

**XII REUNIÓN DEL GRUPO
DE COSMÉTICA
Y TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA**

Córdoba, 10 y 11 de noviembre de 2000

PROGRAMAS Y RESÚMENES

Sede: Palacio de Congresos y Exposiciones

XII REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE COSMÉTICA Y TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA

Córdoba, 10 y 11 de noviembre de 2000

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: *J. C. Moreno Jiménez.*
Secretario: *A. Vélez García-Nieto.*
Vocales: *F. Valverde Blanco.*
M. Pastor Turullols.

COMITÉ CIENTÍFICO

Miguel Aizpún Ponzán.
José Carlos Moreno Giménez.
Julián Sánchez Conejo-Mir.
Salvio Serrano Ortega.

Reunión reconocida de interés científico-sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

TALLES PRÁCTICOS

Sala A

- 8,30-9,30 h. T1: «PEELING QUÍMICO», *por el Dr. Sánchez Conejo-Mir J.*
10,00-11,00 h. T2: «PEELING QUÍMICO», *por el Dr. Soto Delás J.*

Sala B

- 8,30-9,30 h. T3: «TOXINA BOTULÍNICA», *por el Dr. Jaén Olasolo P.*
10,00-11,00 h. T4: «TOXINA BOTULÍNICA», *por el Dr. Pérez Bernal A.*

Sala C

- 8,30-9,30 h. T5: «IMPLANTES», *por el Dr. Cisneros Vela JL.*
10,00-11,00 h. T6: «IMPLANTES», *por el Dr. Tirado Godoy ML.*

PROGRAMA

Viernes, 10 de noviembre de 2000

Salón de Actos

- COMUNICACIONES LIBRES Y PERLAS TERAPÉUTICAS. Moderadores: *Dres. A. Vélez García-Nieto y J. C. Fernández Roldán.*
- 11,00 h. «ISOTRETINOÍNA Y VITAMINA E», *por el Dr. Guerra Tapia A.* Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
- 11,05 h. «ESTUDIO COMPARATIVO PARA DETERMINAR LA EFICACIA, TOLERANCIA Y ACEPTACIÓN COSMÉTICA DE UN CHAMPÚ DE CICLOPIROXOLAMINA AL 1,5% FRENTE A UN GEL DE KETOCONAZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO», *por los Dres. Roustán G, Pérez A*.* Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. *Laboratorios Stiefel (España), S. A. Madrid.
- 11,10 h. «A PROPÓSITO DE UN CASO DE SENSIBILIZACIÓN POR EUXYL K400», *por los Dres. Hernández MI, Vidal S, Sanz A, Páez JA, Soguero ML.* Hospital Militar Gómez Ulla. Madrid.
- 11,15 h. «ESTUDIO DE UTILIDAD TERAPÉUTICA DE FEXO FENADINA EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA», *por los Dres. Sellers G, Herrera E*, Giménez JM**, Iglesias L***, Moreno A****, Asín I en nombre del Grupo Cooperativo de Estudio de la Urticaria Crónica Idiopática.* CIBEST. Madrid. *Hospital Clínico de Málaga. **Hospital del Mar. Barcelona. ***Hospital 12 de Octubre. Madrid. ****Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
- 11,20 h. DISCUSIÓN.
- 11,30 h. «ERITEMA POLIMORFO PERSISTENTE. TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA», *por los Dres. Conejo-Mir JS, Linares Barrios M, Del Canto S, Hernández Montoya C, Rodríguez Cañas T, Torronteras C*, Navarrete M**.* Ser-

vicios de Dermatología, *Microbiología y **Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

- 11,35 h. «LIQUEN PLANO EN PACIENTE VHC POSITIVO TRATADO CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR», *por el Dr. Linares M.* Instituto Social de la Marina. Consulta de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Delegación Provincial de Cádiz.
- 11,40 h. «RELACIÓN ENTRE LAS CONSULTAS POR ALOPECIA EN EL AÑO 1999 Y FASES LUNARES», *por los Dres. Linares M, Ignacio E**. Instituto Social de la Marina. Consulta de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Delegación Provincial de Cádiz. *TEU. Universidad de Cádiz.
- 11,45 h. «CORRECCIÓN DE LOS LÓBULOS RASGADOS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PUNCH ELÍPTICOS DESECHABLES», *por los Dres. Asín Llorca M, Martínez Andrés A, Navarro Belmonte R, Molina Gil C, Elípe Ribes I.* Centro Clínico Dermatológico. Alicante.
- 11,50 h. DISCUSIÓN.

