos solares

Popularización de la ciencia para transferir, de forma apropiada, conocimiento científico básico, hoy erróneamente considerado patrimonio de los profesionales de la salud. Es imprescindible transmitir conceptos científicos sobre fotobiología en particular, y sobre el cuidado de la piel en general, para con ello modificar la práctica de salud medicalizada, biologizada y dirigida a la enfermedad.

Sistematización de resultados, especialmente para controlar todos los niveles del proceso investigativo y propositito. Es fundamental medir la capacidad de emitir mensajes y el logro del objetivo fundamental de transformar conductas.

¿Cómo hacer?

Generalmente los esfuerzos institucionales y de las personas, especialmente en prevención de enfermedad, se quedan en el *qué hacer* y no dan respuesta al *cómo hacer*, que requieren prácticas personales sencillas y cotidianas.



En el caso de la prevención de fotodermatosis es indispensable que se ejecuten acciones masivas como las propuestas a las autoridades de Cuenca (ciudad Patrimonio Cultural de la Humanidad), dirigidas al cambio de conductas. Con este fin, se realizaron talleres enfocados a desarrollar el Sistema Escolar de Control de Riesgos Solares.

Cambio de conductas, personales y sociales

A solicitud de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología-Núcleo del Azuay, la Dirección Provincial de Salud del Azuay, Subsecretaría de Cultura y Educación del Austro y Dirección de Educación del Azuay enviaron, en consenso, una comunicación al Departamento de Cultura de la Ilustre Municipalidad de Cuenca para contar con su apoyo y realizar talleres con directores de preprimaria y primaria, usando la metodología del Folleto "Amigos del sol". El Comité Permanente de Festejos incluyó dentro de los actos conmemorativos de las fiestas cívicas la realización de estos talleres e hizo constar el proyecto en el folleto de celebraciones "Cuenca. Vive en sus tradiciones. Guía de eventos noviembre del 2004".

Declaratoria y propuestas

Directores de establecimientos primarios y preprimarios de Cuenca realizaron los talleres y emitieron una serie de propuestas y una declaración en la que dejan sentado su compromiso de enviar las propuestas a las autoridades de salud, de educación, municipales y a la prensa cuencana para recibir apoyo a las decisiones de maestros, niños y familia, con respecto al cuidado ante el sol.

Propuestas

- a. Acciones para los maestros:
- * Cambiar las conductas de alto riesgo solar, como personas y en grupo, tomando decisiones de consenso entre el personal docente.
- * Implantar normas de comportamiento frente al sol: revisar el plan de trabajo e introducir la temática en la docencia, cambiar el horario de cultura física para no realizarla entre las 10 y las 15 horas, mantener a los niños en actos protocolarios expuestos al sol un tiempo prudente, exigir la protección solar permanente y el uso de prendas de vestir para cubrir el cuerpo en las actividades de cultura física e incluir en el uniforme una gorra y su uso adecuado, señalar un día específico de la semana para conversar sobre los beneficios del sol y los riesgos de padecer enfermedades de la piel, gestionar incentivos para las actividades de los niños relacionadas con el tema del sol (concursos por ejemplo).

- * Introducir en el sistema educativo metodologías para enseñar a los niños y niñas sobre las ventajas y riesgos solares, con creatividad y empleando estrategias artísticas, músicales, deportivas o con periódicos murales.
- * Reproducir los talleres con los niños para que tomen sus propias decisiones y apoyar sus iniciativas.
- * Transmitir a la familia conocimientos acerca de la exposición al sol.
- * Crear una comisión de salud con maestros y alumnos y padres de familia.

b. Acciones para los niños:

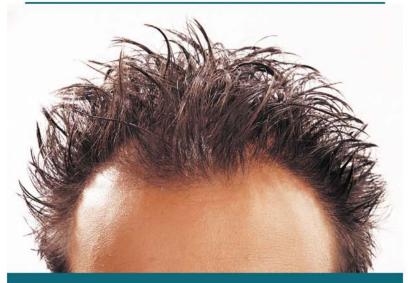
- * Cambiar las conductas en relación al vestuario y su uso adecuado como medida protectora, especialmente en cultura física, aprender en talleres, practicar la prevención y difundir los conocimientos a compañeros y a la familia
- * Elaborar en cada grado y paralelo de acuerdo a su iniciativa periódicos murales, recitaciones, lecturas pictográficas, trabalenguas, dibujos, cuentos, dramatizaciones, canciones, recortes, títeres, videos etc.
- * Establecer responsabilidades del gobierno estudiantil y brigadas de control para motivar a la práctica de disminución de los riesgos solares.
- c. Acciones padres de familia o adultos responsables:
- * Velar por la bienestar de la piel de sus hijos y los niños que tienen a su cargo, tanto con respecto al sol como a la salud dermatológica en general.
- * Apoyar las decisiones de los profesores y de los niños sobre los cambios en las conductas de riesgo ante el sol, asistir a las conferencias motivadoras, responder los mensajes de los niños y reproducir la conducta sugerida en el resto de la familia.
- d. Acciones para las instituciones:
- * Crear políticas educativas frente a los riesgos solares.
- * Coordinar acciones entre las instituciones responsables.

Desarrollo del sistema escolar de control de riesgos solares

Las actividades propuestas a los Directores de los establecimientos preprimarios y primarios tienden a que se desarrolle en cada establecimiento educativo un *Sistema escolar de control de riesgos solares* basado en el folleto Amigos del sol que contiene: definición del perfil de riesgo solar, selección de los riesgos a reducirse, establecimiento de las actividades de control, ejecución de las actividades y evaluación.



PERDÓN ¿LEINTERESARÍA INGRESAR A UNA BANDA DE ROCK?



¡Su cabello podría no ser un impedimento!

Consulte al dermatólogo sobre el tratamiento oral de Merck Sharp & Dohme para la caída del cabello con patrón masculino, que ha sido comprobado científicamente. En el 90% de los casos detiene la caída del cabello y en el 65% recupera nuevo cabello y de mejor calidad.

No lo piense más... mientras más pronto inicie el tratamiento, más rápido podrá comprobar la eficacia del producto.

¡Haciendo que la pérdida del cabellosea algo del pasado!



* Solamente para hombres. No indicado para mujeres o niños.

Datos en archivo, MSD CANDEAN.
 Es una campaña educativa de Merck Sharp & Dohme.



El Tratamiento seguro y eficaz en la inflamación alérgica sistémica







Fitofotodermatosis y folclor

Dr. Claudio Arias

Phytophotodermatosis and folklore

Hospital Santa Inés Correspondencia: Dr. Claudio Arias.

Dirección: Av. Agustín Cueva 2-56 y Aurelio Aguilar

Correo: clarias@etapaonline.net.ec

Telf. (593) 7 2821003-(593) 7 2825209 Cuenca - Ecuador

Resumen

Se proponen consideraciones sobre el impacto patológico que en la piel imprimen ciertas costumbres y prácticas de medicina tradicional en la ciudad de Cuenca-Ecuador. La presencia de furocumarinas en diversas plantas caseras, es responsable de la fototoxicidad.

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):28-30

Palabras clave: Fitofotodermatosis, medicina tradicional

Summary

Some considerations are presented regarding the nocive impact upon the skin of certain customs and practices of traditional medicine at the city of Cuenca-Ecuador. The presence of furocumarines contained in diverse house plants are responsible for the phototoxic effects.

Key words: Phytophotodermatosis, traditional medicine.

El presente artículo se enfocará en los efectos nocivos de los citros, de la ruda, del higo y de la Santa María, empleados en la medicina folclórica o tradicional.

La fitofotodermatosis es una inflamación de la piel causada por el contacto con ciertas plantas y la exposición ulterior a la luz solar. La reacción fototóxica se debe a sustancias químicas fotoactivas (furocumarinas) en algunas plantas que integran familias como las Rutáceas a las cuales pertenecen los citros cargados de bergateno (5 metoxipsoraleno) y la ruda; otras como el perejil, el hinojo, el ajo y la zanahoria son de la familia Umbelífera, en tanto que el higo pertenece a la familia Moracea y la hierba de Santa María es una Compositae.

Las fitofotodermatosis pueden presentarse a cualquier edad, desde los pocos meses -con tratamientos tradicionales- hasta personas adultas expuestas por necesidades laborales, circunstanciales y por la aplicación de perfumes. Así como la dermatitis de contacto irritativa, la fototóxica afecta a todo el que se expone al agente en iguales circunstancias.

Plantas cítricas

El clima, que controla las modas y costumbres, concentra a las personas en verano en los campos subtropicales ricos en frutales cítricos, o en las playas que favorecen el contacto con ciertos ingredientes naturales, mezcla de vegetales y de sol, provocando la aparición de huellas de líquidos, de cremas o de zumos que contienen 5-metoxipsoraleno (Figura 1 y 2).

Las lesiones consisten en áreas hiperpigmentadas, a veces eritematosas y aún ampollares que adoptan caprichosas figuras de recorrido líquido o de "chorreones" y formas grotescas de localización variada (Figura 3). Los perfumes que contienen estas mismas sustancias pueden dejar sus huellas pigmentadas en los sitios que aconseja la coquetería, como en las partes laterales del cuello y en el pecho; en esta última localización merecen el símil francés de "berloque" que significa pendiente o joya (pendentif).

Higuera (Ficus carica)

Desde muy antiguo en América, la práctica de la medicina tradicional estimulaba el baño con infusión de hojas de higo en el abdomen y genitales bajo la creencia de que ello facilita y acelera el parto. En algunas personas ha dado lugar a la aparición de una dermatosis eritemato-edematosa, ampollar, purpúrica y pigmentaria en los sitios de contacto con tales infusiones(2).

Esta costumbre no ha sido una práctica tradicional en nuestra región; en cambio, está muy arraigado el hábito de preparar alimentos para carnaval a partir de frutos tiernos sancochados y cocidos en miel de panela o



de almíbar (dulce de higos). Durante el proceso, la manipulación ocasiona una dermatosis seria que simula quemaduras; esta no se presenta de inmediato, es poco sintomática y se localiza especialmente en las manos; la mayor parte de veces se trata de una pigmentación que sigue los dibujos del agua (Figura 4)

Dermatitis por ruda (Ruta graveolens)

No hay jardín o huerto criollo que carezca de esta planta herbácea, robusta, de pequeñas florecillas amarilloverdoso (Figura 5) que se destacan entre el verde follaje y esconden semillas de olor fuerte. Originaria del sur de Europa, enriquece el herbolario taumaturgo con sus promesas cicatrizantes, su poder antiparasitario (interno y externo) y espasmolítico. Se le atribuye que favorece el flujo menstrual (poder emenagogo)(3) e incluso que provoca aborto. El ungüento sería beneficioso para la gota, el reumatismo y la ciática; es un rubefaciente e irritante activo(4).

El uso más extendido es para el tratamiento del Espanto, del Mal Aire, la Mala Sangre y el Mal de Ojo entre otros. Se emplean las ramas solas o asociadas para las "limpias"(5) y para el Mal de Ojo, compuestos que se preparan "moliendo la ruda, el ajo y el carbón". Con ésto, se hace "una cruz en la frente, el pecho y el pupo del guagua" mientras se repiten reiteradamente las palabras sacramentales "chuca-chuca".

Estos procedimientos folclóricos aportan a la dermatología pediátrica con su patología pigmentaria oscura, y a veces eritematosa y ampollar en los sitios de su aplicación (Figura 4). En ocasiones se trata de dibujos borrosos por los pases repetidos en las "limpias". El Mal de Ojo se interpretaría "como una suerte de hipnotismo negativo, pernicioso, dañino, a veces rasputinesco"(6). Se sustenta en la creencia del poder de los ojos y la mirada más allá de lo que vemos como la magnitud de los ojos brujos, de la mirada que crea fascinación o que turba la mente y los sentidos.

Hierba de Santa María o Santa María (*Pyrethrum parthenium*, fam. *compositae*)

Nativa de Europa, es infaltable en los jardines populares; desde los jardines rústicos explota su modesto poder decorativo y el prestigio de que purifica el ambiente y aleja la enfermedad (4,10). Se utiliza por vía sistémica con diversos fines y tópicamente en los pases curativos de las "limpias". Junto a otros pétalos, puñados de las flores blancas de la Santa María se depositan en tinas de agua o bañeras domésticas; cuando el agua está



Figura 1



Fig. 2



Figura 3

asoleada, el niño señalado toma un baño de inmersión; las propiedades de la planta salen en el agua y con ellas las sustancias fototóxicas que pueden causar reacciones generalizadas en la piel bajo el sol brillante.

Fitofotodermatosis y folclor



Las reacciones que sobre una piel preparada por distintos factores, pueden causar las radiaciones ultravioletas, han sido clasificadas de distintas maneras.

Clasificación de las lesiones cutáneas inducidas por la luz, según Fitzpatrick(1).

