

# REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

## BIBLIOGRAPHIC REVIEWS

Claudia Bejar<sup>1</sup>

### *PEEP005 (mebutato de ingenol) en gel para el tratamiento tópico de carcinoma basocelular superficial: resultados de un estudio randomizado en fase IIa.*

SILLER G, ROSEN R, FREEMAN M, WELBURN P, KATSAMAS J, OGBOURNE S. PEP005 (ingenol mebutate) gel for the topical treatment of superficial basal cell carcinoma: results of a randomized phase IIa trial. *Australas J Dermatol.* 2010;51(2):99-105.

El mebutato de ingenol (PEEP005) es un nuevo agente extraído de la planta *Euphorbia peplus*, conocida por sus efectos terapéuticos en carcinoma basocelular, queratosis actínicas y verrugas. Dicha sustancia induce rápidamente necrosis primaria de la lesión y posteriormente citotoxicidad celular contra células tumorales residuales, mediada principalmente por neutrófilos.

Ingresaron al estudio 60 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de carcinoma basocelular, con lesiones de 4-15mm de diámetro y un grosor de hasta 4mm. Los pacientes con lesiones recurrentes o atípicas, y aquellos inmunosuprimidos fueron excluidos. El tratamiento consistió en la aplicación tópica de gel de mebutato de ingenol al 0.0025%, 0.01% ó 0.05%. La incidencia de eventos adversos fue baja y cuando éstos se presentaron fueron leves y consistentes en eritema y descamación. Se observó una variación individual en la respuesta de la piel, además de la respuesta local relacionada a la dosis. Las lesiones fueron extirpadas el día 85 de tratamiento para realizar el examen histológico y tinción con HE en 10 a 50 secciones por lesión.

Se comprobó la remisión completa de lesión en más del 71% de los casos. Aunque el número de pacientes en cada grupo fue reducido, este estudio sugiere una alternativa de tratamiento tópico de corto plazo, sin la necesidad de iluminación o fotoactivación, relacionada a la terapia fotodinámica. Se requieren estudios más grandes con escalamiento de dosis para determinar la dosis máxima tolerada.

### *Cardiomiopatía dilatada en epidermolisis bullosa: un estudio retrospectivo y multicéntrico.*

LARA-CORRALES I, MELLERIO JE, MARTINEZ AE, GREEN A, LUCKY AW, AZIZKHAN RG, et al. Dilated cardiomyopathy in epidermolysis bullosa: a retrospective, multicenter study. *Pediatr Dermatol.* 2010;27(3):238-43.

Se ha reportado asociación entre cardiopatía dilatada (CD) y subtipos severos de epidermolisis bullosa (EB). Algunos factores involucrados podrían ser un mal estado de nutrición, deficiencias de algunos micronutrientes como carnitina y oligoelementos como el selenio, así como estados de sobrecarga de hierro.

La clasificación actual de EB propone cuatro subtipos: simple, de la unión, distrófica y síndrome de Kindler. La expresión anormal de proteínas presentes en la piel y en algunos órganos internos podría explicar la presencia de manifestaciones cutáneas además de la cardiopatía. Se realizó un estudio multicéntrico y retrospectivo que incluyó 15 pacientes con EB y cardiomiopatía dilatada asociada. La mayoría (73%) fueron varones. El 87% presentaban EB distrófica y 13% EB de la unión. La edad promedio de presentación de la cardiopatía fue 12.4±4.9 años. Dos pacientes tuvieron una enfermedad viral previa a la presentación de los síntomas de la falla cardíaca; todos los pacientes tenían anemia ferropénica como diagnóstico previo y se encontraban recibiendo suplementos de hierro; en casi la mitad casos se observaron niveles de selenio sérico bajos, así como niveles de carnitina subnormales en cinco pacientes. Después de un seguimiento de seis años el 40% de los sujetos había fallecido, igual número permanecía estable sin tratamiento y 13.3% recibían tratamiento y se encontraban controlados.