Sala Julio Romero de Torres

COMUNICACIONES LIBRES Y PERLAS TERAPÉUTICAS. Moderadores: *Dres. F. Valverde Blanco y M. Pastor Turullols.*

- 11,00 h. «INFLAMACIONES FOLICULARES CRÓNICAS TRATADAS MEDIANTE DEPILACIÓN CON LUZ PULSADA INTENSA Y LÁSER. ESTUDIO DE 40 CASOS», *por los Dres. Landa N, Torrontegui J, Ormaza L.* Centro Dermitek. Getxo (Bizkaia).
- 11,05 h. «LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO CRÓNICO RESISTENTE A TRATAMIENTO: RESPUESTA A DAPSONA», *por los Dres. Fernández Vilariño E, Tercedor Sánchez J, Morales Larios E, García Mellado V.* Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
- 11,10 h. «NEVUS PIGMENTADO, VERRUGOSO Y PILOSO GIGANTE DE LA CARA», *por los Dres. Wilhelmi ML, Ocaña J, Rodríguez Muriello JA*, De Ingunzu JL*.* Cátedra de Dermatológica. Universidad de Granada. *Hospital Noble. Cádiz.
- 11,15 h. «RINOPLASTIA CORRECTORA POSTRAUMATISMO», *por los Dres. Ocaña J, Rodríguez A*, Gutiérrez A*, Wilhelmi ML, Ocaña Wilhelmi J.* Cátedra de Dermatología. Universidad de Granada. *Dermatólogos. Almería.
- 11,20 h. DISCUSIÓN.

- 11,30 h. «TRATAMIENTO ACTUAL DE LA INFECCIÓN VIH. INTERACCIONES CON TERAPIAS DERMATOLÓGICAS», *por los Dres. Muñoz MA, Camacho F.* Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- 11,35 h. «DERMOABRASIÓN VERSUS LÁSER DE CO₂ EN LA ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY ASOCIACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA», *por los Dres. Redondo P, Lasso J, Lloret P, Montalbetti, Bauzá A, Solano T.* Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
- 11,40 h. «ÚLCERA TÓRPIDA SOBRE TENDÓN DE AQUILES. TRATAMIENTO CONSERVADOR», *por los Dres. Redondo P, Solano T, Bauza A, Montalbetti M, Lloret P.* Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
- 11,45 h. «PIODERMA GANGRENOSO. RESPUESTA TERAPÉUTICA CON CICLOPORINA. REVISIÓN DE 26 PACIENTES», *por los Dres. Vidal D, Riveros G*, Gilaberte M, Puig L, Alomar A.* Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. *Servicio de Dermatología. Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata. Argentina.

- 11,50 h. «TRATAMIENTO DEL RINOFIMA MEDIANTE ABLACIÓN SUPERFICIAL. A PROPÓSITO DE CINCO CASOS», *por los Dres. Rodrigo A, Aneri V, Sáenz S, Bosch R, Herrera E.* Servicio Dermatología. Hospital Universitario. Málaga.

- 11,55 h. DISCUSIÓN.

Salón de Actos

- 12,00 h. «HIPERHIDROSIS». Coordinador: *Dr. A. España.*
«HIPERHIDROSIS Y TOXINA BOTULÍNICA», *por el Dr. Grimalt R.* Hospital Clínic. Barcelona.
«TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERHIDROSIS», *por el Dr. Bejarano Herruzo B.* Clínica Universitaria de Navarra.
DISCUSIÓN.

Sala Ambrosio de Morales

- 14,00 h. ALMUERZO DE TRABAJO.

Salón de Actos

- 16,00 h. «VITÍLIGO». Coordinador: *Dr. A. Alomar.*
«EFECTO INMUNOSUPRESOR DEL DIFUR® COMO ADYUVANTE EN LA FOTO-

TERAPIA DEL VITÍLIGO GENERALIZADO», por los Dres. Reyes E** **, De Eusebio E*** **, De las Heras H**, Prieto A**, Jaén P*** **, Villarrubia VG*, González S****, Álvarez-Mon M**.

*Industrial Farmacéutica Cantabria. Departamentos Médico e I+D. Madrid. **Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá. Unidad asociada del CSIC. Madrid. ***Hospital Universitario de Guadalajara. ****Wellman Laboratories of Photomedicine. Harvard Medical School. Boston.

«VITÍLIGO. FENILALANINA», por los Dres. Mazuecos J, Camacho F.