Formas agudas

- Fototóxicas
 - Eritema solar
 - Inducidas por fármacos
 - Inducidas por plantas (fitofotodermatosis)
- Fotoalérgicas
 - Inducidas por fármacos
 - Urticaria solar
- Idiopáticas
 - Erupción poliforma lumínica
 - Prúrigo actínico
 - Hidroa vacciniforme
 - Urticaria solar
- Formas crónicas
 - Dermatoheliosis ("fotoenvejecimiento")
 - Dermatitis actínica crónicas
 - Fotodermatosis por alteraciones en la reparación del ADN

Lentigo solar

- Cáncer cutáneo
 - Epitelioma basocelular
 - Carcinoma epidermoide
 - Melanoma maligno
- Metabólicas y nutricionales
 - Porfiria cutánea tardía
 - Porfiria mixta
 - Protoporfiria eritropoyética
 - Xerodermia pigmentosa
 - Pelagra •



Figura 4



Figura :

Bibliografía

- Fitzpatrick TB, et al. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica.
 4ta edición. The McGraw-Hill Company 2001:p210
- Londoño F, Rueda LA. Fotodermatitis por Ficus carica en gestantes. Trabajo presentado en el VI Congreso Iberolatinoamericano de Dermatología. Barcelona 1967.
- Lumegy G. 112 plantas milagrosas y medicina popular. Edit. Fénix. Quito 1973
- 4. White A. Herbs of Ecuador. Ediciones Libri Mundi. 2da edición. Quito
- 1982:p261
- Quezada A, et al. La Práctica Médica Tradicional. IDICSA. Universidad de Cuenca. 2da edición 1998
- Vega G. Metapatología: lo sobrenatural y la nosología. El mal de ojo. La Práctica Médica Tradicional. IDICSA Universidad de Cuenca. 2da ed. 1998:p267
- Ackerman AB y col. Atlas Clínica de las 101 enfermedades más comunes de la piel. Marban Libros, S.L. 2002:p116



Aminorando el riesgo de recidiva del carcinoma basocelular. Experiencia obtenida de la técnica microquirúrgica de Mohs

Dr. Juan Francisco Barzallo V.* Dra. Sonia Tello** Dr. Franklin Cabrera*** Dra. Lorena Falcón**** Dra. Alexandra Romero***** Dra. Raquel Trujillo******

Reducing the risk of recurrence of basocellular carcinoma. Experience using the Mohs microsurgical technique

- Dermatólogo-Cirujano Dermatólogo. Profesor del posgrado de Dermatología. UCE y USFQ.
 Jefe del servicio de Dermatología Centro Médico Luis Burbano. CLQC.
- ** Patóloga. Hospital Carlos Andrade Marín
- *** R3. Posgrado de Dermatología. USFQ.
- **** R2. Posgrado de Dermatología. UCE.
- ***** R1. Posgrado de Dermatología. UCE.
- ***** Dermatóloga

Correspondencia:

Dr. Juan Francisco Barzallo Viteri Av. América N32-102 y Atahualpa. Quito – Ecuador.

Correo: drfcobarzallo@porta.net

Resumen

El carcinoma basocelular tiene bajo poder de malignidad y metástasis y alto riesgo de recurrencia según su localización. La nariz se considera zona de alto riesgo de recidiva y el manejo inadecuado desencadena extensa destrucción. Puede volverse profundamente invasor o metatípico en caso de recurrencia. Por tanto, el diagnóstico clínico e histopatológico debe acompañarse por una técnica quirúrgica que disminuya los riesgos antes mencionados. Aun cuando la técnica de Mohs exige mucha práctica y destreza, sus principios básicos son útiles para resolver quirúrgicamente estas patologías y disminuir los altos índices de recidivas. Dermotol Ecuat, 2004;12(2):31-4

Palabras clave:

Cirugía dermatológica, cirugía micrográfica de Mohs, cáncer de piel, colgajos cutáneos

Summary

Basocellular carcinoma has a low potential for metastasis. Its high risk for recurrence depends on the location. The nose is considered a high risk zone, and inadequate handling may result in extensive destruction, deep invasion or metatypical recurrence. Due to these facts, both clinical and histopathologic diagnosis must be followed by a surgical technique that reduces those risks. Even though Mohs technique requires much practice and dexterity, the basic principles are useful for surgical resolution of these malignancies and reduce the otherwise high rate of recurrence.

Key words: dermatologic surgery, Mohs micrographic surgery, skin cancer, skin flaps

Introducción

El carcinoma basocelular (CBC), con incidencia de 20 a 100 casos por 100.000 habitantes, es el cáncer de piel más común. De etiología multifactorial, se relaciona más con las exposiciones (quemaduras) intermitentes a la radiación ultravioleta.

La presentación topográfica más común es en el área facial y en personas de tez blanca(1).

Pacientes en la sexta década de la vida son los más afec-

tados. En niños es muy raro, sin estar relacionado con genodermatosis(2).

Existen varias modalidades terapéuticas para las neoplasias malignas derivadas de la piel y sus anexos como la criocirugía, radioterapia, curetaje y electrodesecación, la cirugía escisional y la cirugía micrográfica de Mohs con menores índices de recurrencia(3).

El tratamiento de elección para estos tumores malignos es



la cirugía escisional, cuando las condiciones técnicas y del paciente lo permiten y, en casos especiales, la cirugía micrográfica de Mohs. La decisión del margen cutáneo para la extirpación de estas lesiones depende de varios criterios, como la localización, el diámetro de la lesión, el tipo histológico y si es primario o recidivante.

De acuerdo con ésto, será posible calcular el margen de seguridad para una extirpación suficiente con el menor riesgo de recidiva y el sacrificio de la menor cantidad de piel sana.

La toma de una biopsia previa con el tamaño y la profundidad suficiente es de suma importancia para una correcta clasificación del tipo histológico y el grado de infiltración de las células tumorales, para programar una cirugía con márgenes adecuados.

Presentamos dos casos tratados quirúrgicamente en los servicios de Dermatología y Patología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, Ecuador.

Caso 1. Femenina de 66 años de edad, con dermatosis en región perialar derecha, constituida por neoformación ulcerada e infiltrada, de 1 cm de diámetro, con márgenes mal definidos, 1 año de evolución, con crecimiento progresivo, sin tratamiento previo. APP: sin



Figura 1. Caso 1, tumor resecado hasta la fascia muscular.

importancia para la patología actual.

Clasificación TNM (cqp): T3 N0 M0. Tipo histológico: G2. Estadio: T1, localizado.

Confirmado con biopsia incisional profunda como CBC con diferenciación pilosa tipo infiltrativo.

Caso 2. Masculino de 68 años de edad, con amputación de pierna derecha, presenta dermatosis localizada en la ala nasal y área perialar derecha, constituida por neoformación nodular, con telangiectasias prominentes, multilobulada de 2 cm de diámetro, de dos años de evolución, con crecimiento más notorio y ulceración en los últimos 6 meses. APP: DM tipo II desde hace 20 años controlado con insulina. HTA desde hace



Figura 2. Caso 2, dibujo de la lesión previo al procedimiento quirúrgico

5 años controlado con enalapril 10 mg 1 x 1 y ASA 100 mg/día. Se realizó biopsia incisional profunda, confirmando el diagnóstico de CBC sólido, infiltrante.

Se solicitaron exámenes complementarios de rutina y por edad, sin alteraciones, control cardiológico y valoración prequirúrgica con riesgo II. No se suspendió ninguna medicación, se tomaron precauciones para hemostasia.

Clasificación TNM (cqp): T3 N0 M0. Tipo histológico: G2. Estadio: T1, localizado.

Se solicitaron exámenes complementarios de rutina y por edad, sin alteraciones, control cardiológico y valoración prequirúrgica con riesgo II.

Por las características clínicas e histopatológicas, localización, tamaño, y riesgo de recidiva, en el caso 1 se hizo cirugía escisional con transoperatorio retardado de 48 horas para la examinación de la pieza quirúrgica en bloque de parafina, se hicieron 2 estadios hasta la completa remoción del tumor. En el caso 2 ya contábamos con la experiencia de nuestros patólogos en la técnica de Mohs e hicimos la extirpación quirúrgica utilizando los principios de la cirugía micrográfica de Mohs, se solicitó el apoyo del servicio de patología para la técnica de tinción, congelación y transoperatorio histopatológico.

Técnica quirúrgica

- 1. Asepsia y antisepsia
- 2. Dibujo de lesión y margen de 4 mm
- 3. Infiltración con lidocaína al 1% con epinefrina
- 4. Curetaje para delimitar márgenes en el primer caso
- Remoción del tumor con bisturí y margen de piel sana, con incisión tangencial
- Colocación del tumor en bandeja, orientado tal como se extrajo
- 7. Dibujo de mapa correspondiente al tejido que se removió y al sitio quirúrgico
- 8. La pieza de tejido extirpado se dividió en segmentos,



cuyos bordes se codificaron con colores para su identificación durante el procesamiento microscópico. En la pieza tumoral del segundo caso se cortó el tumor sobresaliente para lograr la concavidad deseada y un mejor corte por congelación

- 9. Los segmentos de tejido y sus bordes coloreados respectivos se dibujaron a escala en el mapa
- Cortes por congelación de las superficies inferiores contiguas apropiadas y la periferie de los segmentos del tejido
- Se realizaron tres y dos estadios en el primer y segundo caso respectivamente, hasta reportarse márgenes superficiales y profundos libres de tumor
- En ambos casos se llegó en la profundidad hasta la fascia muscular. En el paciente del caso 2 se avanzó hasta pericondrio.
- Reconstrucción inmediata mediante colgajos de avance y rotación que incluyó pliegue melolabial del lado afectado

Se administró antibioticoterapia profiláctica con cefalexina 1 g una hora previo a la cirugía y 500 mg seis horas después. Analgesia con clonixinato de lisina, 1 tableta cada 8 horas por 72 horas. Para la sutura, vicryl 5-0 y nylon 6-0, se colocó mupirocina tópica y apósito. Control a las 24 horas, sin complicaciones, curación (aseo) de herida quirúrgica a las 48 horas y luego diariamente hasta el retiro de puntos a los 6 días, con buena evolución y consolidación de la herida.

Discusión

La combinación cirugía + estudio microscópico para la extirpación de tumores cutáneos fue descrita por Mohs, aplicando una pasta de cloruro de zinc, estibina y sanguinaria canadienses, que actuaba como fijador in situ conservando las estructuras histológicas para ser observadas microscópicamente, llamado quimiocirugía. Actualmente se realiza la técnica de la cirugía micrográfica de Mohs sin el fijador químico cloruro de zinc(4,5), la cual es un método preciso para la extirpación exacta de un cáncer de piel con la máxima conservación de tejidos adyacentes normales. Debido a su precisión, las tasas de curación son las más altas que puede ofrecer cualquier método de tratamiento de los carcinomas de células basales y de células escamosas(6).

En los últimos años se ha incrementado la lista de indicaciones: dermatofibrosarcoma protuberans, queratoacantoma, carcinoma microquístico de anexos, carcinoma sebáceo, enfermedad de Paget extramamario, melanoma maligno, carcinoma de células de Merkel, fibroxantoma atípico, leiomiosarcomas y angiosarcomas. En ciertos sitios anatómicos como en los planos de fusión embrionarios de la parte media de la cara y áreas periauriculares, hay mayor riesgo de que se desarrollen carcinomas de células basales y escamosas profundamente invasores. Por motivos funcionales y estéticos es esencial la máxima conservación de tejidos normales durante la extirpación de neoplasias.

Se consideran zonas con alto riesgo de recidiva la nariz (30%); párpados, frente, orejas y piel cabelluda; las zonas de fusión embrionaria (zona medio facial, canto interno, surco nasogeniano y región retroauricular).

Histológicamente:

- a. Bajo riesgo: plano cicatricial, pagetoide.
- b. Mediano riesgo: nodular corresponde al 70% de los casos.
- c. Alto riesgo: nodular ulcerado, morfeiforme o infiltrante, micronodular y metatípico.

El tumor primario tiene menor riesgo de recurrencia que un tumor recidivante.

- Si tomamos en cuenta lo anterior existen cuatro niveles de riesgo:
- CBC con muy bajo riesgo de recurrencia: CBC plano cicatricial o pagetoide del tronco.
- CBC con bajo riesgo de recurrencia: CBC primarios, tamaño menor a 6 mm, nodular, clínicamente bien delimitados, en zonas de bajo riesgo.
- CBC con mediano riesgo de recurrencia: CBC primario, nodular, clínicamente bien delimitado, menor a 6 mm en zonas de alto riesgo, entre 6-20 mm en cualquier zona.

Algunos autores afirman que en cirugía convencional los CBC de tamaño menor a 2 cm en cualquier zona y menor a 6 mm en zonas de alto riesgo extirpados con margen de 4 mm y lesiones menores a 6 mm en zonas de bajo riesgo tratados con margen de 3 mm, en el 95% de los casos permiten la extirpación total del tumor.

Cuando el informe histológico revela extirpación total del tumor, la recidiva ocurre solo en un 5%, mientras que si es incompleta, la recurrencia ocurre entre el 10 y 40% de los casos(7-9).

4. CBC con alto riesgo de recurrencia: CBC peligrosos: diámetro mayor a 2 cm y/o mal delimitados, ulcerado (ulcus rodens) infiltrantes o morfeiformes, tumor mayor a 6 mm en zonas de alto riesgo y tumores recidivados.



Los CBC morfeiformes presentan extensión subclínica hasta 7,5 mm. Lo más aconsejado es realizar la microcirugía de Mohs(10-12).

En cuanto al margen profundo recomiendan hasta el celular subcutáneo; en la frente hasta la fascia; en la oreja y nariz hasta el pericondrio; en la piel cabelluda y mastoide hasta el periostio.