La etiología de la CD relacionada a EB aún no está clara; no se ha estudiado la distribución del colágeno VII en un corazón normal, asumiéndose que es negativa. Se ha propuesto como factor predisponente al déficit de micronutrientes, debido a que los pacientes con EB tienen requerimientos altos, por las heridas, infecciones, lesiones en boca y compromiso del tracto gastrointestinal, al que están sometidos.

<sup>1</sup> Médica dermatóloga. Gerencia de EsSalud. Lima-Perú.

El presente se trata de un estudio de series de casos, por lo que existe una variabilidad intrínseca en la severidad y el manejo de los pacientes, limitando así las conclusiones. La presencia de CD en pacientes con EB es probablemente multifactorial. Se recomienda de manera rutinaria electrocardiograma, ecocardiograma y evaluación cardiológica para todos los pacientes con EB distrófica y de la unión para poder identificar cambios tempranos de CD, así como dosaje de micronutrientes, albúmina y hemoglobina.

### *Manifestaciones cutáneo-mucosas de coccidiomicosis: estudio de 30 casos procedentes de los estados brasileños de Piauí y Maranhão.*

DEUS FILHO A, DEUS AC, MENESES ADE O, SOARES AS, LIRA AL. Skin and mucous membrane manifestations of coccidioidomycosis: a study of thirty cases in the Brazilian states of Piauí and Maranhão. *An Bras Dermatol.* 2010;85(1):45-51.

Causada por el hongo dimórfico geofílico *Coccidioides immitis* y adquirida por la inhalación de arthroconidios infectantes presentes en el suelo, la coccidiomicosis es una enfermedad sistémica que se presenta usualmente como una infección benigna de resolución espontánea. En Brasil las micosis que causan manifestaciones pulmonares crónicas o que se asocian a neuropatías crónicas de etiología variada son: coccidiomicosis, paracoccidiomicosis, aspergilosis, histoplasmosis y criptococcosis.

Recientemente, a partir de estudios de filogenia molecular, se ha demostrado la existencia de otra especie de agente etiológico, que estaba escondida junto a *C. immitis*, denominada *C. posadasii* en honor a Alejandro Possadas, su descubridor. El concepto actual ha cambiado entonces, considerando que *C. immitis* corresponde a los hongos hallados en California sobretodo en el valle de San Joaquín, y la especie *C. posadasii* prevalece en todas las demás áreas endémicas del continente americano. Se describen las manifestaciones dermatológicas de esta enfermedad, así como las ocupaciones de riesgo relacionadas a la enfermedad y el cuadro clínico sistémico asociado. El estudio se realizó del 2003 al 2006, con 30 casos de coccidiomicosis provenientes de dos estados de Brasil, diagnosticados clínicamente y por examen microscópico directo, cultivo de esputo o pruebas serológicas usando técnicas de inmunodifusión en doble agar gel. Se encontró lesiones extrapulmonares en 13 casos (43.3%) consistentes principalmente en manifestaciones de hipersensibilidad: eritema, nodos (26.6%), exantema con lesiones eritemato-escamosas (26.6%) y eritema multiforme

(23.3%); así mismo se observó úlceras en lengua (13.3%), úlceras labiales (6.6%) y abscesos subcutáneos (3.3%). Estas manifestaciones se observaron durante la fase aguda de la enfermedad. Por la variedad de su presentación clínica la coccidiomicosis es considerada dentro de la categoría de las grandes imitadoras junto a la hanseniasis, tuberculosis y sífilis. Este hecho cobra importancia cuando nos encontramos frente a un paciente portador de una neuropatía de etiología no esclarecida asociada a manifestaciones cutáneo mucosas, donde el conocimiento y la sospecha diagnóstica son claves para evitar diagnósticos erróneos como neumonías inespecíficas, tuberculosis o pneumoconiosis/silicosis. La presencia de manifestaciones cutáneas asociadas a una infección respiratoria aguda aumenta la presunción diagnóstica de coccidiomicosis, especialmente en cazadores de armadillos o personas expuestas a excavación de suelos.