«FOTOTERAPIA EN VITÍLIGO», por el Dr. Alomar A. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

«TRATAMIENTO ANTIRRADICALAR», por los Dres. Jaén P, Alonso M^aL.

«TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VITÍLIGO», por el Dr. Alomar A. Hospital de Sant Pau. Universidad Autónoma. Barcelona.

Patio Principal y Segundo Patio. Zona de Exposición Comercial

17,30 h. PAUSA. CAFÉ. VISITA STANDS.

Salón de Actos

18,00 h. SYMPOSIUM LA ROCHE-POSAY: AVANCES EN UVA.

«INTRODUCCIÓN», por el Dr. M. Lecha.

«MECANISMOS MOLECULARES Y FOTOBIOLOGICOS DE LA ACCIÓN DE UV-A», por el Dr. Krutmann J.

«LA ACCIÓN DE UV-A EN EL FOTOENVEJECIMIENTO», por el Dr. Ortiz de Frutos J.

«UV-A EN LA FOTOCARCINOGENESIS. UV-A Y MELANOMA», por el Dr. Serrano S.

«FOTOCOMPOSICIÓN FRENTE UV-A», por el Dr. Lecha M.

CONCLUSIONES.

Sábado, 11 de noviembre de 2000

Salón de Actos

9,00 h. «MELASMA». Coordinador: Dr. S. Serrano.

«EXPLORACIÓN DEL MELASMA», por el Dr. Harto Castaño A. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

DISCUSIÓN Y RESUMEN.

Patio Principal y Segundo Patio. Zona de Exposición Comercial

12,30 h. PAUSA. CAFÉ. VISITA STANDS.

Salón de Actos

11,00 h. «¿CÓMO TRATARÍA USTED?». Coordinador: Dr. Aizpún M. Intervienen: Dres. Aliaga A, Camacho F, Díaz JL, Mascaró JM.

12,00 h. «¿QUÉ HAY DE NUEVO?». Coordinador: Dr. A. Ledo.

«¿QUÉ HAY DE NUEVO EN TERAPÉUTICA EN EL ÚLTIMO AÑO?», por el Dr. Ledo A.

«¿CÓMO TRATARÍA O NO TRATARÍA CON LÁSER Y QUÉ APARATOS SON LOS MÁS INDICADOS EN COSMÉTICA Y DERMATOLOGÍA?». Intervienen: Dres. Boixeda P, Cisneros JL, Harto A, Ledo A, Torras H.

PANEL ABIERTO AL AUDITORIO PARA PREGUNTAS A LA MESA.

CADA MOCHUELO A SU OLIVO.

13,00 h. ASAMBLEA DEL GRUPO.

Sala Ambrosio de Morales

14,30 h. ALMUERZO DE TRABAJO.

COMUNICACIONES

249 «ISOTRETINOÍNA Y VITAMINA E», por el Dr. Guerra Tapia A. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La importancia de los efectos secundarios de la isotretinoína y su repercusión en la calidad de vida del paciente con acné durante el tratamiento suponen un serio inconveniente en la práctica clínica. Según recientes comunicaciones (1) el uso de la vitamina E concomitante con la isotretinoína disminuye la intensidad y frecuencia de los efectos secundarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se administró a seis pacientes con acné que ya se encontraban en tratamiento con isotretinoína y manifestaban efectos secundarios cutáneos 800 UI/ día de vitamina E.

RESULTADOS

La sequedad y queilitis mejoraron manifiestamente, aun continuando el tratamiento con isotretinoína a las mismas dosis.

DISCUSIÓN

El fundamento de la eficacia de la asociación se basa en observaciones clínicas en síndromes mielodisplásicos. La vitamina E es un potente antioxidante que evita la formación de productos tóxicos a partir de los ácidos grasos de origen epidérmico o la toxicidad de los queratinocitos con demostrados cambios histológicos frente a la radiación ultravioleta A, B y el ozono (2). La administración suplementaria de altas dosis de vitamina E (800 UI/ día) y la subsiguiente disminución de efectos secundarios podría estar fundamentada en esta relación. De la misma

manera su acción antioxidante se podría ver incrementada en otros órganos y tejidos, donde la vitamina E actúa igualmente disminuyendo acciones tóxicas.