Los dos casos de este análisis correspondían a CBC con alto riesgo de recurrencia, puesto que las células tumorales pueden invadir en forma muy insidiosa el área perialar, ubicado entre la mejilla, el ala de la nariz y el nasolabial, por lo cual ameritaba una técnica quirúrgica diferente a las convencionales. Con ayuda del departamento de patología se decidió en el primer caso hacer el transoperatorio retardado y en el segundo caso seguir los principios de la cirugía micrográfica de Mohs. En casos anteriores habíamos realizado transoperatorios retardados y cada 48 horas los estadios necesarios, hasta la completa erradicación tumoral, sin lugar a duda los cortes del bloque de parafina daban la seguridad requerida. Actualmente contamos con la preparación adecuada en la técnica de congelación y diagnóstico por parte de nuestros patólogos y solo hemos dejado el transoperatorio retardado para los pacientes con melanoma.

La decisión acerca del colgajo realizado se basó a lo publicado acerca de la reconstrucción del área perialar(13-15), con buenos resultados estéticos y baja morbilidad. En cuanto al margen de seguridad iniciamos con 4 mm, diferente a lo acostumbrado en la técnica de Mohs (2 mm por estadio). Posterior a la primera extirpación, removimos tejido en forma tangencial 2 mm

cada vez. Se consideró pertinente iniciar con este margen porque estaba confirmado el diagnóstico histopatológico y por el alto riesgo de recidiva. En el primer estadio comprometimos hasta TCS, comprobando que éste estaba infiltrado y muy cerca del tejido muscular, por lo cual, en el primer caso se retiró la fascia y en el segundo se avanzó hasta el pericondrio. Además, se consideraron márgenes libres al comprobar histológicamente que no se hallaron células tumorales en el último corte, dándonos un margen de seguridad mayor a 1 mm. La literatura consultada recomienda los márgenes laterales y principalmente los profundos. Otras técnicas aplicadas hacen extirpaciones superficiales que, por lo general, resultan en altos índices de recidivas.

El dermatólogo cirujano se beneficia al trabajar en equipo con los patólogos. Los recursos económicos fueron menores a lo usual para cirugía convencional en quirófano, puesto que se hicieron en el servicio de Dermatología. Hay que tomar en cuenta la disponibilidad del tiempo, porque conlleva varias horas entre el inicio de la técnica y el final de la reconstrucción. El procedimiento anestésico es especial porque debe hacerse en reiteradas ocasiones.

Reseña quirúrgica gráfica de ambos casos



Agradecimientos

Al personal del servicio de Dermatología y Patología del Hospital Carlos Andrade Marín y del Departamento de Dermatología del Hospital Manuel Gea González de México y a la Dra. Leticia Boeta, especialista en la técnica de Mohs. •

Referencias

- 1. Burg G. Cancer of the Skin. Churchill Livingstone. New York, 2000:1-26
- Lesnuer BW, Silvis NG. Basal Cell Carcinoma in Children: report of 3 cases. Arch Dermatol 2000;136:370-2
- Petit JY, Avril MF, Margulis A, Chassagne D, Gerbaulet A, Duvillard P, Auperin A, Rietjens M. Evaluation of cosmetic results of a randomized trial comparing surgery and radiotherapy in the treatment of basal cell carcinoma of the face. Plast Reconstr Surg. Jun 2000;105(7):2544-51
- Friedman RJ, Lee JAH, et al. Cáncer de piel. Editorial Panamericana. Argentina, 1993:488-533
- Hernández Pérez E. Cirugía dermatológica práctica. UCA editores. San Salvador, 1992:111-27
- Robinson JK, Fisher SG. Recurrent Basal Cell Carcinoma After Incomplete Resection. Arch Dermatol 2000;136:1318-24
- Muñoz P, y col. Márgenes quirúrgicos para la extirpación de carcinomas cutáneos primarios. Revista Chilena Dermatol 2004;20(1):26-34
- 8. Chiller K, Passaro D, McCalmont T, Vin-Christian K. Efficacy of curettage before

- excision in clearing surgical margins of nonmelanoma skin cancer. Arch Dermatol 2000;136(11):1327-32
- Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. Arch Dermatol 1987;123:340-4
- 10. Menn H, Robins P, Kopf A. The recurrent basal cell epithelioma. Arch Dermatol 1971;103:628-31
- Richmond JD, Davie RM. The significance of incomplete excision in patients with basal cell carcinoma. Br J Plastic 1987;40:63-7
- Biely HC, Kirsner RS. Use of Mohs for determination of residual tumor incompletely excised basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1992;26:754-6
- Tromovich TA, et al. Flaps and grafts in dermatologic surgery. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, 1989:121-8
- Levasser JG, et al. Techniques for reconstruction of perialar and perialar-nasal alar combined defects. Dermatol Surg 2000;26:1019-23
- Fernández Bosmediano JM. Piel. Colgajos cutáneos. VII. Doyma Publicaciones, España, 1998;13:528-35







Dermatitis Atópica

AdvanTan



En la Dermatitis y Eczema Agudo el uso de Advantan demostró:

- Disminución de los síntomas por Dermatítis Atópica dolor y ardor
- Disminución de los signos clínicos observados eritema, edema e inflamación
- Mejora de la calidad de regeneración cutánea

www.scheringlatina.com.mx

Hay cosas que no son posibles



Pero curar el acné con Roaccutan® sí es posible



Larva Migrans cutánea "diminuta" debida a larvas de Bunostomum phlebotomum. Diferencias de la presentación clínica clásica.

Dr. Gonzalo Calero Hidalgo*, Dra. Natilse Rondón Lárez**, Dr. Roberto Zúñiga **

Cutaneous "diminuta" Larva Migrans due to Bunostomum phlebotomum larvae. Differences from the classic clinical presentation.

- * Jefe del Servicio;
- ** Residente

Servicio de Dermatología IESS Guayaquil - Ecuador

Correspondencia:

Dr. Gonzalo Calero Hidalgo

García Moreno 523 y Luis Urdaneta. Correo: g_caleroh@yahoo.es

Telf.: 2393053 Guayaquil - Ecuador

Resumen

Larva Migrans es una patología parasitaria que resulta de la penetración errática transcutánea de larvas de nematodos que hacen trayectos intradérmicos o intraepidérmicos clínicamente característicos, siendo el hombre un hospedador aberrante. Su etiología es diversa. En este reporte de caso, los trayectos diminutos de la larva infectante incluso se iniciaban desde el folículo (tamaño diminuto), algo inusual en la presentación clásica de la Larva Migrans superficial. Este hecho nos hizo sospechar en un agente causal diferente a las larvas comunes. El presente caso, quizá el primero descrito en Ecuador, se debió a Bunostomum phlebotomum, un parásito nematodo infectante, propio de los rumiantes. Dermatol Ecuat, 2004;12(2):36-7

Palabras clave: Larva Migrans cutánea, infecciones geohelmínticas, zoonosis, abonos

Larva Migrans is a parasitic pathology which results from the erratic transcutaneous penetration of nematode larvae with clinically characteristic intracutaneous or intraepidermic lesions, being humans an occasional host. Etiology is diverse. In this case report, trajectories from infective larvae emerged from the follicule, a somewhat unusual presentation, when compared to the classical signs of cutaneous Larva Migrans. This finding made us suspect a less common causative agent. The present case, perhaps the first described in Ecuador, was due to Bunostomum phlebotomum, a parasitic hookworm usually found in ruminants.

Key words: Cutaneous Larva Migrans, creeping eruption, geohelminth infections, zoonoses, manure

Caso clínico

Masculino de 50 años de edad, agricultor y vaquero. Presenta múltiples pápulas y pústulas foliculares y extrafoliculares que coalescen formando extensa placa eritematosa intensamente pruriginosa en miembro inferior derecho con 20 días de evolución. Previo a la consulta había recibido corticoterapia tópica y oral por algunos días sin mejoría. Refiere haber estado semiarrodillado en el suelo haciendo contacto, en el sector de piel afectada, con estiércol de ganado bovino cuatro días previo al inicio de su enfermedad actual.

Luego de recibir antibioticoterapia (ciprofloxacino 500 ma BID x 10 días), acude a control presentando múltiples líneas eritematosas reptantes.



Figura 1: Larva Migrans superficial



En la biopsia cutánea, se observó, a nivel epidérmico, un infiltrado inflamatorio, con predominio de eosinófilos.

Tratamiento

Por los antecedentes clínicos-epidemiológicos y la imagen reptante se sospecha Larva *Migrans* superficial. Se le ordena tratamiento con ivermectina (10 mg BID x tres días), con el cual se observa mejoría inmediata y resolución completa de las lesiones a la semana.

Discusión

Larva Migrans resulta de la penetración transcutánea de larvas de nematodos que realizan trayectos intradérmicos o intraepidérmicos clínicamente característicos, ocasionando lesiones serpiginosas migratorias. Las larvas infectantes permanecen en el suelo durante varias semanas; el hombre adquiere la infección por contacto con la piel(1-3).

Notamos sutiles diferencias en cuanto a las características clínicas clásicas: el tamaño de las lesiones, las lesiones acompañantes y el sitio de las mismas. Hechos importantes fueron la ubicación geográfica y las condiciones del terreno, el contacto del área afectada con estiércol de vaca y los trayectos diminutos de la larva infectante, que incluso en algunos casos se iniciaban desde

el folículo (tamaño diminuto), creando diferencias en la presentación clásica de la Larva *Migrans* superficial.

Planteamos una forma clínica nueva y especial debida a este parásito, que hemos denominado Larva *Migrans* superficial diminuta.

Los criterios diagnósticos para Larva *Migrans* cutánea debida a Bunostomum *phlebotomum* son:

Clínico	Pápulas eritematosas pruriginosas
	Líneas reptantes diminuta
Histopatológico	Eosinofilia lesional
Epidemiológico	Contacto previo con estiércol de vaca
	en zonas rurales
Terapéutico	Curación inmediata con ivermectina

En el diagnóstico de Larva *Migrans* superficial se debe tomar en cuenta la probabilidad de la infección por otros nematodos como el Bunostomum *phlebotomum*, un parásito nematodo infectante, propio de los rumiantes(4-6). Nuevos casos (tamaño diminuta) nos ayudarán a confirmar el aspecto clínico de las lesiones.



Figura 2: Larva Migrans superficial diminuta

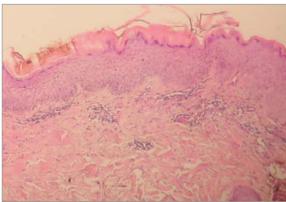


Figura 3: Histopatología LMSD

Referencias

- Rook A. Tratado de Dermatología. Cuarta Edición, Ediciones Doyma. 1989. Vol 2: p1091
- Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Quinta Edición. Tomo IV. Editorial Panamericana. Argentina. 2001
- 3. Weedon. Piel Patología. Editorial Marban. España 2002: p617
- 4. Barnhill R. Textbook of Dermatopathology. McGraw-Hill. 1998
- Universidad de Carabobo. Parasitología. Segunda edición. Facultad de Ciencias de la Salud. Venezuela 2000: p63-67
- Simons. Dermatología Tropical y Micología Médica. Primera edición. México 1959:p842-849



Celulitis eosinofilica luego de picadura de insecto. Reporte de un caso

Alexandra Reyes Alava*, Luz Quezada Padilla**, Juan Carlos Garcés Santos***, Enrique Úraga Pazmiño****.

Eosinophylic cellulitis after an insect bite. A case report

- Médico adscrito al Servicio de Dermatología, Docente del posgrado de Dermatología UCSG.
- ** Médico Residente 3. posgrado de Dermatología de la UCSG.
- *** Médico Patólogo del Servicio de Dermatología. Docente del posgrado de Dermatología UCSG.
- ****Médico Jefe del Servicio de Dermatología, Director del posgrado de Dermatología UCSG.

Hospital Luis Vernaza, Guayaquil - Ecuador

Correspondencia: Dra. Alexandra Reyes Alara Correo: alexfer@ecua.net.ec Telf.: (593 2) 4224 7162 Guayaquil - Ecuador

RESUMEN

La celulitis eosinofílica (síndrome de Wells) es una dermatosis recurrente inflamatoria, benigna y, la mayoría de las veces, autolimitada. Es infrecuente y se caracteriza por una placa eritematosa, edematosa única o múltiples y que evoluciona a lesiones de aspecto morfeiforme. En el presente caso, y posterior a picadura de insecto se presentó una pápula eritematosa en el tercio distal del antebrazo izquierdo, acompañada de prurito moderado. En el transcurso de dos semanas, la pápula inicial se convierte en una placa eritemato edematosa de bordes imprecisos. La biopsia de piel reveló edema, especialmente en dermis papilar, intenso infiltrado inflamatorio mononuclear y eosinofílico difuso que compromete hasta la hipodermis. El infiltrado eosinofílico rodea zonas de colágeno degenerado, donde se encuentra degranulación eosinofílica intensa provocando "figuras en llama". Recibió tratamiento antihistamínico y corticoides tópicos hasta el resultado de la biopsia, instalando corticoides orales a 0,5 mg/Kg por 7 días con respuesta favorable al tratamiento. Dermatol Ecuat, 2004;12(2):38-40

Palabras clave: Síndrome de Wells, celulitis eosinofílica, antihistamínicos, corticoides

SUMMARY

Eosinophylic cellulitis (Wells' syndrome) is a rare, inflammatory, benign, recurrent dermatoses characterized by erythematous and edematous plaques, which usually resolves spontaneously. In the present case, an erythematous papule appeared on a 77 year old female, following an insect bite, with moderate pruritus. After two weeks, the initial papule had evolved into an erythematous and edematous plaque with imprecise borders. Skin biopsy revealed edema, especially on the papillary dermis, with intense diffuse mononuclear and eosinophilic inflammatory infiltrate which penetrated the hypodermis. Eosinophylic infiltrates surrounded degenerated collagen zones and eosinophylic degranulation was found producing "flame figures". Treatment was initiated with antihistamines and topical corticoids. Based on biopsy results, oral corticoids were administered during 7 days at 0,5 mg/Kg with favorable response to treatment.

