

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAPHIC REVIEWS

Pioderma gangrenoso en lactantes - Relato de un caso

Colombari C, Lacerda M, Wolf P, Gurgel A, Nassif A. *Pyoderma gangrenosum in an infant: Case report Dermatology Online Journal 2012;18 (7): 6*

En 1908 Luis Brocq describió una serie de pacientes con lesiones cutáneas que posteriormente sería denominados Pioderma Gangrenoso (PG). El PG es una enfermedad ulcerativa de etiología incierta con remisiones y exacerbaciones. Se encuentra dentro de las dermatosis neutrofílica, que son un grupo de enfermedades caracterizadas por la invasión de la dermis con neutrófilos en un proceso reactivo, sin la presencia de una infección. La lesión típica de PG comienza clásicamente como una pústula con tejido necrótico estéril rodeada de azul-rojo, que se convierte rápidamente en una úlcera de rápido crecimiento. Los sitios comúnmente afectadas son las extremidades, especialmente las piernas, pero puede afectar la cabeza, la cara, las extremidades superiores, tronco y las regiones perioculares periorificial. El pico de incidencia está entre los 20 y los 50 años, siendo las mujeres las más afectadas. Los casos en niños y adolescentes alcanzar el 4% del total. En la actualidad no existe un tratamiento eficaz. Existen solo 13 casos de PG en infantes (menores de 12 meses) reportado en los pasados 25 años.

Se reporta el caso de un niño de 9 meses, nacido a término, parto por cesárea con controles prenatales normales, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, inicio con lesiones similares a "picadura de insectos", tratados con antibióticos tópicos, orales trimetoprim-sulfametoxazol y oxacilina intravenosa sin mejoría clínica. Al examen dermatológico mostró dos úlceras con bordes elevados y eritematosas, base fibrino-granular, que miden aproximadamente 3 cm de diámetro, ubicado en el muslo derecho y la pierna. Se realizó: hemograma, VDRL, FTAabs, ANCA (anticuerpo antineutrófilos neutrófilos)-pe c-ANCA, factor reumatoide (látex), ANA (anticuerpos antinucleares), serología VIH, reacción de Montenegro e inmunofluorescencia para la leishmaniasis, y cultivo de hongos, bacterias y micobacterias. Los análisis de sangre no mostraron alteraciones, y los cultivos fueron negativos. La biopsia de piel mostró una úlcera profunda con costra fibronectina. Una hiperplasia pseudoepiteliomatosa con espongiosis, vasculitis linfocítica de vasos medio, en la dermis profunda y la grasa subcutánea infiltrado mixto con polimorfonucleares linfocitos plasmocitarios dérmica y lobular

.La búsqueda de leishmania, BAAR y hongos fueron negativos. Con la historia clínica, la morfología de la lesión, el examen histopatológico y la exclusión de los agentes infecciosos, se confirmó el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Se inició tratamiento con prednisolona 1 mg / kg / día y después de 20 días se observó reducción en el tamaño de las úlceras. La prednisolona se redujo gradualmente durante el período de 1 mes, con resolución completa de las lesiones. Actualmente se encuentra en buenas condiciones, sin recurrencia de las lesiones, pero se mantiene en el seguimiento pediátrico.

PG es una enfermedad rara en niños, especialmente en lactantes. Antes de llegar a este diagnóstico, se debe llevar a cabo una extensa investigación para excluir agentes infecciosos y vasculitis como la causa de las úlceras en los niños. Es importante el seguimiento, incluso después de la resolución completa de las lesiones, ya que en la mitad de los casos se puede asociar a otras enfermedades.

Sensibilización de contacto en niños muy pequeños

Belloni-Fortina A, Romano A, Peserico A, Eichenfield L. *Contact sensitization in very young children. J Am Acad Der matol 2011;65:772-9.*

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) en niños es cada vez más reconocida como un problema clínico. En el pasado DAC era considerado infrecuente en niños ya que se presumía una baja exposición a alérgenos de contacto y menor susceptibilidad del sistema inmune. Recientes estudios han documentado que la sensibilización de contacto en niños es más frecuente de lo que se pensaba.

El objetivo del estudio fue evaluar la sensibilización de contacto en niños menores de 3 años con sospecha de dermatitis de contacto.