CONCLUSIONES

La vitamina E disminuye la intensidad y frecuencia de los efectos secundarios de la isotretinoína.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebwohl M. Clinical pearl: vitamina E (alfa-tocopherol) 800 UI daily, may reduce retinoid toxicity. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:260.
 2. Thiele J, Weber S, Packer L. Sebaceous gland secretion is a major physiologic route of vitamin E delivery to skin. *J Invest Dermatol* 1999;113:1006-10.
- 250 «ESTUDIO COMPARATIVO PARA DETERMINAR LA EFICACIA, TOLERANCIA Y ACEPTACIÓN COSMÉTICA DE UN CHAMPÚ DE CICLOPIROXOLAMINA AL 1,5% FRENTE A UN GEL DE KETOCONAZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO», por los Dres. Roustán G, Pérez A*. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. * Laboratorios Stiefel (España), S. A. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La ciclopiroxolamina es un antifúngico muy empleado en preparaciones dermatológicas y ginecológicas de uso tópico. Su empleo en forma de champú para el tratamiento de afecciones del cuero cabelludo, tales como la dermatitis seborreica, supone una alternativa terapéutica al ketoconazol tópico. En este estudio se presentan los resultados comparativos de eficacia y tolerancia de un champú de ciclopiroxolamina al 1,5% frente a un gel de ketoconazol al 2%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el estudio se han reclutado pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo que no han recibido tratamientos previos con corticoides. Los pacientes se han aplicado un champú de ciclopiroxolamina o un gel de ketoconazol, de acuerdo con una tabla de randomización, dos veces en semana durante 1 mes. Se han valorado la descamación, el grado de dermatitis seborreica y la tolerancia a los 15 días y al final del tratamiento, donde los pacientes también han manifestado su opinión sobre las características organolépticas del preparado empleado.

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en dicho ensayo.

CONCLUSIONES

Se presentan las conclusiones a raíz de los resultados del ensayo.

- 251 «A PROPÓSITO DE UN CASO DE SENSIBILIZACIÓN POR EUXYL K400», por los Dres. Her-

nández MI, Vidal S, Sanz A, Páez JA, Soguero ML. Hospital Militar Gómez Ulla. Madrid.

El Euxyl K 400 es un conservante utilizado en productos cosméticos e industriales. Presentamos un nuevo caso de sensibilización por este conservante en una mujer de 42 años, secundario a la aplicación tópica de unas toallitas desmaquilladoras.

- 252 «ESTUDIO DE UTILIDAD TERAPÉUTICA DE FEXOFENADINA EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA», por los Dres. Sellers G, Herrera E*, Giménez JM**, Iglesias L***, Moreno A****, Asín I en nombre del Grupo Cooperativo de Estudio de la Urticaria Crónica Idiopática. CIBEST. Madrid. * Hospital Clínico de Málaga. ** Hospital del Mar. Barcelona. *** Hospital 12 de Octubre. Madrid. **** Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La comercialización de fexofenadina plantea la necesidad de seguimiento de un grupo amplio de pacientes para conocer su efectividad y la incidencia de las reacciones adversas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ciento treinta y un dermatólogos aportaron 710 pacientes diagnosticados de urticaria crónica idiopática, con un tratamiento de 180 mg/ día seguidos durante 2 meses (basal, 15 días, 1 mes, 2 meses).

RESULTADOS

El 64,1% son mujeres y el 35,9% hombres. La edad media es de $42,8 \pm 14,77$ años. Los pacientes presentan urticaria con una evolución media de 12 meses, teniendo el brote actual 20 días de media. La intensidad máxima de los síntomas se produce en otoño. Los dolores son más intensos por las noches para el 68,5%. La mayoría de los habones que presentan son de tamaño mediano y el número medio es de 22 habones por paciente. El 14,1% presentan angioedema. La evolución de la sintomatología es el indicador para valorar la eficacia del fármaco, disminuyendo su presentación con el tratamiento, prurito (99% \rightarrow 23,4%), escozor (43% \rightarrow 4%), dolor (13% \rightarrow 1,3%), etc. El grado de cumplimiento del tratamiento es bueno o muy bueno en el 94%. Tanto médicos como pacientes valoran muy bien la efectividad (78%) y la tolerancia a fexofenadina (95%). El 72,5% de los pacientes que han utilizado otros tratamientos para la urticaria consideran que es mejor la fexofenadina. Sufren reacciones adversas 41 pacientes. Ninguno de los acontecimientos encontrados fue considerado grave.

DISCUSIÓN

La dosis de 180 mg/ día de fexofenadina demuestra de forma significativa el descenso de los síntomas, quizá con un número de efectos adversos menor que otros anti-H₂ (< 10%).

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran la eficacia de fexofenadina en la disminución/ desaparición de la sintomatología, mejorando la calidad de vida de los pacientes tratados. La tasa de reacciones

adversas y la categoría de éstas permite establecer un buen perfil de tolerancia al fármaco.