Key words: Wells' syndrome, eosinophylic cellulitis, histamine antagonists, corticosteroids

Introducción

El síndrome de Wells o celulitis eosinofilica es una dermatosis recurrente inflamatoria, benigna y, la mayoría de las veces, autolimitada. Es infrecuente y se caracteriza por una placa eritematosa, edematosa única o múltiples y que evoluciona a lesiones de aspecto morfeiforme(4-5), en la mitad de los casos asociada a eosinofilia tisular. Afecta ambos sexos a cualquier edad, aunque la mayoría de los casos son adultos. Ha aumentado el nú-

mero de casos publicados en adolescentes e incluso la literatura refiere un caso en un recién nacido(4). Descrita por Wells en 1971, como dermatitis granulomatosa recurrente con eosinofilia por encontrar placas eritematosas recidivantes con histopatología peculiar(1). Años después Well, junto a Smith, reportan nuevos casos denominándola celulitis eosinofilica(2), acuñando el término de síndrome de Wells, Spigel y Winkelman(3).



La etiología es desconocida, un heterogéneo grupo de estímulos desencadenan una reacción de hipersensibilidad con quimiotaxis y degranulación de eosinófilos. Entre los desencadenantes tenemos: picadura de artrópodos (arañas, garrapatas, abejas, pulgas), fármacos (penicilina o citostáticos), trastornos mieloproliferativos, procesos virales (varicela, paperas)(8-9), bacterianos o parasitarios (ascaridiasis, giardiasis, oncocercosis, toxocariasis, escabiosis, dermatofitosis)(5,7-9).

La patogenia estaría mediada por mecanismos inmunológicos por el depósito de complejos inmunes, asociándose la acción citotóxica de la proteína básica mayor, leucotrienos, factor activador de plaquetas e histamina de los mastocitos(6). La masiva degranulación de eosinófilos eleva la concentración de la proteína básica mayor en la piel, lo que causaría una lesión tisular con infiltración de histiocitos y formación de granulomas.

La erupción se inicia súbitamente con sensación de prurito o quemazón, fiebre y malestar general, seguido de eritema que simula celulitis o urticaria gigante(5), transformándose en placas eritematovioláceas con un componente edematoso que puede llegar a producir ampollas(7) pudiendo desaparecer en el curso de días con aclaración central y dejando una hiperpigmentación residual, con frecuencia persistente durante años. Se lo-

caliza en cualquier área del cuerpo, especialmente en el tronco o extremidades, sea en forma localizada o generalizada y excepcionalmente en cara(4-7). La evolución es aguda con recidivas frecuentes. Se puede asociar a urticaria, a foliculitis pustulosa eosinofilica, a mastocitoma o a síndrome hipereosinofilico(8-9); en algunos casos sucede de forma espontánea(9).

Las alteraciones hematológicas suelen ser momentáneas con eosinofilia periférica en un 50% de los casos (dato común pero no indispensable para su diagnóstico), hiper IgE, complejos inmunes circulantes, trombocitosis y eosinofilia en médula ósea(8).

La histopatología nos muestra "figuras en llama", que consisten en gránulos de proteína básica mayor de los eosinófilos sobre fibras de colágeno, rodeados de histiocitos y algunas células gigantes multinucleadas(4-5). Estas "figuras en llama" se hallan también en otras entidades y deben excluirse en el diagnóstico diferencial. El cuadro histológico varía según el estadio de la enfermedad.

Caso clínico

Femenina de 77 años sin antecedentes personales de importancia quien posterior a picadura de insecto presentó una pápula eritematosa en el tercio distal del antebrazo izquierdo, acompañada de prurito moderado.



Figura 1. Lesión eritematoedematosa de antebrazo izquierdo

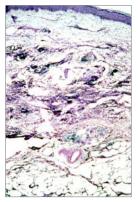


Figura 2. Inflamación dermohipodérmica eosinofílica intensa

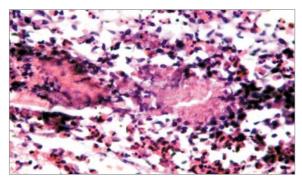


Figura 3. Imágenes en llama



Nunca antes había presentado una reacción similar. En el transcurso de dos semanas, la pápula inicial se convierte en una placa eritemato edematosa de bordes imprecisos (Figura 1). La paciente no refirió fiebre ni manifestaciones sistémicas. Como hallazgo de laboratorio se reportó 13.700 leucocitos, sin cambios en la fórmula diferencial.

La biopsia de piel revela edema, especialmente en dermis papilar, intenso infiltrado inflamatorio mononuclear y eosinofílico difuso que compromete hasta la hipodermis. El infiltrado eosinofílico rodea zonas de colágeno degenerado, donde se encuentra degranulación eosinofílica intensa provocando "figuras en llama" (Figuras 2 y 3).

Recibió tratamiento antihistamínico y corticoides tópicos hasta el resultado de la biopsia, instalando corticoides orales a 0,5 mg/Kg por 7 días con respuesta favorable al tratamiento.

Referencias

- Wells GC. Recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia. Trans St Johns Hosp Dermatol Soc 1971; 57:46-56
- Wells GC, Smith NP. Eosinophillic cellulitis. Br J Dermatol 1979; 100:101-109
- Spigel GT, Winkelmann RK. Wells Syndrome: recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia. Arch Dermatol 1979; 115:611-613
- Blanco MB, Pereira C, Chieira C, Rodríguez MA. Síndrome de Wells, a propósito de dos casos. Alergol Inmunol Clin 2002; 17:108-110
- Vignale R, Abulafia J, Reissenweber N, Gonzalez V. Síndrome de Wells o celulitis eosinofílica. Su asociación con Sarcoptes Scabiei var. hominis. Arch Argent Dermatol. 1998; 48:153-161
- Peters MS, Schroeter AL, Gleich GJ. Immunofluorescence identification of eosinophil granule major basic protein in the flame figures of Wells' syndrome. Br J Dermatol 1983; 109(2):141-148

- Canonne D, Dubost-Brama A, Segard M, Piette F, Delaporte R. Well's syndrome associated with recurrent giardiasis. Br J Dermatol 2000; 143:425-427
- Bogenrieder T, Griese DP, Schiffner R, Buttner R, Riegger GAJ, Hohenleutner U, Landthaler M. Well's syndrome associated with idiopathic hypereosinophillic syndrome. Br J Dermatol 1997; 137:978-982
- Sitjas D, y Pujol RM. Placas inflamatorias recurrentes y migratorias. Piel. 1993; 8:138-140
- Tsuji Y, Kawashima T, Yokota K, Tateishi Y, Kobayashi H, Itoh A, Shimizu H. Well's syndrome as a manifestation of hypereosinophillic syndrome. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol 2002; 147:808-840
- Leiferman KM, Gleich GJ. Enfermedades esosinofilicas cutáneas en Dermatología en Medicina General. Fitzpatrick T. Editorial Médica Panamericana. Cap. 90. Quinta edición, 2002:1189-1190

Conferencias Magistrales Una nueva sección del CD-ROM de la Revista Dermatología

Los congresos y simposios de la especialidad constituyen valiosos momentos en los que colegas llegados de distintos países, formaciones y experiencias, presentan sus investigaciones y descubrimientos. Estas exposiciones, actuales y muy bien graficadas, son vistas por quien asiste al evento pero, en la mayor parte de los casos, no llegan a ese otro público, el que no asiste al evento. Dermatología, en su CD-Rom abre desde este número un espacio para estas presentaciones, en esta ocasión, con el doctor Carlos Galarza M., quien expuso sobre la investigación del Pénfigo Foliáceo Endémico: Comunidad de Vista Alegre y San Francisco, Departamento de Uca y Ali-Perú, en el marco del XI Congreso Peruano de Dermatología, que se efectuó en Lima del 1-5 de septiembre del 2004.

Esta innovación que tiene la gran ventaja de la oportunidad e inmediatez, carece de la oralidad, elemento fundamental en una conferencia, y que deberá ser suplido por cada uno de nosotros.

Presentación formato PP















FLURINO

Tabletas y Jarabe

DERMATOSIS PRURICINOSA

ntihistamínico

ntialérgico

ntiinflamatorio

EFICACIA

PRURITO 90%

URTICARIA 90%

DERMATITIS 85%

Actúa en los 30 minutos





Con Seguridad el más Rápido Antihistamínico

Pénfigo herpetiforme. Reporte de un caso pediátrico.

Dr. Eduardo Garzón A*. Dra. Silvana Parra Q**.

Pemphigus herpetiformis. A pediatric case report

- * Médico Tratante Dermatología. Tutor del posgrado de Dermatología U.C.E.
- ** Residente R3, posgrado de Dermatología U.C.E.
 Servicio de Dermatología, Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Garzón Aldás. Telf.: (593 2) 2865 087

Correo: eduderma@interactive.net.ec

Quito - Ecuador

Resumen

El pénfigo herpetiforme constituye una variante de pénfigo, que se manifiesta por intenso prurito, histológicamente por la presencia de eosinófilos y neutrófilos y por la buena respuesta al tratamiento con sulfonas. Combina la clínica de la dermatitis herpetiforme con hallazgos histológicos e inmunológicos del pénfigo. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de placas cutáneas eritematosas, con vesículas en la periferia que con frecuencia siguen una distribución herpetiforme. Histológicamente puede mostrar grados variables de acantolisis y de espongiosis eosinofílica. La IFD muestra IgG intercelular superficial. Las técnicas de inmunoblot demuestran que el autoantígeno característico de esta entidad es la desmogleína 1. Dermatol Ecuat, 2004;12(2):42-45

Palabras clave: pénfigo herpetiforme, desmogleína 1.

Summary

Pemphigus herpetiformis is a pemphigus variant characterized by intense pruritus, histologic presence of eosinophils and neutrophils, and good response to the treatment with sulphones. It combines clinical features of herpetiform dermatitis with the histologic and immunologic features of pemphigus. Clinically it is characterized by the development of erythematous cutaneous plaques, with peripheral vesicles that frequently follow a herpetiform distribution. Histopathology can show variable degrees of acantholysis and of eosinophilic spongiosis. Direct immunofluorescence shows superficial intercellular IgG. Immunoblot techniques demonstrate that the characteristic autoantigen of this entity is desmoglein 1.

Key words: pemphigus herpetiformis, desmoglein 1.

Introducción

El pénfigo herpetiforme combina los hallazgos clínicos de la dermatitis herpetiforme con las características histológicas e inmunológicas del pénfigo(2). La clínica del pénfigo herpetiforme es atípica, y las lesiones en un inicio pueden simular dermatitis herpetiforme, dermatosis ampollar IgA lineal o pénfigo foliáceo. No obstante, el prurito severo está siempre presente y las lesiones de piel muestran eritema, vesículas, ampollas o lesiones papulares, casi siempre en patrón herpetiforme. En ocasiones se hallan vesículas superficiales y placas inflamatorias. La afección de mucosas puede encontrarse muy excepcionalmente(4,6).

Los hallazgos típicos del pénfigo emergen solamente luego del proceso de la enfermedad. Por lo tanto, son necesarias algunas biopsias en diferentes estadios de la enfermedad, para llegar a un correcto diagnóstico. Los hallazgos histológicos, al variar considerablemente, no ayudan al diagnóstico definitivo, pudiendo encontrarse espongiosis eosinofílica, con o sin células acantósicas aisladas en las capas superiores de la epidermis; ampolla abortiva con ligera acantolisis o pústulas intraepidérmicas llenas de neutrófilos y eosinófilos(2,4,7).

Este tipo de pénfigo (7,3% de todos los casos), se caracteriza por prurito intenso e histológicamente por la presencia de eosinófilos y neutrófilos. No existe predilección por el sexo y se presenta a cualquier edad, con preferencia en adultos mayores de 30 años(2,4,5).

La base más fiable para el diagnóstico de pénfigo herpetiforme es la inmunopatología. Se realiza la inmunofluorescencia directa, que revela depósitos de IgG, sobre la superficie de los queratinocitos principalmente en la epidermis superior(2,7).



Los autoanticuerpos IgG de muchos pacientes con pénfigo herpetiforme tienen su blanco en la desmogleína 1. Al estar la desmogleína 1 localizada preferentemente en la epidermis superior, se puede explicar el porqué de la preferencia de ligarse la IgG en la epidermis superior(4,10).

En 1997, se describe un paciente con pénfigo herpetiforme con reactividad únicamente a la desmogleína 3 por medio de análisis inmunoblot. Al parecer, las desmogleínas 1 y 3, son reconocidas por los autoanticuerpos del pénfigo herpetiforme(5,11).