### *Eliminación transepidermica de parásitos en la enfermedad de Jorge Lobo.*

MIRANDA MF, COSTA VS, BITTENCOURT MdeJ, BRITO AC. Transepidermal elimination of parasites in Jorge Lobo's disease. *An Bras Dermatol.* 2010;85(1):39-43.

Son pocos los estudios que han tratado este tema. En la presente investigación se revisaron 40 biopsias de 37 pacientes con diagnóstico de lobomicosis durante un periodo de 37 años (1967-2003). Las secciones fueron obtenidas de bloques de parafina y posteriormente fueron teñidas con HE para examen microscópico. Se consideró como eliminación transepidermica de parásito la presencia de este en estructuras epidérmicas.

Treinta y un pacientes fueron varones y seis mujeres. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 51 años. Se realizaron 511 cortes (con una media de 12.77 cortes por caso). Se detectó eliminación transepidermica del parásito en 110 (21.52%) cortes. Las características histológicas consistentes con este fenómeno fueron halladas en 15 de 37 pacientes (40.5%). Los parásitos se identificaron en infundíbulos hiperplásicos conectados en cadenas o en unidades aisladas, asociados o no a células inflamatorias, principalmente neutrófilos (a veces constituyendo microabsesos), así como presencia de histiocitos y linfocitos. Los resultados del estudio, aunque con una significancia estadística baja, sugieren que el fenómeno de eliminación parasitaria invariablemente ocurre en esta enfermedad, y es en el epitelio infundibular. Sin embargo se requiere de más investigaciones que avalen la importancia de dicho fenómeno en la epidemiología de esta micosis.

## Vitamina D y autoinmunidad: ¿existe asociación?

ERSOY-EVANS S. Commentary: Vitamin D and autoimmunity: is there an association? *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(6):942-4.

Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por una pérdida de la autotolerancia. La vitamina D es una hormona lipofílica ampliamente relacionada al metabolismo óseo y ejerce sus efectos vía un receptor nuclear (VDR), dicha vitamina ha sido implicada dentro de los factores ambientales que podrían gatillar o exacerbar procesos de autoinmunidad. En este sentido encontramos por ejemplo reportes de pacientes con vitíligo y bajos niveles de vitamina D. Otros reportes nos hablan de su relación con la incidencia o severidad de varias enfermedades autoinmunes que incluyen enfermedad inflamatoria intestinal, esclerosis múltiple, lupus sistémico, diabetes mellitus tipo 1 y artritis reumatoide. La presencia de receptores para vitamina D en macrófagos, células dendríticas y linfocitos activados sugiere su rol en la función inmune. La autoinmunidad es una respuesta inmune adaptativa a autoantígenos. Las células dendríticas son poderosos agentes antipresentadores de antígenos y forman un puente entre la inmunidad innata y la adaptativa, manteniendo de esta forma un estado de autotolerancia. La vitamina D3 (25(OH)2D3) ejerce inmunoregulación al actuar en las células dendríticas, inhibiendo su maduración y diferenciación, así como la expresión del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II. *In vitro* la vitamina D inhibe la proliferación de células T y la secreción de algunas citoquinas Th1. Los datos sugieren que la activación de la respuesta Th1 potencia el fenotipo Th2, el cual es uno de los mecanismos por el cual suprime enfermedades autoinmunes mediadas por Th1. Además recientemente se ha reconocido que las células Th17 son más potentes que los Th1 induciendo autoinmunidad y que la vitamina D también inhibe la función y diferenciación de dichas células.

No se conoce todavía la causa de los bajos niveles de vitamina D en pacientes con enfermedades autoinmunes; podría estar relacionado a la dieta, la exposición ambiental, disminución de la síntesis o aumento del catabolismo.

## Dermatitis periorificial inducida por esteroides en niños: características clínicas y respuesta a ácido azelaico.

JANSEN T, MELNIK BC, SCHADENFORD D. Steroid-induced periorificial dermatitis in children. Clinical features and response to azelaic acid. *Pediatr Dermatol.* 2010;27(2):137-42.

La dermatitis periorificial es una enfermedad vista en mujeres jóvenes con frecuencia, y ocasionalmente en niños. El estudio que revisamos describe las características clínicas de la patología en niños, así como los posibles factores

patogénicos y la respuesta al tratamiento con ácido azelaico al 20% en crema.