El estudio se llevó a cabo en la unidad de Dermatología del Departamento de Pediatría de la Universidad de Padova del 2002 al 2008. Se realizó prueba de parche en los niños menores de 3 años en quienes se sospechaba de DAC. En el momento de la prueba los niños no presentaban una dermatitis activa, no estaban usando antihistamínicos y/o corticoides sistémicos, ni corticoides tópicos. Fueron sometidos a la prueba de parche estándar 321 pacientes: 177 varones y 144 mujeres. El promedio de edad fue de 27.4 + 5.3 meses, con un rango 3-36 meses. De los

321 niños, 200 (62.3%) tuvieron al menos una reacción positiva, de estos 102 eran mujeres y 98 varones; el promedio de edad fue de 27 + 5.6 meses. 95 niños (29.6%) fueron polisensibilizados. La reacción más frecuente fue a sulfato de níquel (26.8%), seguido por dicromato potásico (9%), cocamidopropilbetaina (7.2%), cloruro de cobalto (6.2%), sulfato de neomicina (5%) y metilcloroisotiazolinona / metilisotiazolinona (MCI / MI) (4.4%). La prevalencia de sensibilización de contacto fue similar en niños con (61.3%) y sin (63%) dermatitis atópica. Las zonas más frecuentes de sospecha de DAC fueron la cabeza (31.8%), los miembros inferiores (8.4%) y el tronco (14.6%).

Este estudio muestra una alta prevalencia de sensibilización de contacto en los niños en edad escolar. La prueba de parche debe ser considerado en niños prescolares en quienes se sospecha de DAC y cuando una dermatitis es persistente y no responde a tratamiento convencional.

Lupus eritematoso neutrofílico no buloso: una nueva variante reconocida de lupus cutáneo eritematoso. Nonbullous neutrophilic lupus erythematosus: A newly recognized variant of cutaneous lupus erythematosus

Brinster N, Nunley J, Pariser R, Horvath B, J Am Acad Dermatol 2012;66:92-7

La presencia de neutrófilos en lupus eritematoso sistémico (LES) se observa en el contexto de enfermedad ampollar. Dermatitis neutrofílica no bulosa en lupus eritematoso (LE), ha sido descrito muy raramente en el conocimiento de los autores; en la literatura existen seis casos reportados. Se reportan 4 pacientes adicionales.

Se revisaron las historias clínicas y estudio histopatológico (incluyendo inmunofluorescencia directa) de 4 pacientes atendidos en un período de dos años (2006-2008). Se incluyeron datos clínicos como edad, sexo, raza, duración, distribución y morfología de las lesiones y, medicamentos en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes fueron mujeres entre 18 y 50 años (edad media 35,5 años). Las pacientes presentaron pápulas y placas urticariformes en tronco y extremidades, una de las pacientes además presentaba nódulos subcutáneos. Ninguno desarrollo ampollas. El estudio histopatológico reveló en todos los pacientes un infiltrado neutrofílico perivascular e intersticial con leucocitoclasia y un grado variable de degeneración vacuolar de la unión dermo-epidérmica. No se observó vasculitis leucocitoclastica. En dos pacientes los estudios de inmunofluorescencia directa fueron positivos para C3, IgG e IgM a lo largo de la membrana basal; un paciente también presentó una paniculitis lúpica rica en neutrófilos. Tres de los pacientes se encontraban con terapia inmunosupresora y uno se encontraba sin tratamiento sistémico. Todas las lesiones se resolvieron con inmunomoduladores/inmunosupresores.

Dermatitis neutrofílica en asociación con LE son bien conocidos, en el contexto de enfermedad vasculítica o ampollar. La descripción de paniculitis y placas no bulosas neutrofílicas en el contexto de LE es relativamente nuevo en la literatura. LE neutrofílico no buloso es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en dermatosis mediadas por neutrófilos, adicionalmente el hallazgo de neutrófilos en el contexto de lupus nos debe alertar de la posibilidad de una enfermedad sistémica.

Paniculitis pancreática. Revisión de 7 casos

Rosa Ballester Sánchez, Blanca De Unamuno Bustos, Pablo Hernández Bel, Arantxa Torrijos Aguilar y Víctor Alegre De Miquel. Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia España. Unidad de Dermatología, Hospital Provincial de Castellón, Castellón España. Piel (barc). 2012; 27(7): 367-371.

La paniculitis pancreática o necrosis grasa subcutánea es una dermatosis poco frecuente descrita por Chiari en 1983. Se asocia a patología pancreática tanto benigna como maligna, presentándose en aproximadamente en el 2% de todos los pacientes con enfermedad pancreática. Clínicamente se presenta como nódulos subcutáneos dolorosos principalmente en miembros inferiores, por lo que no se diferencia del resto de las paniculitis.

Se presenta 07 casos de paniculitis pancreática, 06 asociados a patología benigna siendo la más frecuente la pancreatitis aguda de etiología biliar y un caso asociado a adenocarcinoma pancreático. En la mayoría de pacientes la clínica sugestiva fue paralela a la cutánea, excepto en el caso asociado a malignidad, en el que se diagnosticó la neoplasia un año después de iniciar la clínica cutánea. Todos los casos fueron diagnosticados mediante biopsia cutánea.