La droga de primera elección para el tratamiento de pénfigo herpetiforme es dapsona a dosis entre 100-300 mg/día. Se administra sola o combinada con corticoesteroides sistémicos o inmunosupresores. Es muy importante descartar un déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa antes de iniciar la terapia con dapsona(2,7,15). Los casos de pénfigo con títulos de anticuerpos bajos o negativos, o aquellos que demuestren espongiosis eosinofílica es más probable que respondan a la terapia con dapsona. En estos casos la sulfapiridina 2 g/día también puede ser efectiva. En un estudio, los corticoesteroides sistémicos, usualmente en combinación con dapsona, sulfapiridina o agentes inmunosupresores fueron útiles para obtener remisión en 14 de 15 pacientes con pénfigo herpetiforme.

En otro estudio, la remisión fue dada por bajas dosis de prednisona o dapsona, o ambas. La dosis de prednisona va de 10 a 120 mg/día para el control inicial de la enfermedad(2,7,14).

Pueden agregarse inmunosupresores como azatioprina y ciclofosfamida para reducir las dosis de corticoesteroides y por tanto, las complicaciones resultantes.

La azatioprina es el inmunosupresor más comúnmente utilizado, junto con corticoides, o como monoterapia. Dosis de 100-200 mg en combinación con prednisona para el tratamiento de pénfigo herpetiforme. Ciclofosfamida (50-100 mg/día) más prednisona, también han sido eficaces luego del fracaso con otras terapias(2,15).

La plasmaféresis reduce los títulos de autoanticuerpos patógenos en pacientes con pénfigo. A menudo produce mejora clínica en los casos resistentes a la terapia convencional pero las posibles complicaciones no permiten su uso rutinario(2,14,15).

Los pacientes con pénfigo herpetiforme presentan un curso benigno de la enfermedad, esta responde bien al tratamiento con una tendencia a la curación total y es controlada con bajas dosis de esteroides. Los hallazgos clásicos de pénfigo foliáceo o del pénfigo vulgar pueden aparecer en pacientes con pénfigo herpetiforme, en pacientes que suspendieron el tratamiento. Una vez que la transformación ocurre, el régimen de tratamiento podría incluir corticoesteroides y drogas inmunosupresoras(2,4,7).

Caso clínico

Masculino de 14 años de edad, el cual desde hace 3 años presenta lesiones ampollares en piernas que se resuelven espontáneamente. Este cuadro tiene episodios de remisión y exacerbación, cediendo temporalmente a varios tratamientos no especificados.

Al examen físico se aprecian dermatosis en tronco, abdomen, extremidades (Figuras 1 y 2), región genital y que respeta cara, caracterizada por numerosas lesiones vesículo-ampollosas, con contenido seroso y otras lesiones costrosas. Luego





Figuras 1 y 2. Placas eritematosas bilaterales y simétricas confromadas por múltiples vesículas y erosiones



presenta reactivación de lesiones ampollares y pustulosas (Figura 3) que aumentan en tamaño y número, especialmente en manos, brazos y región posterior de muslos, lesiones costrosas y piel descamativa. Se acompaña de prurito intenso. Se instaura el tratamiento con prednisona 60 mg/día, dapsona 100 mg/día, cefalexina 500 mg c/6 horas, fluticasona tópica en lesiones, con notable mejoría.



Figura 3. Lagos pustulosos acrales.

Al examen físico se halla adenomegalia en cadena ganglionar cervical y región inguinal.

La biopsia de piel muestra vesículas y pústulas intraepidérmicas y subcórneas con importante infiltrado de neutrófilos y eosinófilos, se observan células acantolíticas (Figuras 4 y 5). En la biopsia de ganglio se halló linfadenitis crónica reactiva.

Inmunofluorescencia directa demostró depósitos granulares alrededor de células del estrato espinoso de IgG; escaso depósito de IgA en la membrana basal; IgM y C3 patrón similar a IgA; C1q, C4, Fibrinógeno: negativo (Figura 6)

Dosificación de IgE: 1699 UI/mL

Cultivo de piel: Staphylococus aureus, estreptococo β hemolítico A.

VDRL: negativo; anticuerpos para Epstein Barr IgG, IgM: negativos; HTLV I y II: 1,6 (negativo)

BH: Leucocitos 10.900, Seg. 41%, Linf. 28%, Mon. 3%, Eos. 28%. VES 25 mm/h

Eritrocitos 4.650, Hb 11,9. Química sanguínea: Bilirrubina total: 0,83; Bilirrubina directa: 0,23; Bilirrubina indirecta: 0,64.

Anticuerpos antidesmogleína 1 y 3: positivo con predominio hacia la tipo 1.

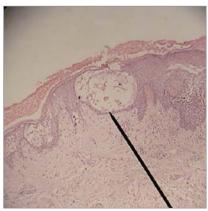


Figura 4. H-E 10x. Observese la gran cantidad de cavidades intraepidérmicas a distintos niveles.

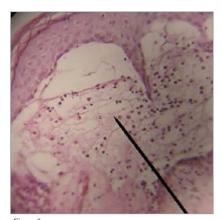


Figura 5. H-E 40x. Gran acercamiento que enfoca el interior vesicular con neutrófilos, eosinófilos y algunas células acantolíticas en uno de sus bordes.

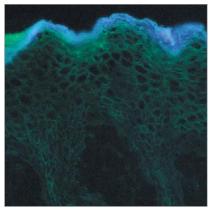


Figura 6. Inmunofluorescencia directa 40x. Depósitos de Ig G en estratos superiores epidérmicos de piel perilesional

Comentario

El pénfigo herpetiforme es infrecuente y los casos pediátricos de esta patología son muy escasos, constituyéndose en verdaderos retos diagnósticos. El presente reporte es muy ilustrativo dentro de la vasta gama de enfermedades ampollares. Permite ganar experiencia en el reconocimiento y manejo de estas variantes de pénfigos.

La enfermedad vesicoampollosa de este paciente, en muchas lesiones evolucionó a verdaderos lagos pustulosos; hubo brotes de remisión y exacerbación en forma crónica, acompañada de importante prurito.

Para el diagnóstico diferencial se consideró dermatitis herpetiforme, pénfigo IgA con sus dos variantes neutro-fílica intraepidérmica y pustular subcórnea, dermatosis acantolítica (transitoria o persistente), pustulosis exantemática aguda generalizada, dermatitis infecciosa, impetiginización de lesiones eccematosas sobre un terreno atópico propicio (síndrome de hiperinmunoglobulinemia E). Por la edad, más que por la localización de las lesiones y por el prurito que caracteriza a estas dermatosis se consideró también la dermatosis pustular persistente de la infancia, variante de la acropustulosis de la infancia, y la escabiosis impetiginizada sobre un fondo de inmunosupresión.

El estudio histopatológico ayudó en el diagnóstico diferencial de la dermatosis ampollar intraepidérmica, con una particularidad importante, que las ampollas o clivajes se hallaban en la misma muestra a distintos niveles epidérmicos (subcórnea, intraespinoso) con infiltrado inflamatorio importante de tipo polimorfonuclear tanto

neutrofílico como eosinofílico. El estudio inmunopatológico determinó anticuerpos frente a desmogleína. Fue positivo para desmogleína 1 (la predominante) y 3, confirmando la naturaleza autoinmune y explicando el porqué de la presencia ampollar a distintos niveles epidérmicos, recordando que las cadherinas mencionadas se hallan en la epidermis basal y parte baja del estrato de Malpighi (desmogleína 3) y en la parte alta del estrato espinoso (desmogleína 1).

La mayor dificultad de diferenciación fue entre el pénfigo IgA y el herpetiforme, puesto que ambas son enfermedades ampollares intraepidérmicas con iguales niveles de clivaje histológico y características de infiltrado inflamatorio; la diferencia sustancial está en la inmunofluorescencia directa, que en el caso del pénfigo IgA manifiesta depósitos de IgA y no G como en este paciente y en la determinación de auto-anticuerpos anticadherinas que en el caso del IgA su diana predominante es la desmocolina 1.

Quedan aún por esclarecer los elevados niveles de IgE encontrados así como la eosinofilia periférica, hechos no reportados en la literatura consultada. El paciente podría tener un terreno atópico de base, sin que esto de ninguna manera justifique como manifestación clínica de una dermatitis atópica una tan llamativa dermatosis vesicoampollar con autoanticuerpos antidesmogleínas muy bien establecidos.

Agradecimientos

Anticuerpos antidesmogleína 1 y 3, cortesía del Dr. Juan Francisco Barzallo, en la ciudad de México.

Referencias

- Floden CH, Gentale H. A case of clinically typical dermatitis herpetiformis (M. Duhring) presenting acantholysis. Acta Derm Venereol (Stockh) 1955;35:128
- Maciejowska E, Jabloska S, Chorzelski T. Is pemphigus herpetiformis an entity? Int J Dermatol 1987;26:571-7
- Bauer R, Orfanos CE. Pemphigus herpetiformis: eine Klinische Variant des Pemphigus vulgaris. Hautarzt 1980;31:540-4
- Santi CG, Maruta CW, Aoki V, Sotto MN, Rivitti EA, Diaz LA, et al. Pemphigus herpetiformis is a rare clinical expresión of nonendemic pemphigus foliaceus, fogo selvagem and pemphigus vulgaris. J Am Acad Dermatol 1996;34:40-6
- Kubo A, Amagai M, Hashimoto T, Doi T, et al. Herpetiform pemphigus showing reactivity with pemphigus vulgaris antigen (desmoglein 3). Br J Dermatol 1997;137:109-13
- Micali G, Musumeci ML, Nasca MR. Epidemiologic analysis and clinical course of 84 consecutive cases of pemphigus in eastern Sicily. Int J Dermatol 1998;37:197-200
- Ingber A, Feuerman EJ. Pemphigus with characteristics of dermatitis herpetiformis: a long-term follow-up of five patients. Int J Dermatol 1986;25:575-9
- 8. Huhn KM, Tron VA, Nguyen N, Trotter MJ. Neutrophilic spongiosis in pemphigus

- herpetiformis. J Cutan Pathol 1996;23:264-99. Jablonska S, Chorzelski T, Beutner E, Chorzelska J. Herpetiform pemphigus, a variable pattern of pemphigus. Int J Dermatol 1975;14
- O'Toole EA, Mak LL, Guitart J, Hashimoto T, Amagai M, Woodley DT, et al. Activation of interleukin-8 secretion in pemphigus herpetiformis epidermis by anti-desmoglein 1 IgG autoantibodies. J Invest Dermatol 1998;110:509
- Ishii K, Amagai M, Komai A, et al. Desmoglein 1 and desmoglein 3 as autoimmune target of herpetiform pemphigus. J Invest Dermatol 1998;110:510A
- Morioka S, Naito K, Ogawa H. The pathogenic role of pemphigus antibodies and proteinase in epidermal acantholysis. J Invest Dermatol 1981;76:337-41
- Hashimoto K, Shafran KM, Webber PS, Lazarus GS, Singer KH. Anti-cell surface pemphigus autoantibody stimulates plasminogen activator activity of human epidermal cells: a mechanism for the loss of epidermal cohesion and blister formation. J Exp Med 1983;157:259-72
- Neha D, Robinson MD, et al. The new pemphigus variants. Journal of the American Academy of Dermatology 1999;40(5):649-68
- Huilgol SC, Black MM. Management of the immunobullous disorders. H. pemphigus. Clin Esp Dermatol 1995;20:283-93



¿Larva Migrans de altura?

Dra. Mónica Zambrano C.

Larva Migrans in the highlands?

Médica egresada. Posgrado de Dermatología Universidad Central del Ecuador. Hospital Provincial General de Latacunga.

Correspondencia: Dra. Mónica Zambrano C Pasaje B OE-430 y Pedro Freile, Correo: ashoshon@hotmail.com Quito – Ecuador.

Resumen

Paciente femenina de 1 año 8 meses de edad procedente de Pastocalle, un área montañosa a 2900 m s.n.m. en la provincia de Cotopaxi-Ecuador. Presenta una lesión lineal serpinginosa de bordes elevados, descamativos, de crecimiento progresivo que termina en una pápula eritematosa de aproximadamente 0,5 cm de diámetro localizada en glúteo derecho, pruriginosa. A medida que avanza en su trayecto deja una lesión lineal hiperpigmentada residual. Recibe el diagnóstico clínico de Larva Migrans y es sometida a tratamiento con pamoato de pirantel a una dosis de 10 mg/kg y repetida a los 8 días con resolución total del cuadro.

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):46-47

Palabras clave: Larva migrans, pamoato de pirantel

Summary

A 20 month old child from a mountainous area 9.514 feet above sea level (Cotopaxi, Ecuador) presents a serpiginous linear lesion with raised borders, scaling and progressive growth which ends in an itchy, erythematous papule with an approximate diameter of 0.5 cm, located on her right buttock. As it advances its trajectory, it leaves a residual hyperpigmented linear lesion. She is clinically diagnosed of Larva Migrans and treated accordingly with a single dose of pyrantel pamoate (10 mg/kg). The treatment was repeated after 8 days, with excellent therapeutic results.

Key words: Larva Migrans, pyrantel pamoate.

Caso clínico

Paciente femenina de 1 año 8 meses de edad, nacida y residente en la parroquia de Pastocalle, un área montañosa a 2900 m s.n.m. en la provincia de Cotopaxi-Ecuador. No tiene antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. Tampoco existe el antecedente de traslado hacia un área de clima cálido en meses o días previos.