Se evaluaron diez niños que presentaban dermatitis periorificial no granulomatosa por un promedio de 4.9 meses de evolución (rango 3-7 meses). Se documentó el tratamiento previo, se realizó prick test con un panel de seis alérgenos inhalatorios comunes y test de parche según las series de estándar europeo.

Se evaluó también la asociación entre atopía y dermatitis periorificial, y se realizó pruebas de colonización por hongos, bacterias y *Demodex*. El tratamiento consistió en la aplicación tópica de crema de ácido azelaico al 20%, dos veces al día en todas las áreas afectadas, hasta la completa resolución del cuadro, la cual fue evaluada de manera individual. En todos los pacientes hubo el antecedente de utilización de corticoides tópicos de baja y alta potencia previo a la erupción. En la mitad de los casos se encontró además atopía. Los resultados de pruebas de alergia y microbiológicas no revelaron resultados patológicos. El uso de ácido azelaico llevó a la resolución completa de las lesiones después de 5.4 semanas (rango 4-8 semanas). En tres de los pacientes se observó exacerbación transitoria de las lesiones entre el segundo y sexto día de tratamiento y en el resto de pacientes los efectos adversos fueron mínimos y sólo estuvieron presentes durante las primeras dos semanas de terapia. No hubo recurrencias durante el seguimiento de 4.4 meses (rango 2-8 meses).

## Terapia con warfarina hasta alcanzar un INR de 3.0 para poliarteritis nodosa cutánea.

KAWAKAMI T, SOMA Y. Use of warfarin therapy at a target international normalized ratio of 3.0 for cutaneous polyarteritis nodosa. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(4):602-6.

La poliarteritis nodosa cutánea (PNC) es una enfermedad poco común que puede ser difícil de manejar. Se trata de una vasculitis necrotizante de arterias pequeñas a medianas que afecta la piel sin compromiso de órganos internos. Previamente se sugirió la posible asociación entre PNC y la presencia de complejos antifosfatidilserina-protrombina (anti-PS/PT), miembros de la familia de anticuerpos antifosfolípidos. También se ha encontrado asociación entre oclusión microvascular y vasculitis cutánea en pacientes con PCN. El síndrome antifosfolípido es una enfermedad en la que ocurre trombosis arterial y venosa. El tratamiento más efectivo para la prevención de eventos trombóticos es el uso de warfarina.

El objetivo del estudio fue evaluar las manifestaciones clínicas y la efectividad del tratamiento de PNC. Se realizó un estudio retrospectivo de tres pacientes quienes respondieron a terapia con warfarina. Se midió IgG e IgM anti-PS/PT. Hubo una dramática mejoría en los tres

pacientes después de alcanzar un INR de 3.0. La limitación del estudio es el pequeño número de casos presentados y el diseño del mismo.

### *Tratamiento de pitiriasis rubra pilaris refractaria del adulto con antagonistas FNT-alfa: una serie de casos*

GARCOVICH S, DI GIAMPETRUZZI AR, ANTONELLI G, GARCOVICH A, DIDONA B. Treatment of refractory adult-onset pytriasis rubra pilaris with TNF-alpha antagonists: a case series. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010;24(4):881-4.