	SEXO EDAD	CLINICA	ENFERMEDAD PANCREATICA	ANALISIS
1	♂ 57	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII	PA	SD
2	♂ 30	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII	PA	SD
3	♀ 76	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII. (supuración de material oleoso)	PA de origen biliar	Amilasa 278 Lipasa 339
4	♀ 72	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII.	PA	Amilasa 9610
5	♀ 67	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII.	Flemón pancreático	Amilasa 5619 Lipasa 6698
6	♀ 70	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII.	PA de origen (esclerododitis)	SD
7	♀ 72	Nódulos eritematosos subcutáneos en MMII.	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de páncreas	Amilasa 41 Lipasa 5762

En 3 pacientes la clínica subcutánea coincidió con la digestiva (42,9%). Uno de estos pacientes presentó episodios recidivantes de pancreatitis aguda que se acompañaban de brotes de paniculitis. Un paciente (14,3%) inició la clínica cutánea 8 días después que la digestiva, y un paciente (14,3%) llevaba un año con lesiones cutáneas antes de ser diagnosticada de enfermedad pancreática. En los casos 3 y 4 se realizó el diagnóstico de presunción de paniculitis pancreática previamente a la realización de la biopsia.

La paniculitis fue de predominio lobulillar con presencia de linfocitos, histiocitos espumosos y células gigantes multinucleadas, con necrosis grasa con células fantasmas y depósitos basófilos de calcio y aéreas de saponificación.

La necrosis grasa es producida por la acción de las enzimas lipasa, amilasa y tripsina, siendo la primera la más claramente relacionada. La lipasa actúa hidrolizando la grasa neutra para formar glicerol y ácidos grasos libres, produciendo inflamación y necrosis.

La importancia de esta entidad radica en que las lesiones cutáneas preceden a la manifestación de la afección pancreática, que puede ser asintomática en el momento del diagnóstico. En caso de neoplasia ya diagnosticada nos puede hacer sospechar una recidiva o metástasis.

Vasculopatía relacionada a cocaína adulterada con levamisol: revisión de la literatura

Pearson T, Bremmer M, Cohen J, Driscoll M. Vasculopathy related to cocaine adulterated with levamisole: A review of the literature. Dermatology Online Journal 2012;18 (7): 1

Recientemente, han habido numerosos reportes de casos y series de casos que describen pacientes con vasculopatía cutánea en relación a levamisol que se encuentra en la cocaína. El levamisol es un antihelmíntico e inmunomodulador. Desde el primer informe de vasculopatía inducida por cocaína / levamisol (LIV), en junio de 2010, varios informes de casos y series con presentaciones clínicas similares se han publicado.

Se realizó una búsqueda en Pub Med usando las palabras: levamisol, cocaína, en combinación con vasculitis y vasculopatía. Veintitrés informes de casos o series de casos estuvieron disponibles con datos suficientes sobre los pacientes; en total 51 casos y cuatro pacientes de los autores fueron incluidos. Se revisó la localización de las lesiones, los sistemas y/u órganos afectados, exámenes de laboratorio, resultados de la biopsia, incluyendo inmunofluorescencia directa (IFD), el tratamiento y evolución clínica.

En cuanto a los resultados; fue difícil determinar el tiempo transcurrido entre la ingesta de cocaína y la presentación clínica. La zona afectada con mayor frecuencia

fueron las extremidades inferiores 46/55 (84%); siguiendo en frecuencia: pabellones auriculares (40/55), extremidades superiores (34/55), cara (26/55), tronco (22/55), nariz (21/55) y cavidad oral (4/55). El sitio más patognomónico de afectación es el pabellón auricular que correspondió al 73% de pacientes; esta localización es poco común que sea afectado por otras vasculitis. Después de la afectación cutánea, las artralgias (17/55) fueron un síntoma frecuente. En relación a la afectación de otros órganos y sistemas no se encontraron datos claros al respecto. Entre los exámenes de laboratorio; la neutropenia se observó en 31/52 (60%). El ANCA-p se encontró elevado en 42 de 48 pacientes (88%). El ANCA -c se elevó en 10 de los 48 pacientes (21%). el anti-MPO se elevó en 25 de 41 pacientes y anti-proteinasa 3 (anti-PR3) en 26 de 42 pacientes; el ANA se elevó en 24 de 47 (51%) pacientes. HNE (anticuerpo elastasa de neutrófilos) estuvieron elevados en 11 de 11 pacientes.

En 50 pacientes se obtuvieron los resultados de biopsia. Los diagnósticos patológicos fueron clasificados como una vasculopatía trombótica, vasculitis, o una combinación de ambos. La biopsia reveló trombosis en 24 pacientes (48%), vasculitis, sin evidencia de trombosis observó en 8 pacientes (16%), y una combinación de trombosis con vasculitis en 18 pacientes (36%). La inmunofluorescencia se realizó en 4 pacientes. El depósito vascular de IgM, IgA y C3 se reportaron en 3 de 4 pacientes.