- 253 «ERITEMA POLIMORFO PERSISTENTE. TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA», *por los Dres. Conejo-Mir JS, Linares Barrios M, Del Canto S, Hernández-Montoya C, Rodríguez Cañas T, Torronteras C**; *Navarrete M***. Servicios de Dermatología, * Microbiología y ** Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El eritema polimorfo (EP) persistente es una rara variante del EP, en la que el paciente no deja nunca de tener brotes muy severos de lesiones ampollosas, semejantes a la necrolisis epidérmica tóxica. Aunque se le ha relacionado etiopatogénicamente con medicamentos y virus, existen formas en las que no llega nunca a demostrarse el agente causal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años que desde hacía 15 años padecía brotes continuos de EP, que la obligaban a ingreso hospitalario casi permanente. Las lesiones eran generalizadas, de especial gravedad en zonas respiratorias altas y genitales. Previamente a nuestro ingreso, había sido exhaustivamente estudiada en Sevilla, Barcelona y Madrid y tratada sin éxito mediante corticoides a altas dosis continuas y en pulsoterapia, administración continua oral y en perfusión i.v. de aciclovir/ famciclovir/ valaciclovir, penxitoxifilina, etc. Incluso le fue extirpado útero y ovarios pensando que podría ser la progesterona el agente causal, también sin resultado. En nuestro estudio, los títulos serológicos a virus (HSV, CMV, Coxsackie, etc.) fueron normales. El estudio mediante PCR de varias biopsias resultaron negativas para HSV y CMV. Sólo se evidenció alergia medicamentosa a las sulfamidas. El tratamiento con talidomida oral 200 mg/ día hizo desaparecer completamente las lesiones en 1 mes, dejándose como dosis de mantenimiento 100 mg/ día, hasta la fecha. Después de 5 años de tomar la medicación no se han objetivado recidivas.

COMENTARIOS

La talidomida es un agente antiinflamatorio que inhibe la migración de los PMN de indudable efecto en algunas dermatosis inflamatorias. En caso de EP persistentes, la talidomida debe considerarse como medicamento de elección.

- 254 «LIQUEN PLANO EN PACIENTE VHC POSITIVO TRATADO CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR», *por el Dr. Linares M*. Instituto Social de la Marina. Consulta de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología. Delegación Provincial de Cádiz.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria que presenta un curso impredecible en la mayoría de las ocasiones. El LP posiblemente esté relacionado con una reacción de hipersensibilidad tipo IV frente a un estímulo antigénico intraepi-

dérmico. La heparina, además de su conocido efecto anticoagulante, presenta efecto antiproliferativo y es capaz de inhibir reacciones de hipersensibilidad retardada a bajas dosis.

CASO CLÍNICO

Mujer de 66 años que consultó en diciembre de 1998 por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas en dorso, tronco, área de extensión de extremidades y palmas. El estudio histológico de las mismas confirmó el diagnóstico clínico de liquen plano. Entre las pruebas complementarias realizadas destacó la presencia de serología VHC positiva con negatividad a autoanticuerpos y valores elevados de transaminasas. El brote inicial se controló con deflazocort oral durante 3 meses, presentando posteriormente nuevos brotes mensuales de difícil control con medicación esteroidea tópica y oral. Se inició tratamiento con enoxaparina subcutánea a dosis de 3 mg semanales con mejoría subjetiva y objetiva a las 3 semanas de tratamiento, descenso de la hipertransaminasemia y un período de remisión hasta la fecha de 6 meses, mayor que el logrado con la medicación esteroidea.

DISCUSIÓN

El mecanismo de acción de la enoxaparina sobre el LP es desconocido. Posiblemente se relacione con la interacción de linfocinas inflamatorias y la activación del sistema de coagulación. La asociación de LP a hepatopatía por VHC limita el arsenal terapéutico contra esta enfermedad. Este tratamiento puede ser una alternativa útil en pacientes donde el uso de inmunosupresores presenta un bajo cociente beneficio/ riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

Stefanidou MP y cols. Low molecular weight heparin: a novel alternative therapeutic approach for lichen planus. *Br J Dermatol* 1999;141:1040-5.