El tratamiento sistémico de pitiriasis rubra pilaris (PRP) es a veces insatisfactorio debido a su toxicidad a largo plazo. Según la clasificación de Griffiths, la PRP tipo I es la más frecuente y tiene un curso favorable llegando a una posible resolución espontánea en 1 a 3 años. Por otro lado la PRP tipo II es una forma rara (5% de casos) que ocurre en adultos; puede tener características atípicas y tener una duración prolongada. El uso de anti-TNFalfa ha sido reportado en algunos casos, pero no existen estudios de seguimiento o comparación entre diferentes agentes biológicos. Este trabajo evaluó la eficacia y seguridad a largo plazo de la terapia con infliximab y etanercept juntos y en monoterapia en casos severos de PRP. Se incluyeron a siete pacientes que no respondieron a terapia convencional o que fueron inelegibles a ella. Recibieron un único curso de infliximab o etanercept solos o en combinación con acitretina (dosis mayor a 0.25mg/kg/día). Seis pacientes experimentaron una remisión completa después de un curso único de anti-TNF $\alpha$ ; la terapia duró en promedio 19.3 semanas (6-48 semanas). Todos los pacientes obtuvieron un aclaramiento de las lesiones (más del 75% de la superficie corporal) a la semana 12. Dos pacientes con queratodermia localizada desarrollaron enfermedad recurrente durante el tratamiento. Después de un seguimiento de 12 meses sólo un paciente experimentó una recaída, él presentaba PRP de tipo II. Infliximab estuvo asociado a una respuesta más rápida, mientras que la duración de la respuesta fue comparable a la de etanercept.

### *Evaluación a largo plazo de la eficacia de metotrexate solo o en combinación con bajas dosis de corticoides orales en el tratamiento de alopecia total o universal.*

CHARTAUX E, JOLY P. Long-term follow-up of the efficacy of methotrexate alone or in combination with low doses of oral corticosteroids in the treatment of alopecia totalis or universalis. *Ann Dermatol Venerol.* 2010;137(8-9):507-13.

El tratamiento de formas severas de alopecia areata de larga evolución es difícil. Se ha sugerido que el metotrexate podría representar una alternativa terapéutica. Se trata de

un estudio retrospectivo de 33 pacientes (24 mujeres), con diagnóstico de alopecia areata, por un tiempo promedio de evolución de 7.7 años, quienes no presentaban respuesta a tratamientos convencionales. La dosis inicial de metotrexate semanal fue de 15mg en un grupo de dos sujetos, 20mg en 16 y 25mg en 15. En 19 pacientes se prescribió además dosis bajas de corticoides (prednisona 10-20mg/día). Veinte pacientes (61%) tuvieron una respuesta completa y los 13 restantes fueron considerados como falla terapéutica. En el grupo que recibió tratamiento combinado se observó una respuesta en 12 pacientes (63%), mientras que en el grupo que recibió solo metotrexate la respuesta fue vista en ocho pacientes (57%). La respuesta fue alcanzada en un tiempo de tres meses en promedio. El metotrexate solo o asociado permitió un crecimiento de pelo aproximadamente en la mitad de los pacientes en este estudio.

### *Metahemoglobinemia y niveles de dapsona en pacientes con lepra.*

FERNANDES JL, BARDAREZ JG, SILVA AN, PEREIRA J, GUEDES C. Methemoglobinemia and dapsone level in patients with leprosy. *Braz J Infect Dis.* 2010;14(3):319-21.

Los efectos adversos asociados con el uso de dapsona incluyen hemolisis dosis dependiente, metahemoglobinemia (MeHb), neuropatía periférica, agranulocitosis, anemia aplásica y un síndrome relacionado a sulfonas (fiebre, malestar, dermatitis exfoliativa o rash morbiliforme, disfunción hepática, linfadenopatía, MeHb y anemia hemolítica). La MeHb es el efecto más común y es producido por un metabolito denominado hidroxilamina. El objetivo de este estudio fue determinar si existe correlación entre los niveles de metahemoglobina y dapsona en pacientes con lepra multibacilar bajo tratamiento con drogas múltiples. Se enrolaron 30 pacientes con diagnóstico clínico de lepra multibacilar. Los niveles de dapsona fueron analizados por cromatografía líquida y la metahemoglobinemia por espectrometría. La concentración media de dapsona en varones fue de 1.42g/mL y de 2.42g/mL en mujeres. La media de los niveles de metahemoglobina en varones fue  $3.09 \pm 1.91$   $\mu$ g/mL y en mujeres  $2.84 \pm 1.67$   $\mu$ g/mL. No se encontró correlación entre niveles de dapsona y metahemoglobina.

### *Tratamiento de alopecia areata con pulsos de prednisona oral mensual*

AIT OURHROUI M, HASSAM B, KHOUDRI I. Treatment of alopecia areata with prednisone in a once-monthly oral pulse. *Ann Dermatol Venerol.* 2010;137(8-9):514-8.