Una semana antes de acudir a la consulta la paciente presenta una lesión lineal serpiginosa de bordes elevados, descamativos, de crecimiento progresivo que termina en una pápula pruriginosa, eritematosa de aproximadamente 0,5 cm de diámetro localizada en glúteo

derecho. A medida que avanza en su trayecto deja una lesión lineal hiperpigmentada residual. (Figuras 1 y 2)

La paciente no tiene antecedente de haber viajado hacia zonas de clima cálido. El diagnóstico fue clínico, no se realizó ningún examen complementario.

Debido a la edad de la paciente no fue posible el uso de los antihelmínticos habituales. Se hizo tratamiento con pamoato de pirantel a una dosis de 10 mg/kg de peso en dosis única. Para el control a los 8 días se observó involución de la lesión y se repitió el tratamiento con pamoato de pirantel con una dosis de refuerzo similar.





Figura 1. Larva Migrans, vista panorámica



Figura 2. Larva Migrans, acercamiento

Discusión

Larva Migrans cutánea es una parasitosis autolimitada que se presenta como patología endémica en las zonas tropicales(1). El agente etiológico puede ser de varios tipos, pero el más común en Sudamérica es el Ancylostoma braziliense(4).

El diagnóstico es clínico aunque la biopsia cutánea puede ser de ayuda en casos complicados. Debe realizarse diagnóstico diferencial con procesos como larva *currens*, Larva *migrans* visceral, dermatitis uncinaria, escabiosis, fitofotodermatitis y eritema crónico *migrans*(3).

Lo importante de este caso es que la paciente no tiene ningún antecedente de haber viajado hacia zonas de clima cálido. Su lugar de residencia se encuentra en territorio montañoso a 2900 metros s.n.m. Entonces nos planteamos dos alternativas, una mutación del parásito que permitió su incubación en clima frío? o es que acaso las variaciones del clima con horas de intenso calor

favorecieron el desarrollo del mismo en un área donde no es su hábitat natural? Obviamente es muy difícil llegar a determinar el factor permisivo para que el cuadro se haya desarrollado. Los cambios del medio ambiente en la actualidad son tan drásticos que es muy probable que, en un futuro no distante, las enfermedades consideradas propias de determinadas áreas climáticas se vuelvan comunes para todos.

Existen varias posibilidades terapéuticas, albenazol(4), mebendazol, tiabendazol(6), ivermectina(2) tienen adecuada efectividad. La crioterapia o la electrofulguración también son alternativas aunque el resultado no siempre es alentador.

El pamoato de pirantel es un antihelmíntico que paraliza la musculatura del parásito(5). La respuesta al tratamiento fue adecuada, observándose únicamente pigmentación postinflamatoria residual.

Referencias

- Ferreira C, Machado S, Señores M. Larva Migrans cutanea em idade pediátrica: a propósito de um caso clínico. Nacer e Crecer. Revista do Hospital de criancas Maria Pia. 2003;XII(4):261–4.
- Douglass M, Juzych L. Cutaneous Larva Migrans. August 11, 2004. http://www.emedicine.com/derm/topic91.htm [en línea]
- Rubio C, Martín Díaz M, Corral de la Calle M. y cols. Cutaneous Larva Migrans. An Pediatr (Barc) 2004;61:270–1
- 4. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea
- (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. International Journal of Dermatology. Jan 2001;40(1):67
- Barros M, Quintino V, César J. Protocolo para conduta e tratamento das parasitoses intestinais. Textos científicos Sociedade Mineira de Pediatria. smp@smp.org.br
- Van den Enden E, Stevens A, Van Gompel A. Treatment of cutaneous larva migrans. N Engl J Med 1998 Oct 22;339(17):1246-7



Foliculitis pustulosa eosinofílica. Presentación de un caso atípico

Dra. Lorena Marisol Falcón Araujo*, Eduardo Garzón Aldás**, Geovanna Gutiérrez*, Fanny María Loaiza*.

Eosinophilic pustular folliculitis. An atypical case

- Posgrado de Dermatología
 Universidad Central del Ecuador
- ** Médico Tratante, Hospital Dermatológico "Gonzalo González"

Correspondencia: Lorena Falcón Araujo Telf: (02) 254-4640,

Correo: loredermato@yahoo.com

Quito - Ecuador.

Resumen

La foliculitis pustulosa eosinofílica (FPE) presenta pápulas y pústulas estériles agrupadas en placas circinadas que afectan zonas seborreicas. Histopatológicamente se caracteriza por un infiltrado eosinofílico perifolicular predominante. De etiología desconocida, se ha asociado con factores raciales, infecciosos, de hipersensibilidad y de atopia. Existen las formas adulta e infantil. Se presenta el caso de un varón de 19 años con un cuadro de dos meses de evolución. En el paciente, la morfología anular de placas eritematosas e infiltradas, la marcada presencia de pústulas y pápulas localizadas en fosa antecubital izquierda y acompañadas de prurito, la negatividad del cultivo y del KOH, así como el intenso infiltrado eosinofílico en la histología que compromete el folículo y la glándula sebácea sin presencia epidérmica de espongiosis motivaron la presunción diagnóstica. Llama mucho la atención la localización flexural única, hecho que hace atípica su presentación.

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):48-50

Palabras clave: Foliculitis pustulosa eosinofílica

Summary

Eosinophilic pustular folliculitis (EPF) displays sterile papules and pustules in annular plaques which affect seborrheic areas. Histopathology predominantly reports a perifollicular eosinophilic infiltrate. Of unknown etiology, it has been associated with race, infectious or hypersensitive factors, and atopia. It can be divided into adult and infantile forms. We present a 19 year old male with lesions located on his left antecubital fossa accompanied by pruritus, which have evolved over a period of two months. At the physical examination there are annular, erythematous and infiltrated plaques formed by papules and pustules.

Keywords: Eosinophilic pustular folliculitis

Introducción

En 1965, lse y Ofuji describen por primera vez esta entidad clínica diferenciada en adultos japoneses jóvenes(1,3,5). En 1977 se reporta la primera observación de esta patología en un paciente no asiático(6).

Existen 3 variantes clínicas: clásica, asociada a VIH e infantil. La forma clásica se presenta durante la cuarta a quinta década de vida, es más frecuente en hombres asiáticos, se caracteriza por brotes de pápulas y pústulas estériles agrupadas en placas circinadas bien delimitadas distribuidas en cara, tronco y parte proximal de miembros superiores. El 50% se acompaña de prurito, con periodos de exacerbación y remisión; se puede encontrar leucocitosis con eosinofilia del 5%. La asociada a VIH inicia a cualquier edad con pápulas aisladas de distribución generalizada, se acompaña siempre de

prurito y su evolución es crónica, cursa con leucopenia (5,7). La forma infantil, descrita en 1984, se caracteriza por papulas y pústulas aisladas que afectan de forma exclusiva el cuero cabelludo y frente(1,2,3,6).

Se ha reportado una nueva forma de FE que difiere de la FE convencional en que tiene una fuerte asociación con atopia y a la presencia de ulceración, formación de nódulos, necrosis folicular y dérmica con vasculitis eosinofílica. Se propone el término "foliculitis eosinofílica necrotizante" para esta nueva forma de FE, que parece reflejar una respuesta dominante Th2 no reprimida a varios estímulos epicutáneos en pacientes con atopia, el estado antirregulador inmune prototípico asociado con un medio de citoquinas dominante de Th2(4).



Caso clínico

Masculino de 19 años de edad, soltero, estudiante, presenta sin causa aparente dermatosis de 2 meses de evolución localizada en fosa antecubital izquierda, caracterizada por pápulas y pústulas que forman placas circinadas, pruriginosas, sin antecedentes patológicos de interés. Recibió tratamientos inespecíficos hace 1 mes con remisión temporal del cuadro. Desde hace 15 días reaparecen las lesiones. Al examen físico presenta placas circinadas y descamativas con bordes infiltrados, conformada por pústulas sobre fondo eritematoso (Figuras 1 y 2).







Figura 2. Pústulas



Figura 3. Panorámica: afección de folículos pilosos

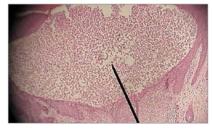


Fig.4. Pústula con infiltrado eosinofílico

Biometría hemática dentro de límites normales, VIH negativo, KOH negativo; el cultivo del contenido de las pústulas fue estéril.

El examen histopatológico con HE en vista panorámica muestra una gran cavidad vesicular intrafolicular con contenido eosinofílico, además se observa dos cavidades vesiculares relacionadas con el folículo piloso hacia el lado derecho de la muestra. Existe hiperplasia epidérmica con elongación de la red de crestas y sobre el estrato córneo una escamo-costra (Figura 3). A mayor aumento se observan eosinófilos intravesiculares, así como infiltrado inflamatorio perianexial (folículo y glándula sebácea) compuesto por neutrófilos y eosinófilos (Figura 4). El paciente fue tratado con naproxeno sódico 550 mg BID e infiltraciones de triamcinolona 1 mg/mL en dilución 1:4, con evolución favorable.

Discusión

La variante clásica de la FPE (enfermedad de Ofuji) afecta a adultos jóvenes inmunocompetentes. Es más frecuente en hombres con una proporción de 5:1(1,6,10). La FPE es una anomalía de etiología desconocida, se la interpreta como una reacción de hipersensibilidad a estímulos antigénicos. Se centra en el folículo, en un terreno de disregulación inmune en los linfocitos Th2 que favorece el protagonismo del eosinófilo como célula efectora final(1,3,6,8).

Las placas tienden a la involución central y progresión centrífuga. Afecta a zonas seborreicas y parte proximal de cara extensora de las extremidades superiores(8), aunque puede afectar otras áreas(8,10), los cultivos resultan siempre negativos(1,5), a excepción de los casos publicados de sobreinfección(1,3). Es frecuente encontrar eosinofilia en sangre hasta en 70% de los pacientes. La evolución habitual de la FPE es crónica, con exacerbaciones y remisiones a lo largo de un periodo variable de tiempo que llega, en casos de evolución prolongada, a varios años(1,3,5).

Pascuale y col. reportaron dos casos con localización atípica, uno en tobillos y otro en caderas(8). Vassallo y col. reportaron un caso con lesiones localizadas en muslos(11).

El examen histopatológico en etapas iniciales se carac-



teriza por espongiosis en la pared del infundíbulo folicular con infiltrado eosinófilico y de mononucleares. En etapas avanzadas se observa una vesícula con neutrófilos, linfocitos y gran número de eosinófilos que separa la pared folicular y con frecuencia afecta la glándula sebácea. Algunas pústulas son intrafoliculares inicialmente y luego se extienden hacia la epidermis formando pústulas subcórneas(1,3,5).

Entre las hipótesis fisiopatológicas para explicar esta enfermedad, se ha especulado sobre la actividad sebácea debido a la distribución de las lesiones, los habituales antecedentes personales de acné y los cambios histopatológicos que respetan la porción inferior del folículo por debajo de la glándula sebácea. De hecho, en lípidos de la superficie cutánea obtenidos de áreas seborreicas de los enfermos se ha demostrado la existencia de factores quimiotácticos para los eosinófilos(1,2).

Se ha encontrado relación con agentes etiológicos específicos, tratándose de una respuesta inflamatoria exagerada a saprófitos o patógenos foliculares como *Demodex folliculorum*, dermatofitos, *Pseudomonas aeruginosa* o Larva *migrans* (1,3,10).

Llama mucho la atención en este paciente la localización flexural única, hecho que hace atípica su presentación(8,11).

El diagnóstico diferencial ante una placa anular de es-

tas características incluye granuloma anular, psoriasis circinada, poroqueratosis, tiña corporis, enfermedad de Sneddon-Wilkinson y lupus vulgar, cuadros que fueron descartados por el patrón histológico propio de cada enfermedad absolutamente distinto al encontrado.

Los tratamientos que hasta el momento se han comunicado útiles en la FPE incluyen:

Glucocorticoides: orales como prednisona 1 mg/kg/día disminuyendo 5 a 10 mg/día; tópicos: clase I superpotentes(1,3).

Antihistamínicos: hidroxicina 0,6 mg/kg/dosis cada 4 horas, cetirizina (con acción antieosinofilica) doxepina 10 a 100 mg HS(3,6,10).

Antinflamatorios no esteroidales: naproxeno 550 BID, indometacina 50 mg TID(10).

Inhibidores de la síntesis de los metabolitos del ácido araquidónico: LT-B4, quimiotáctico para eosinófilos(1,6).

Inmunomoduladores: colchicina, dapsona, ciclosporina, interferón gamma, interferón alfa 2b(1,6,8,10)

Otros tratamientos documentados son isotretinoína: 1 a 2 mg/kg/día, itraconazol 100 mg/día por 4 semanas, fototerapia, luz solar natural(1,3,5).