- 255 «RELACIÓN ENTRE LAS CONSULTAS POR ALOPECIA EN EL AÑO 1999 Y FASES LUNARES», *por los Dres. Linares M, Ignacio E**. Instituto Social de la Marina. Consulta de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología. Delegación Provincial de Cádiz. *TEU. Universidad de Cádiz.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han realizado diferentes estudios sobre la influencia de la luna en distintos aspectos médicos como los ingresos en unidades de psiquiatría, suicidios, visitas a urgencias hospitalarias, visitas médicas domiciliarias, epilepsia, accidentes cardiovasculares, diarreas, ulcus péptico, número de nacimiento, tiempo de parto y complicaciones postoperatorias; sin hallarse relación estadísticamente significativa en la gran mayoría de ellos. Se presenta un estudio del número de consultas por alopecia en relación con las fases lunares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se registraron las consultas realizadas por alopecia durante el año 1999 con un total de 165 consultas. La distribución de éstas relacionada con las fases lunares fue la siguiente: el 20% se desarrollaron en luna nueva, el 19,3% en cuarto creciente, el 28,4% en luna llena y el 30,9% en cuarto menguante.

RESULTADOS

Se calcularon los correspondientes intervalos de confianza para un nivel de confianza del 95% con los siguientes resultados: para alopecias desarrolladas en luna nueva el intervalo osciló entre el 26,1-13,9%, para las desarrolladas en cuarto creciente fue de 25,4-13,3%, para las relacionadas con luna llena 35,3-21,6% y finalmente 37,9-23,8% para las que coinciden con cuarto menguante. Se realizó la prueba del Chi cuadrado para comparar los porcentajes, con resultado de 6,87, sin hallarse diferencias significativas entre el número de consultas por alopecia en relación a las fases lunares en la población estudiada.

DISCUSIÓN

La influencia de las fases lunares sobre el comportamiento humano y la distribución de las enfermedades es un hecho discutido. Al menos en la población estudiada, no existe relación entre las fases lunares y el mayor número de consultas por alopecia.

256 «CORRECCIÓN DE LOS LÓBULOS RASGADOS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PUNCH ELÍPTICOS DESECHABLES», *por los Dres. Asín Llorca M, Martínez Andrés A, Navarro Belmonte R, Molina Gil C, Elipe Ribes I.* Centro Clínico Dermatológico. Alicante.

La corrección de los lóbulos rasgados en las orejas es un motivo relativamente frecuente de consulta. Existen varios sistemas para su corrección quirúrgica, pero creemos que el que presentamos a continuación presenta varias ventajas, especialmente para el debutante en cirugía dermatológica.

El empleo de *punchs* desechables para esta cirugía fue ya descrito por S. Serrano (Dermatología Cosmética, 1995), pero con la aparición en el mercado de los *punchs* elípticos los resultados estéticos han mejorado, evitando la aparición de «orejas de perro», así como el «combamiento» del lóbulo al suturar un defecto circular, resultante de la aplicación del *punch* cilíndrico.

TÉCNICA

- Se elige el *punch* de medida más adecuada.
- Se realiza anestesia local con xilocaína adrenalizada al 1×100.000 .
- Se extrae la porción del lóbulo que contiene el defecto con pequeño margen de seguridad. La extracción debe realizarse con movimientos de vaivén, ya que el tipo de *punch* no permite la rotación.
- Se realiza la sutura anterior y posterior con una sutura seda o nylon de 5/0; el empleo de sutura reabsorbible interna irá en función del grosor del lóbulo.
- Se retiran los puntos a los 7-10 días.
- Nosotros colocamos un pendiente temporal para elegir exactamente el nuevo punto de colocación del pendiente, evitando en lo posible el peso en la zona de sutura. Este pendiente lo retiramos a los 10 días en que el paciente se coloca uno a su elección, recomendando evite en lo sucesivo los pendientes muy pesados.

257 «INFLAMACIONES FOLICULARES CRÓNICAS TRATADAS MEDIANTE DEPILACIÓN CON LUZ PULSADA INTENSA Y LÁSER.

ESTUDIO DE 40 CASOS», *por los Dres. Landa N, Torrontegui J, Ormaza L.* Centro Dermitek. Getxo (Bizkaia).

ANTECEDENTES

Las enfermedades inflamatorias foliculares crónicas (foliculitis y pseudofoliculitis) han sido resistentes a múltiples tratamientos. La depilación con luz pulsada interna y con láser podría ser una posibilidad eficaz de tratamiento.

OBJETIVO

Determinar si la luz pulsada intensa y el láser son útiles para tratar inflamaciones foliculares crónicas mediante la destrucción de los folículos pilosos.