El tratamiento de los pacientes se especificó en 43 casos. De éstos, 25/43 (58%) fueron tratados con corticosteroides sistémicos, mientras que el 15/43 (35%) fueron tratados con antibióticos y curación de heridas. Cinco de los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico. Dos pacientes fueron tratados con corticosteroides sistémicos en combinación con ciclofosfamida. Un paciente fue tratado con metotrexato en combinación con corticosteroides. Un paciente fue tratado con colchicina. En 35 pacientes se pudo evaluar el seguimiento, 31 de 35 de estos experimentaron una mejoría o resolución. De estos pacientes, el 60% fueron tratados con corticosteroides sistémicos y el 40 por ciento fueron tratados con el cuidado de heridas y antibióticos en caso necesario. Considerando que estas cifras están sujetas a sesgos incluidos en los informes y no al azar, no hay una evidencia de que los corticosteroides sistémicos puedan modificar el curso clínico de la LIV.

En conclusión, hay una serie de hallazgos clínicos y de laboratorio que apoyan el diagnóstico de la LIV, incluyendo la afectación del pabellón auricular, la positividad de ANCA y anticuerpos anti-HNE, que ayudan a diferenciar esta afección de tipo vasculitis autoinmune. Actualmente no existe una evidencia firme de que los corticosteroides sistémicos o de cualquier otro tratamiento más allá del cuidado de apoyo y el abandono del consumo de cocaína está indicado en el tratamiento. Sin embargo, en pacientes con indicaciones de inflamación sistémica, los corticosteroides pueden ser apropiados.

Estudio controlado rdbdomizado ciego simple comparando el tratamiento de la dermatitis seborreica facial en el adulto con hidrocortisona 1% pomada en comparación con tacrolimus al 0,1% pomada

Papp K, Papp A, Dahmer B, S. Clark C. Single-blind, randomized controlled trial evaluating the treatment of facial seborrheic dermatitis with hydrocortisone 1% ointment compared with tacrolimus 0.1% ointment in adults. J Am Acad Dermatol 2012;67:e11-5.

La dermatitis seborreica es una dermatosis que afecta las áreas seborreicas como :cuero cabelludo, cara, tronco y flexuras. Los corticoides y antimicóticos tópicos son la primera línea de tratamiento. El uso de corticoides puede estar limitado por los efectos adversos. El tacrolimus es un inhibidor tópico de la calcineurina con propiedades inmunomoduladoras, anti-inflamatorio y antimicóticas, propiedades que pueden ser beneficiosos en el tratamiento de dermatitis seborreica..

El objetivo es comparar la eficacia y seguridad de tacrolimus vs el tratamiento stantar con corticosteroides tópicos en adultos con dermatitis seborreica facial .en una fase II.en un estudio controlado rdbdomizado, ciego simple.30 pacientes adultos fueron ingresado en el estudio con un seguimiento de 12 semanas. Los pacientes fueron asignados al azar, 14 pacientes recibieron hidrocortisona 1 % y 16 pacientes recibieron tacrolimus 0.1%. La medida principal de eficacia fue evaluado por la gravedad de la seborrea facial al

final del tratamiento (día 84),medido por el Área de seborrea y Índice de Gravedad facial. Las medidas secundarias de eficacia fueron la evaluación del

médico y del paciente en relación a la seborrea, la frecuencia de aplicación y los eventos adversos. Todos los pacientes del grupo de tacrolimus y 13 del grupo de hidrocortisona completaron las 12 semanas del estudio.

En cuanto a los resultados en ambos grupos hubo una reducción de los síntomas, estadísticamente significativa. Esta diferencia se observo a partir de la 4ta semana y se mantuvo hacia el final del estudio,no evidenciándose mejoría adicional luego de las 4 semanas. El tacrolimus 1% fue significativamente usado menos días que la hidrocortisona 1 % (dosis perdida media por paciente en la< primera visita 15.6 vs 7.6, (p .05) ; en la última visita: 13,5 vs 7,7,(p = 0,08) . Ambos medicamentos fueron bien tolerados; solo en 3 pacientes se consideraron efectos adverso , todos en el grupo de tacrolimus : eritema e irritación en la zona e aplicación..

Los resultados de este estudio demuestra que tacrolimus tópico es igualmente

eficaz en el tratamiento dermatitis seborreica en relación al uso de corticosteroides tópico standar, pero ofrece la ventaja del uso de menor dosis de medicamento para lograr el mismo nivel de control de la enfermedad, sin los efectos adversos a largo plazo efectos asociados a los corticosteroides tópicos. La limitante de este estudio es que fué un grupo pequeño, simple ciego.