Referencias

- Rodríguez E, Álvarez C, Blanco S, Galache C, Requena C. Dermatosis eosinofílicas (I). Act Derm Sif 2003;94(2):65-79
- Rodríguez, E, Álvarez C, Blanco S, Galache C, Requena C. Dermatosis eosinofílicas (II), Act Derm Sif 2003;94(3):131-143
- Luelmo J, Sáez A, Foliculitis pustulosa eosinofílica en el lactante. An Esp Pediatr 2001:55:154-158
- Magro C, Crowson A. Necrotizing eosinophilic foliculitis as a manifestation of the atopic diathesis. Int J Derm 2000;39:672-677
- McKean L. Problemas de la piel relacionados con HIV. STEP Perspective [en línea] 1992, 4(2):3-5 http://www.aegis.com/pubs/step/1992, [consulta: 15/02/2004]
- Rodríguez-Díaz E, Junquera L, Nosti D, Barrio A, et al. Foliculitis pustulosa eosinofílica (enfermedad de Ofuji): Respuesta al interferón alfa 2b. Act Derm Sif 2001;92:233-238
- 7. Fearfield L, Rowe A, Francis N. Itchy folliculitis and human immunode-

- ficiency virus infection: clinicopathological and immunological features, pathogenesis and treatment. Br J Dermatol 1999 Jul;141(1): 3-11
- Pasquale P, Bragadin G, Stinco, G, De Francesco V, Frattasio A. Ofuji's disease: diagnostic and therapeutic problems. A report of three cases. Int J Dermatol 2001;40:512-515
- Nunzi E, Parodi A, Rebora A. Ofuji's disease: high circulating titers of IgG and IgM directed to basal cell cytoplasm. J Am Acad Dermatol 1985 Feb: 12(2 Pt 1):268-73
- Dmochowski M, Schwartz R. Eosinophilic Pustular Folliculitis, eMedicine, oct/2003, http://www.emedicine.com/DERM/topic120.htm [en línea] [consulta: 10/03/2004]
- Vasallo C, Ciocca O, Arcaini L, Brazelli V, Ardigò M, et al. Eosinophilic Folliculitis occurring in a patient affected by Hodgkin's lymphoma. Int J Dermatol 2002;41:298,300



Umbrella®

Máxima Protección Solar











Emulsión hipoalergénica para niños.

Factor de protección solar 30

(F.P.S. aprobado por la FDA)





¿Cuál es su diagnóstico? Placas eritematosas diseminadas

Dr. William Ortiz, Dr. Javier Ortega, Dr. Ricardo Pérez A., Dra. Margarita Oliver, Dr. Antonio Rondón Lugo

Instituto de Biomedicina UCV. Caracas - Venezuela

What is your diagnosis? Disseminated erythematous plaques

Presentación del caso

Masculino de 34 años, natural y procedente de Caracas, agente de seguros, presenta desde hace 8 años placas eritematosas descamativas en extremidades que luego se generalizaron, acude a facultativo quien diagnosticó psoriasis e indicó tratamiento con humectantes y esteroides tópicos sin mejoría, indicando posteriormente metotrexato. Los antecedentes familiares no fueron contributorios; como antecedentes personales refiere cuadro asmático en la infancia.

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):52-53

- Figura 1. Placas eritematosas diseminadas, figuradas en tronco, abdomen y miembros superiores. Hay áreas sin lesiones, veánse las lesiones en miembros inferiores
- Figura 2. Lesiones en miembros inferiores; lesiones en región posterior.
- Figura 3. Histopatología. A mayor aumento se observa hiperqueratosis, paraqueratosis



Figura 1.

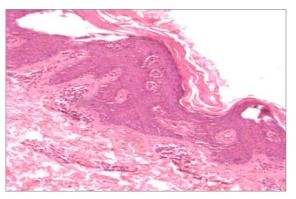


Figura 3.



Figura 2.



Diagnóstico

Pitiriasis rubra pilaris

Sinónimos

Liquen ruber pilaris, enfermedad de Devergie, liquen ruber acuminarus

Comentario

La Pitiriasis rubra pilaris fue descrita en 1835 por Claudius Tarral, como variante de psoriasis. Devergie la separó en pitiriasis pilaris; Besnier la denomina pitiriasis rubra pilaris.

Afecta indistintamente a hombres y mujeres. La proporción varía entre países. Así, el número de casos en Inglaterra es de 1:5000 y en la India 1:50.000. Debuta en las primeras dos décadas o después de la sexta década.

Ocasionalmente hay antecedentes familiares. Se han planteado varios mecanismos patogénicos: deficiencia de vitamina A, trastorno de la queratinización, exposición solar, infecciones, enfermedad autoinmune. Puede asociarse con miastenia gravis, enfermedad celíaca, artritis e hipotiroidismo. Debe tomarse en cuenta la coexistencia con el HIV.

Esta enfermedad usualmente comienza por cabeza y cuello, con prurito en 20% de los pacientes; se acompaña de queratosis seborreica eruptiva.

Se han descrito 5 tipos: típica del adulto, atípica del adulto, circunscrita juvenil, clásica juvenil y juvenil atípica.

Características para el diagnóstico

Hiperqueratosis folicular en base roja, pápulas en dorso de la mano y dedos, localizadas también en tronco y extremidades. Las placas progresan dando aspecto eritrodérmico. Las palmas y plantas están afectadas con hiperqueratosis rojo naranja con islas y espacios. Las uñas se encuentran engrosadas. Las mucosas raramente están afectadas. Como claves diagnósticas tenemos pápulas foliculares sobre base eritematosa, incluyendo la zona proximal de dedos.

La forma del adulto es la más común. Tanto las formas del adulto como la juvenil se pueden resolver en tres años

Paraqueratosis alternando en forma vertical y horizontal que puede acompañarse de hiperqueratosis irregular. También se halla dermatitis psoriasiforme, folículos pilosos dilatados llenos de queratina, hipergranulosis, infiltrado perivascular linfocítico, acantolisis y disqueratosis acantolítica.

Diagnóstico diferencial

Psoriasis, dermatitis seborreica, dermatomiositis, enfermedad de Kawasaki

Tratamiento

Se ha empleado vitamina A, complejo B, retinoides, metotrexato, azatioprina, esteroides y UVB banda estrecha con resultados variables.

PRODUCTOS DERMATOLOGICOS

TODOS LOS PRODUCTOS DERMATOLOGICOS EN UN SOLO LUGAR

Servicio
a domicilio
u oficina
sin recargo



ACEPTAMOS TARJETAS DE CREDITO VISITENOS O LLAMENOS 2256 225

AVRIO COCA 2027 Y AMAZONAS CENTRO COMERICAL DROIRA



¿Cuál es su diagnóstico? Placas eritemato-descamativas a nivel de pliegues

Dr. Patricio Castillo, MT., Dra. Anita Buestán, Dra. Marianita Barzallo

Residentes 1, Posgrado de Dermatología, UCE.. Servicio de Dermatología, Hospital Carlos Andrade Marín

What is your diagnosis? Erythematous and scaly patches and papules

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):54-55

Caso clínico

Femenina de 40 años, nacida y residente en Quito, comerciante. Presenta dermatosis de tres meses de evolución caracterizada por placas eritematosas, infiltradas, descamativas, localizadas en pliegues inguinal, (Figura 1) axilar (Figura 2) y submamario (Figura 3), acompañadas de prurito y dolor.

No hubo antecedentes para la aparición de esta patología.

Los exámenes complementarios se encuentran dentro de parámetros normales. KOH negativo.

La biopsia (Figura 4) reporta elongación de las crestas interpupilares, adelgazamiento de la dermis superficial, paraqueratosis, presencia de microabscesos de Munro, infiltrado mononuclear en dermis.



Figura 1. Placas eritematosas en pliegues inguinales



Figura 2. Placas eritematosas en pliegue axilar



Figura 4. Histopatología



Figura 3. Placas eritematosas en pliegues submamarios



Diagnóstico

Psoriasis inversa.

Tratamiento

Se inició tratamiento con metotrexato 25 mg VO cada semana con lo que se evidenció mejoría al cabo de 1 mes. Al chequeo de control, con el tratamiento instaurado, la paciente se ha mantenido estable, sin lesiones.

Comentario

La psoriasis es una dermatosis crónica, inflamatoria, recidivante, con manifestaciones variables; clínicamente presenta pápulas o placas eritematosas, delimitadas, que se cubren de descamación blanca nacarada. Su etiología todavía no se ha establecido, pese a que fue descrita desde la era bíblica; se asocia a varios tipos de HLA siendo los más frecuentes HLA-B13, HLA-B17, HLA Bw57 y HLA Cw6, relacionados con el brazo corto del cromosoma 6(1-3,11).

El tratamiento no es curativo; los tratamientos tópicos y sistémicos contribuyen a mejorar esta dermatosis(3-4).

En cuanto a su frecuencia, afecta alrededor del 2% de la población mundial, presentándose solo en los Estados Unidos 150.000 casos nuevos anualmente. En nuestro medio no disponemos de una estadística nacional; sin embargo, los datos estadísticos proporcionados por la FEPSO en Quito la incidencia es del 0,56%. (5-6,12-13).

La psoriasis de patrón invertido, también denominada flexural o de las flexuras, se presenta en las zonas intertriginosas húmedas: axilas, región submamaria, ombligo y pliegues interglúteos e inguinales. Representa 2,8-6% del total de los casos de psoriasis. Se observa en pacientes de mediana edad, especialmente sexo femenino y en personas obesas(2,5).

Los exámenes de laboratorio son poco específicos y puede no haber alteraciones en los mismos; con mayor frecuencia se ha observado elevación del ácido úrico, anemia leve, equilibro nitrogenado negativo, aceleración de la VSG, aumento del nivel de alfa 2 macroglobulina, alteraciones de las inmunoglobulinas y de los complejos inmunes T(2).

Histológicamente se observa cambios en la epidermis y dermis superficial, los cuales difieren dependiendo del estado de la lesión, (inicial, psoriasis establecida y algunas variantes)(5).

Habitualmente se confunde con candidiasis o tiña corporis en la que la descamación se limita solo a los bordes de la lesión. Además de la presencia de pústulas satélites; dermatitis seborreica en la que encontraremos lesiones más claras, menos definidas y grasientas; eccemas en cuyo caso debemos tener presente la historia y cuadro clínico general y dermatitis intertriginosas(6-7),

Algunas personas con psoriasis pueden controlar su enfermedad con agentes tópicos. Sin embargo, cerca de 5% requiere irradiación ultravioleta, o inmunosupresores sistémicos. Desafortunadamente los inconvenientes y riesgos de UVA y los efectos tóxicos del metotrexato y ciclofosfamida limitan su uso por tiempo prolongado.

Dentro de su etiología se involucran múltiples reacciones inflamatorias a nivel de la piel; actualmente se están investigando nuevos tratamientos que modulen la misma(9-11).

Referencias

- Odom R, James W, Berger T. Dermatología Clínica de Andrew. Volumen I, Novena edición, España Marban Libros. 2004:p218-34
- Fitzpatrick T. Medicina General en Dermatología. Volumen I. Quinta edición. Argentina. Editorial Panamericana, 2001:p527-46
- Sampaio S. Dermatología Básica. Tercera edición. Brasil. Livera Artes Médicas, 1987:p111-15
- Falabella R. Fundamentos de Medicina, Dermatología. Sexta edición. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003:p221-4
- Rook A. Tratado de Dermatología. Volumen III. Tercera edición. España. Ediciones Doyma, 1989:p1601-81
- Wollina U, Funfstuck V. Juvenile generalized circinate pustular psoriasis treated with oral cyclosporin A. Eur J Dermatol. 2001 Mar-Apr;11(2):117-9
- Gottlieb AB, Chaudhari U, Mulcahy LD, Li S, Dooley LT, Baker DG. Infliximab monotherapy provides rapid and sustained benefit for plaque-

- type psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2003 Jun;48(6):829-35
- Ellis CN, Krueger GG; Alefacept Clinical Study Group. Treatment of chronic plaque psoriasis by selective targeting of memory effector T lymphocytes. N Engl J Med. 2001 Jul 26;345(4):248-55
- Alan E, Vandan N, Raj P. Serum TNF alfa in psoriasis after treatment with propylthiouracil, an antithyroid thiourylene. BMC. Dermatology 2004;
- Greaves MW, Weinstein GD. Treatment of psoriasis. N Engl J Med. 1995 Mar 2;332(9):581-8
- 11. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003 Apr 5;361(9364):1197-204
- Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la psoriasis en el Distrito Metropolitano de Quito. Dermatol Ecuat, 2004;12(1):14-7
- Cañarte C, Palacios S. Epidemiología de la psoriasis en el Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Quito. Dermatol Ecuat, 2000;9(2):5-7



Cómo hallar artículos médicos completos en español en internet: SciELO y las Bibliotecas Virtuales en Salud

Dr. Daniel Hinostroza C.

Presidente, Sociedad Ecuatoriana de Informática en Ciencias de la Salud -SEICS-

How to find medical articles in full-text and in Spanish using the internet: SciELO and the Virtual Health Libraries (BVS)

Dermatol Ecuat, 2004;12(2):56

¿Se encuentra frustrado a la hora de buscar soporte bibliográfico para iniciar su investigación o para sustentar su publicación científica? Existen muchas revistas médicas en español que ofrecen su publicación totalmente gratis en la red internet. Inicialmente estuvieron disponibles solamente en el sitio web de la entidad auspiciante pero desde hace algunos años estas revistas científicas en versión electrónica también se pueden hallar reunidas en bibliotecas virtuales.

SciELO (Scientific Electronic Library Online) concentra el número más grande de artículos completos provenientes de revistas latinoamericanas y caribeñas. En SciELO tendrá mayor probabilidad de hallar un artículo que haya pasado por un proceso tanto de revisión por parte de un comité editorial como de publicación formal.