MÉTODOS

Cuarenta áreas de 40 pacientes con diversas inflamaciones foliculares crónicas (foliculitis, pseudofoliculitis, hidrosadenitis, acné-foliculitis crónico) fueron tratadas con luz pulsada intensa y con láser de Neodimio-Yag (EDP, 1.064 nm). Se realizaron de tres a siete sesiones y seguimiento clínico en todas ellas.

RESULTADOS

Todas las pacientes toleraron bien el tratamiento sin efectos secundarios significativos. En la mayoría de los pacientes se notó una mejoría clínica significativa a la vez que una disminución de pelo en el área tratada. Las pacientes que requerían continuos drenajes quirúrgicos no han vuelto a necesitarlos. El crecimiento del pelo se siguió de recurrencia de la foliculitis. No se observaron diferencias significativas en la respuesta clínica entre ambos sistemas de depilación.

CONCLUSIONES

La depilación con luz pulsada intensa y con láser de Neodimio-Yag (EDP, 1.064 nm) es un tratamiento seguro y eficaz de las foliculitis y pseudofoliculitis crónicas.

258 «LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO CRÓNICO RESISTENTE A TRATAMIENTO: RESPUESTA A DAPSONA», *por los Dres. Fernández Vilariño E, Tercedor Sánchez J, Morales Larios E, García Mellado V.* Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso cutáneo es una enfermedad crónica que puede ser tratada con diversas alternativas terapéuticas. Habitualmente responde a tratamiento con fotoprotectores, corticoterapia tópica y antipalúdicos de síntesis. Sin embargo, existe un 15-20% de pacientes que no responden al tratamiento, siendo un reto para el clínico.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos mujeres de 30 y 40 años diagnosticadas de lupus eritematoso cutáneo crónico desde 5 y 19 años antes y que habían realizado tratamientos previos con fotoprotectores, cor-

ticoides tópicos potentes, antipalúdicos de síntesis (cloroquina e hidroxicloroquina), corticoides orales, metotrexate e isotretinoin oral. A pesar de dichos tratamientos no se conseguía una estabilización del cuadro clínico. Como alternativa terapéutica se planteó la posibilidad de realizar tratamiento con dapsona oral, que resultó satisfactorio, con escasos efectos adversos.

DISCUSIÓN

La dapsona, que es un fármaco con potentes efectos antiinflamatorios de mecanismo incierto, es un tratamiento alternativo de primera línea para el lupus eritematoso cutáneo que no responde a antipalúdicos de síntesis.

BIBLIOGRAFÍA

Ruzicka T, Goerz G. Dapsone in the treatment of lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1981;104:53-6.

- 259 «NEVUS PIGMENTADO, VERRUGOSO Y PILOSO GIGANTE DE LA CARA», por los Dres. *Wilhelmi ML, Ocaña J, Rodríguez Muriello JA**, *De Ingunza JL**. Cátedra de Dermatología. Universidad de Granada. *Hospital Noble. Cádiz.

CASO CLÍNICO

J. M. M., varón de 16 años, natural de Véjer (Cádiz).

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde el nacimiento muestra una tumoración pigmentada, posteriormente pilosa y en parte verrugosa muy extensa, localizada en mejilla derecha, ceja, párpado superior, pabellón auricular y región temporoparietal, estas zonas cubiertas por el cabello. Tiene, además, otro nevus pigmentado y piloso en pierna derecha.

ANTECEDENTES FAMILIARES

El padre también posee en tórax un nevus pigmentado, piloso y verrugoso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Primera etapa. Escisión de la porción tumoral que afecta la totalidad de la mejilla y región periorbitaria (unidad funcional), reparando el defecto resultante con injerto amplio de piel total obtenido de la región escapular derecha. La zona dadora se cubre con injerto laminar intermediario obtenido con dermatomo del abdomen. Apósito atado.

Segunda etapa. Escisión completa de la porción névica del párpado superior de ceja derechos, que se repara con un injerto de piel total obtenido de la región inguinal izquierda. La zona dadora se sutura directamente.

CONCLUSIONES

Resultado funcional y cosmético satisfactorio. Control histopatológico y evolutivo, siendo en la actualidad de profesión taxista e incorporado a la sociedad como persona normal.

- 260 «RINOPLASTIA CORRECTORA POSTRAUMATISMO», por los Dres. *Ocaña J, Rodríguez A**, *Gutiérrez A**, *Wilhelmi ML, Ocaña Wilhelmi J*. Cátedra de Dermatología. Universidad de Granada. *Dermatólogos. Almería.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de la nariz requiere un cálculo exacto de la cantidad de revestimiento nasal, cubierta cutánea y apoyo esquelético necesario para obtener los mejores resultados. Sin esta evaluación la reconstrucción no podrá dar resultados satisfactorios. Es una premisa indispensable para el éxito. Es mejor estudiar la reconstrucción total y la parcial de la nariz bajo epígrafes separados porque los métodos para su reparación son diferentes.