La corticoterapia sistémica ha dado resultados alentadores en el tratamiento de alopecia areata, sin embargo su uso es aún

limitado debido a sus efectos secundarios. La administración en pulsos podría disminuir dichos efectos. El objetivo del trabajo fue evaluar la eficacia y tolerancia de la administración de prednisona en pulsos en pacientes con alopecia areata con una superficie afectada superior a 40%. Se administraron pulsos de 5mg/kg una vez al mes (sin sobrepasar los 300mg) durante tres meses. La respuesta terapéutica fue evaluada por el mismo observador y se clasificó en cuatro niveles: ausencia de respuesta, respuesta parcial, respuesta cosméticamente aceptable y respuesta completa. Se incluyeron 34 pacientes con una media de 19 años. El tiempo de enfermedad fue en promedio dos años. Catorce (38%) casos presentaban alopecia areata clásica, seis (18%) alopecia universal, otros seis alopecia areata asociada a un patrón ofiasico y alopecia total y tres (9%) casos de ofiasis. Sólo seis pacientes no respondieron al tratamiento, en la mayoría de casos se logró una respuesta parcial o cosméticamente aceptable a los tres meses de tratamiento. Los factores predictivos de fracaso terapéutico fueron compromiso ungueal ( $p=0.001$ ), inmunosupresión asociada ( $p=0.0017$ ) y el carácter universal de la alopecia ( $p=0.005$ ). La corticoterapia en pulsos se muestra como una alternativa interesante; su eficacia y tolerancia favorecen su prescripción en primera intención.

### *El rol de los receptores toll-like en la defensa del huésped y su relevancia en las enfermedades dermatológicas.*

TERHORST D, KALALI BN, OLLERT M, RING, MEMPEL M. The rol of toll-like receptors in host defenses and their relevance to dermatologic diseases. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11(1):1-10.

La familia de los receptores toll-like (TLRs) tiene un rol central en el sistema inmune cutáneo. Hasta el momento se han identificado diferentes TLRs en varias poblaciones celulares de la piel como queratinocitos, fibroblastos, células presentadoras de antígenos y melanocitos. La activación de TLRs, vía diferentes señales intracelulares, tiene un estímulo proinflamatorio y se considera una vía peligrosa por la que la piel podría transformarse en un estado de defensa funcional; sin embargo los TLRs también están implicados en la homeostasis y la renovación cutánea. Se han identificado dos tipos de receptores: los que se expresan en la superficie celular, que son predominante activos contra componentes de la pared celular de bacterias y los receptores intracelulares que reconocen preferentemente componentes virales.

La expresión de TLRs en individuos con lepra presentó correlación con el patrón de la enfermedad. Las lipoproteínas 19kDa y 33kDa de *M. leprae* son potentes activadores de TLRs en monocitos y células dendríticas. Las lesiones de lepra

tuberculoide expresan más TLR1 y TLR2 que las lesiones lepromatosas. Sin embargo no se sabe si la disminución en la expresión de TLRs es la causa o consecuencia de una reducida respuesta TH1. Además la activación de TLRs también induce genes de apoptosis, lo que podría explicar el daño nervioso visto en lepra.

En cuadros de acné e hidradenitis supurativa la respuesta proinflamatoria está ligada a la activación de TLR2. Se ha relacionada a la dermatitis atópica con una variación en el sistema TLRs. Igualmente la activación de TLRs también tienen un rol importante en cuadros de lupus cutáneo, psoriasis, sífilis y borreliosis. Finalmente la activación de células inmunes y de queratinocitos por distintos mecanismos ha sido utilizada en el tratamiento de diversas enfermedades dermatológicas como verrugas, lesiones premalignas, infecciones por herpes virus 2, cáncer de piel de tipo no melanoma y micosis fungoides.

### *¿Es la acroqueratodermia simétrica adquirida una nueva dermatosis? Reporte de dos casos y revisión de la literatura China.*

FAN YM, LI SF, YANG YP, CHEN QX, LI W. Is acquired symmetrical acrokeratoderma a new dermatosis? Two case reports and Chinese literature review. *Int J Dermatol.* 2010;49(6):647-52.

