

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alopecia Areata e Incremento de la Prevalencia de Desórdenes Psiquiátricos

Dra. Elba Naccha
(JOHN YM. KOO, M.D. et al. Int. Dermatol. 33:849-50; 1994)

La relación de la alopecia areata (AA) y los desórdenes psiquiátricos no ha sido bien estudiada. Si bien algunos reportes previos no han sido capaces de correlacionar una enfermedad psiquiátrica con la pérdida de pelo, un estudio reciente de Colon y colaboradores determinó que el 74% de pacientes con AA, bajo una evaluación, tienen en el curso de su vida uno o más diagnósticos psiquiátricos.

Este estudio se basa en la respuesta de 294 pacientes con AA a un cuestionario detallado. La prevalencia de los desórdenes psiquiátricos fue determinada usando los criterios del Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IIIR).

Depresión mayor, enfermedad de ansiedad generalizada, fobia social y desórdenes paranoides estuvieron presentes en los pacientes con AA en grados significativamente más altos (23.3%) que en la población general (4.7-8.2%).

Se concluye que los pacientes con alopecia areata tienen un riesgo mayor de desarrollar una afección psiquiátrica durante su curso clínico.

Drogas Asociadas a Alopecia

(PETER I. PILLANS, M.D. et al. Int J Dermatol 34:149-58; 1995)

La pérdida del pelo inducida por drogas se presenta como una alopecia difusa no cicatricial, reversible y que involucra generalmente al cuero cabelludo; presentándose más frecuentemente en mujeres que en hombres y, generalmente, no está acompañada de otros síntomas.

Algunas drogas pueden interferir en el ciclo del pelo y producir su caída, tanto por inducción de un abrupto cese de la actividad mitótica (efluvio anágeno) como por precipitación de los folículos a una prematura fase de telogen (efluvio telógeno).

Esta alopecia es típicamente reversible y su severidad y prevalencia dependen tanto de la droga como la predisposición del individuo.

En el efluvio anágeno, que es efecto adverso prominente de las drogas antineoplásicas, la pérdida del pelo ocurre dentro de los pocos días a semanas de administración; es repentina, severa e involucra la mayor parte del cuero cabelludo simultáneamente. El crecimiento se produce cuando el tratamiento es discontinuado. Se consideran como causantes de una severa pérdida de pelo a la ciclofosfamida, ifosfamida, doxorubicina, dactinomicina, daunorubicina, 5 - fluoruracilo, bleomicina y vindesina; y como causantes de una moderada alopecia a mecloretamina, thiotepa, metotrexate, vinblastina, vincristina, etoposide, carmustine e hidroxiúrea.

En el efluvio telógeno la pérdida de pelo se hace evidente a los 2 a 5 meses después de iniciado el tratamiento; es casi siempre difuso y casi nunca total. Se mencionan como probables causantes a los betabloqueadores, bromocriptina, captopril, carbimazole, cimetidina, cumarinas, fluoxetine, sales de oro, interferon, agentes reductores de lípidos, litio, retinoides, tiouracilo, sulfasalasina y ácido

salproico; y como posibles causantes a la amiodarona, carbamazepina, contraceptivos orales, antidepresivos, tricíclicos, enalapril, heparina, proguanil, metildopa y metisergida.

Ketoconazol en Onicomiosis: Proposición de Un Nuevo Tratamiento.

(DAPNE MÁLAGA L.Q.F. Tesis Especial. Farmacia Clínica. UNMSM. Lima, 1995)

Se realizó un estudio clínico abierto en 46 pacientes con diagnóstico de onicomiosis en el Departamento de Dermatología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, con el objetivo de aplicar un nuevo método de tratamiento para esta enfermedad de las uñas, utilizando Ketoconazol por vía per-oral.

Se administró Ketoconazol 200 mg./día P.O. por 30 días consecutivos; seguidos de Ketoconazol 200 mg./semana P.O. hasta la curación clínica y/o micológica, teniéndose en cuenta que el Ketoconazol se encuentra en el estrato córneo en niveles terapéuticos hasta por lo menos 10 días después de su administración. El tiempo de tratamiento fue de aproximadamente 8 meses.

Se obtuvo un 44% de curaciones con proyección a 59% en 1 mes, lo cual está dentro de lo encontrado en estudios de tratamientos convencionales con Ketoconazol (45-66%).

Los resultados de este estudio permiten concluir que el nuevo método propuesto tiene la misma efectividad que el método convencional, pero con la ventaja de ser más económico y presentar menos efectos colaterales.

Tratamiento del Pénfigo y Dermatitis Lineal IgA con Nicotinamida y Tetraciclina: Revisión de 13 casos

Dr. Carlos Rodríguez
(CHAFFINS, M.; COLLISON, D.; FIVENSON, D. J. Am Acad Dermatol 28:998- 1000; 1993)

En la actualidad no existe un tratamiento satisfactorio para el Pénfigo. El uso de Nicotinamida en combinación con Tetraciclina es menos tóxico que los corticoides y que las drogas inmunomoduladoras. Debido a que dicha combinación resulta ser efectiva en el tratamiento del Pénfigo y la Dermatitis Lineal IgA, se desarrolló este estudio abierto que evaluó a trece pacientes: once con Pénfigo (seis con Pénfigo vulgar y cinco con Pénfigo superficial) y dos con Dermatitis Lineal IgA, quienes recibieron 1.5 g/día de Nicotinamida y 2 g/d de Tetraciclina con o sin corticoides, durante 8 semanas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: siete pacientes experimentaron respuesta completa a la terapia combinada, cuatro respondieron parcialmente y dos no tuvieron respuesta satisfactoria.

De los seis pacientes con Pénfigo vulgar: tres respondieron completamente, dos respondieron parcialmente y uno no respondió. De los cinco con Pénfigo superficial: dos respondieron completamente, dos experimentaron respuesta parcial y uno no respondió. Los dos pacientes con Dermatitis Lineal IgA respondieron completa y muy rápidamente a la terapia combinada. Tres de cuatro pacientes a los que se les practicó inmunofluorescencia indirecta mostraron reducción significativa de los títulos para anticuerpos contra Pénfigo durante el tratamiento.

De los ocho pacientes que reportaron efectos secundarios: cuatro refirieron náuseas, dolor abdominal y diarrea moderada; tres tuvieron síntomas

gastrointestinales y uno desarrolló erupción morbiliforme generalizada.

Los autores concluyen en que este esquema terapéutico debe ser usado como una alternativa a los esteroides en pacientes con Pénfigo superficial y Dermatitis Lineal IgA y puede ser usado como coadyuvante en el tratamiento con esteroides en casos de Pénfigo vulgar.