Entre las Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS) de cada país y SciELO se reparten las tareas de ingreso y mantenimiento enlínea de los artículos completos. La ventaja, quizá no intencional, de esta concentración de información es que se pueden consultar a todas las fuentes de la red SciELO desde una sola interfaz de búsqueda en internet: www.google.com

Existe un método rápido y sencillo para hallar estos artículos completos. Por ejemplo: si busca información referente a dermatitis atópica, escriba su consulta en Google así: dermatitis atopica bvs OR scielo (Figura 1). "bvs OR scielo" es un filtro que Google reconoce al momento de ejecutar la búsqueda. OR siempre debe ir en medio de las dos palabras y siempre en mayúsculas. De otro modo, Google excluirá documentos relevantes.

Otros ejemplos son: facomatosis bvs OR scielo, larva migrans bvs OR scielo, acantosis nigricans bvs OR scielo

Los resultados de Google se despliegan a manera de listado (Figura 2). Uno puede inferir el país de procedencia a partir de las direcciones web de cada publicación (www.scielo.cl = Chile; www.scielo.org.pe= Perú, etc). Los resultados generalmente ofrecen el artículo completo en dos versiones: texto HTML (página web) y PDF (documento digital portátil) (Figura 3).

Para asegurar que el documento se despliege en la pantalla de su computador tal cual como fuera publicado, las casas editoriales que producen revistas electrónicas a nivel mundial han adoptado el formato PDF (documento digital) de Adobe Acrobat como estándar para la distribución de estos documentos. Adobe Acrobat es mejor que Microsoft Word para conservar las publicaciones electrónicas porque el formato PDF permite al lector ver, imprimir e incluso agregar comentarios al artículo completo pero no modificar al documento. Por ello, le convendrá tener instalado en su computador el programa "Adobe Acrobat Reader". Es gratuito y de libre descarga del internet (www.adobe.com/reader). Si su computador tiene más de 4 años, será mejor usar Acrobat Reader versión 4. La versión 5 es útil para máquinas de 3 años ó menos. Para computadores con procesadores Pentium 4 ó superior, dése el gusto de usar la versión 6 ó 7. •



Figura 1. Página de inicio de Google (internet)



Figura 2. Despliegue de resultados (listado)

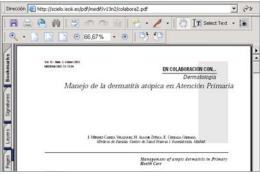
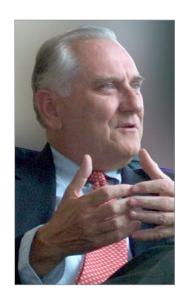


Figura 3. Artículo completo en español en formato PDF y de acceso gratuito



Dermatología profesional

Luis Conde-Salazar Gómez y Armando Ancona-Alayón



En el año 2004, los doctores Luis Conde-Salazar Gómez y Armando Ancona-Alayón, de la mano de la Ediciones Aula Médica, publicaron el libro Dermatología Profesional, el cual conjuga una serie de elementos que lo vuelven imprescindible para quien estudia y trabaja con y para la piel. La revista Dermatología agradece al Dr. Conde-Salazar por autorizar la inclusión en el CD-ROM del primer capítulo del libro, que es de su autoría, así como la tabla de contenido.

Acerca de los autores

Luis Conde-Salazar Gómez

Dermatólogo. Especialista en Medicina del Trabajo. Miembro del G.E.I.D.C. Jefe del Servicio de Dermatología Laboral Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III de Madrid

Armando Ancona-Alayón

Dermatólogo. Fundador de la Unidad de Dermatitis por Contacto y Dermatosis Profesionales. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretario del Grupo Mexicano de Investigación en Dermatitis por Contacto y Profesionales.

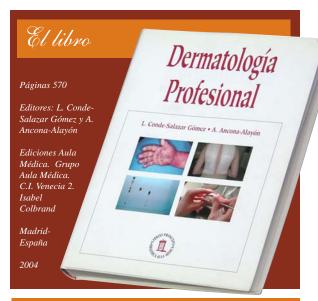


Prólogo

"Este es un buen libro; moderno, puesto al día y llegado justo a tiempo. Por lo demás, la información que contiene es completísima y podrá ser utilizada por médicos, químicos, biólogos, higienistas e ingenieros entre otros profesionales. Es evidente que es un libro de consulta para generalistas, médicos del trabajo o médicos de empresa, alergólogos, dermatólogos e incluso médicos de medicina legal. La iconografía es excelente".

"No haré ningún comentario sobre el contenido científico ya que visto el índice es irreprochable, por completo y exhaustivo. Sí lo haré, con gusto, para resaltar cuatro de ellos que confieren al libro especial modernidad y eficacia. Me refiero a la tabla de alergenos y suministradores de material para la práctica de las epicutáneas. Al capítulo sobre Informática. Al capítulo sobre legislación y en especial al que describe la historia de los Grupos de Contacto en los que tan involucrado me he hallado a lo largo de mi vida profesional. Este es un detalle que agradezco mucho desde estas líneas". •

J.M. Jiménez Camarasa Catedrático de Dermatología Presidente de la European Society of Contact Dermatitis



Dermatología Profesional





Dermovate

En Psoriasis y Eczemas (2)

CUTIVATE®

En Dermatosis para toda la familia (3)

Eumovate®

En Eczema de contacto en los niños (4)

Precio económico y estable (1)



2. EC 04 - Dic/02

3. EC 08 - Sep/04

4. EC 04 - 12/Dic/04



NORMAS Y REGLAMENTOS



Normas de publicación

La Revista Dermatología aceptará trabajos para su publicación, siempre que estén relacionados con la especialidad y previo dictamen del *Comité Editorial*, con los asesoramientos que éste estime necesarios.

Los trabajos deberán reunir los siguientes requisitos:

- Serán originales y no publicados previa o simultáneamente en otra revista.
- 2. Para la ulterior reproducción de cualquiera de los artículos en otra publicación deberá solicitarse permiso, por escrito, al Editor de la revista Dermatología y las reproducciones que se autoricen llevarán siempre la referencia bibliográfica completa de la publicación en esta revista. También se aceptan las solicitudes por correo electrónico.
- Se pueden enviar artículos originales de investigación, revisiones bibliográficas, reporte de casos, cartas al editor, cirugía y otros temas generales relacionados con la especialidad.
- 4. El Comité Editorial -cuya integración es anónimapodrá devolver los trabajos que no considere adecuados para su publicación, explicando al o los autores los motivos para tal decisión. Podrá también solicitar modificaciones, correcciones o reducciones del trabajo, reservándose su aceptación una vez que estén efectuadas por el autor. La decisión del Comité Editorial será definitiva.
- 5. En la primera página figurarán:
- Título del trabajo
- Nombres y apellidos completos de cada uno de los autores
- Centro o centros en los que se llevó a cabo el trabajo o la ciudad en la que reside cada uno de los autores
- Dos a cinco palabras clave que sirvan, a juicio de los autores, para catalogar y fichar ulteriormente el trabajo en los índices por materias y para el buscador electrónico. Para este propósito recomendamos usar

- términos raíz provenientes de los Descriptores en Ciencias de la Salud -DeCS
- Correspondencia: nombre, dirección, correo electrónico y teléfono del autor principal
- El texto del trabajo deberá ir dividido en apartados.
 Se considera preferible el clásico esquema de:
 - Introducción
 - Material y métodos
 - Resultados
 - Discusión
 - Conclusiones (eventualmente)
 - Referencias
 - Apéndices

Cuando se trata de un caso o un corto número de casos, será suficiente usar los apartados: introducción, caso(s) clínico(s); discusión o comentario. El caso que deja lecciones tiene más valor que el caso infrecuente.

- 7. Al principio se incluirá un resumen de hasta doscientas cincuenta palabras, que deberá ir en español e inglés (summary/abstract). El resumen puede extenderse hasta cuatrocientas palabras si el artículo tiene más de 10 carillas.
- 8. Las referencias sólo incluirán las citadas en el texto y usadas directa y personalmente por los autores para su redacción, bajo las siguientes normas:
- a) Artículos: apellidos e iniciales del nombre del o de los autores. Título completo del trabajo en su idioma original. Título completo de la revista (o abreviatura oficial) en que haya sido publicado. Año, mes;volumen(número):primera-última páginas. De tener la referencia bibliográfica un código de identificación única (PMID, DOI, LILACS Id.), puede incluirse al final. Ejemplo:

Richens JF. Genital manifestations of tropical diseases. Sex Transm Infect. 2004 Feb;80(1):12-7. PMID: 14755029



Criterios éticos para la Promoción de Medicamentos. O.P.S.



A raíz de la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, celebrada en Nairobi en noviembre de 1985, la OMS preparó una estrategia revisada en materia de medicamentos que recibió el respaldo de la 39a Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA39.27. Esa estrategia abarca, entre otros componentes, el establecimiento de criterios éticos para la promoción de medicamentos, que vienen a ser una actualización y ampliación de los criterios éticos y científicos establecidos en 1968 por la 21a Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA21.41. Los criterios que siguen se han preparado en cumplimiento de lo que antecede, sobre la base de un proyecto que elaboró un grupo internacional de expertos.



- b) Libros: Apellidos e iniciales de los nombres del autor(es). Título del libro y número de edición. Editorial, ciudad, año de edición: página que se referencia (utilizando p.). Ejemplo: Ollague W. Manual de Dermatología y Venereología, Sexta edición. Editorial Alpha, Guayaquil, 1984:p.23-35
- c) Capítulos de libros: Apellidos e iniciales de los nombres del autor(es). Título del capítulo. En: (se cita la referencia del libro como en el ejemplo anterior).

Nota:

La Revista Dermatología deberá citarse utilizando la abreviatura Dermatol Ecuat.

Referencias tomadas de resúmenes (abstracts) obtenidos de MEDLINE -cuando no se ha obtenido el artículo completo- deben especificar esta condición añadiendo al final de la cita y entre corchetes [Abstract]. No se admitirán direcciones de internet ambiguas, números IP o direcciones de buscadores (tripod.com, Yahoo.com, Google.com, etc.)

9. Las fotos clínicas o microfotografías serán, preferiblemente, a color, tamaño 9 x 12 cm, en papel brillante. En el dorso se numerará cada fotografía y una flecha debe indicar el sentido en el que debe ser colocada, todo ello en lápiz. También se aceptan diapositivas.

Las fotografías digitales deberán tener calidad suficiente para su reproducción por lo que se exige que no sean manipuladas en un intento de reducir el número de megapíxeles. Recomendamos fotografías digitales tomadas en resolución máxima, con cámaras capaces de alcanzar al menos 3,1 megapíxeles por fotografía. Las fotos deberán estar individualizadas, es decir, no incorporadas dentro del documento de texto que se adjunte.

En una hoja aparte se escribirán los pies de la fotografía.

- 10. Las tablas y gráficos se enviarán cada uno en hoja aparte, originales con buena calidad para la reproducción y/o en medio electrónico.
- 11. Los trabajos deben ser enviados por correo certificado o entregados personalmente, dentro del plazo estipulado previamente por la Oficina Editora, de la siguiente forma:
- Dos ejemplares impresos a doble espacio, en papel tamaño INEN A4 por una sola cara, numerados.
- Versión digital en CD-ROM, CD-RW, disquete u otro medio magnético de uso común, con el texto escrito en formato .doc (Microsoft Word), .rtf (Rich Text Format), LaTeX, TeX o .pdf y las fotografías digitales por separado. En cualquiera de estos casos solicitamos no coloquen contraseña de acceso o protecciones contra copia.

Envíe sus manuscritos a la siguiente dirección: Revista Dermatología Oficina Editora Av. República 754 y Eloy Alfaro Edif. Complejo Médico La Salud. Of. 804 Quito-Ecuador

La Oficina Editora acusará recibo del trabajo y posteriormente comunicará al autor su aceptación o el dictamen del Comité Editorial.

Responsables de la *Oficina Editora*: Dr. Daniel Hinostroza C. Lcda. Sigrid Rodríguez C. Telf. (593 9) 9072318 Correo: info@cerebroperiferico.com





XVII CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO DE DERMATOLOGÍA

"Es para el Ecuador inédita la realización del XVII CILAD, cuya sede será Quito, encuentro internacional que dará continuidad al cambio en su realización de cuatro a dos años, que se impondrá por primera vez en Cartagena en el 2005.

La dermatología ecuatoriana, que será la anfitriona del evento, ha asumido el reto del XVII CILAD con absoluta responsabilidad y aunando esfuerzos para presentar a Iberoamérica y al mundo un Congreso del más alto nivel."

Dr. Patricio Freire PRESIDENTE XVII CONGRESO CILAD



Ciudad de Quito ¡Toca el cielo! Agosto 2008

contenido

- Fintrevista: Dra. Gladis León Dorante
- Unusual Tumors of the Skin, Dra. Suzanne Olbricht
- Pénfigo foliáceo endémico, Dr. Carlos Galarza
- Artritis psoriática, Dr. Guillermo Chalela
- Qué hay de nuevo en psoriasis, Dr. Antonio J. Rondón Lugo
- Psoriasis: correlación clínico-patológica, Dra. Laura Soria Arteaga
- Técnica microquirúrgica de Mohs. Reseña gráfica, Dr. Juan Francisco Barzallo
- ullet Criterios éticos para la promoción de medicamentos. O.P.S.