Recientemente en China se han descrito una serie de casos caracterizados por hiperqueratosis acral simétrica, principalmente comprometiendo la superficie dorsal de manos, pies y muñecas, pero respetando el área palmoplantar, además de una rápida reacción con la inmersión en agua. Desórdenes similares no han sido reportados en la literatura anglófona. Las características clinicopatológicas de dos casos de acroqueratodermia simétrica adquirida fueron reportados y se evaluaron 27 pacientes chinos. El desorden ocurre típicamente en varones jóvenes o de edad media. Se observan parches hiperqueratósicos de color marrón a negro con una distribución simétrica particularmente en muñecas, dorso de las manos, dedos y pies, pero sin compromiso de palmas ni plantas. Las lesiones se tornan de color blanquecino con leve inflamación inmediatamente después del contacto con el agua y generalmente mejoran en el invierno. El examen histopatológico revela hiperqueratosis epidérmica, acantosis e hiperplasia granulomatosa, así como infiltrado linfocítico perivascular superficial. Las características ultraestructurales de las lesiones son hiperqueratosis epidérmica y espongiosis con ruptura parcial de los desmosomas. Por lo tanto este desorden podría ser un nuevo tipo de dermatosis y el término "acroqueratodermia simétrica adquirida" podría reflejar exactamente sus características clinicopatológicas.

### *Crioterapia versus peeling químico con fenol para léntigos solares: un estudio clínico, histológico, inmunohistoquímico y ultraestructural.*

ATTIA E, EL SAMAHY M, MAHMOUD S. Cryotherapy versus phenol chemical peeling for solar lentiginoses: a clinical, histologic, immunohistochemistry and ultrastructural study. J Egypt Women Dermatol. Soc 2010;7(2):87-96.

Las lentiginides solares (lentigo solar, lentigo senil, manchas por sol y manchas por edad) son las lesiones hiperpigmentadas y benignas más comunes en áreas fotoexpuestas. Probablemente ocurren debido a una mutación en los melanocitos que resulta en proliferación y producción de pigmento en respuesta a la radiación ultravioleta. El manejo de léntigos solares incluye peeling químico y crioterapia. Se evaluaron 20 pacientes con léntigos solares en el dorso de las manos, en la mano derecha se aplicó crioterapia por 3 a 5 segundos y en la mano izquierda peeling focal con fenol usando la fórmula clásica de Baker-Gordon (fenol al 88%). Se aplicó crioterapia en 181 lesiones logrando la desaparición completa en 26 de ellas (14.35%), marcada mejoría en 18 (9.95%), moderada mejoría en 86 (47.5%), leve mejoría en

44 (24.3%) y mala respuesta en siete (3.9%). Mientras que el peeling con fenol se aplicó en 158 lesiones resultando en una desaparición completa en 49 de ellas (31.02%), marcada mejoría en 36 (22.78%) y moderada mejoría en 73 (46.2%) ( $p=0.001$ ). La satisfacción del paciente fue mayor con peeling de fenol, sin embargo se presentó más dolor, eritema prolongado y un tiempo de resolución más prolongado. El estudio histológico e inmunohistoquímico reveló que en el grupo del fenol, las lesiones que inicialmente mostraban redes elongadas compuestas por células basaloideas pigmentadas entre los queratinocitos luego de la terapia mostraban una epidermis normal y sólo una marcada reducción de melanocitos con la aplicación de crioterapia demostrada con la tinción Melan-A. El examen microscópico de las muestras en las que se aplicó crioterapia reveló gránulos de melanina pequeños y oscuros los cuales estaban formando agregados en melanocitos y queratinocitos. En el grupo al que se aplicó fenol, los gránulos de melanina se encontraban dispersos y la mayoría tenían poco pigmento. Los resultados de este estudio concluyen que la aplicación tópica de fenol tiene mejores resultados debido a que actúa tanto en melanocitos como queratinocitos.