CASO CLÍNICO

J. S. A., de 26 años, profesora de EGB.

ENFERMEDAD ACTUAL (11-10-1990)

Consulta por presentar deformidad nasal (giba o «nariz en puente») al sufrir de pequeña un traumatismo. Dificultad respiratoria acentuada.

ANTECEDENTES PERSONAL

Varios episodios de alopecia areata y difusa, muy nerviosa, al parecer influenciada por la deformidad nasal.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

La giba del dorso de la nariz es evidente y también la dificultad respiratoria. Cobertura cutánea normal. Paciente estresada durante el interrogatorio y gran influencia materna.

TRATAMIENTO

Metódica. Perfil, diagramas y fotos, información detallada de las posibilidades cosméticas y funcionales. Anestesia general por intubación y local con mepivacaína con adrenalina. Intervención endonasal. Técnica de Robin, variante de Meyer.

CONCLUSIONES

Resultado funcional y cosmético excelente.

BIBLIOGRAFÍA

Robin JL, Meyer R. Rhinoplasty. En: González Ulloa M y cols. *Aesthetic plastic surgery*. Piccin, t. 3, 1988.

- 261 «TRATAMIENTO ACTUAL DE LA INFECCIÓN VIH. INTERACCIONES CON TERAPIAS DERMATOLÓGICAS», por los Dres. *Muñoz MA, Camacho F*. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

El tratamiento de la infección por el VIH ha experimentado un cambio sustancial en los últimos años. Las nuevas terapias combinadas con inhibidores de proteasa han ampliado las expectativas de supervivencia de estos enfermos, así como mejorado su calidad de vida. Sin embargo, estos tratamientos antirretrovirales son

cada vez más complejos y el dermatólogo ha de estar preparado para su manejo. Debido a la alta incidencia de manifestaciones dermatológicas en los pacientes VIH+ es conveniente conocer las interacciones de los medicamentos antirretrovirales con los fármacos habitualmente empleados en Dermatología. Revisamos los nuevos fármacos antirretrovirales, los efectos secundarios dermatológicos que presentan con mayor frecuencia, como redistribución de la grasa cutánea y toxicodermias, cuándo y cómo cambiar el tratamiento, así como la aparición de resistencias. Se resumen las pautas terapéuticas recomendadas en la actualidad y se facilitan indicaciones prácticas para su manejo.

- 262 «DERMOABRASIÓN *VERSUS* LÁSER DE CO₂ EN LA ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY ASOCIACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA», por los Dres. Redondo P, Lasso J, Lloret P, Montalbetti, Bauzá A, Solano T. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El pénfigo familiar benigno o enfermedad de Hailey-Hailey es una genodermatosis AD consistente en la aparición de placas erosivas localizadas principalmente en flexuras. Los desencadenantes para la aparición de las lesiones son, principalmente, la sudoración y la sobreinfección local. El tratamiento es complejo y se basa, sobre todo, en la utilización de antimicrobianos y corticosteroides tópicos. Algunos autores coinciden en que la alteración se encuentra a nivel de la epidermis, de modo que la destrucción local puede hacer remitir el proceso al favorecer la reepitelización por parte de estructuras foliculares más profundas. Éste es el fundamento del tratamiento mediante dermoabrasión u otros procedimientos ablativos de las placas afectas.

CASO CLÍNICO

Varón de 38 años con antecedentes de enfermedad de Hailey-Hailey por parte de la familia paterna que desde hace 5 años presenta afectación de axilas, ingles, escroto y región perineal, compatible clínica e histológicamente con la enfermedad. La intensidad de los brotes ha aumentado en los últimos meses a pesar de múltiples tratamientos tópicos y sistémicos. Dada la escasa mejoría, se decide realizar ablación de las placas bajo anestesia general mediante dermoabrasión rotatoria a nivel de axilas y láser de CO₂ a nivel de ingles, escroto y periné (tres pases con una intensidad de 18 J/cm²). A las 4 semanas se aprecia mejoría de todas las zonas tratadas, siendo más importante donde la ablación fue más profunda, en concreto a nivel de escroto e ingle derecha, donde este procedimiento se realizó con láser de CO₂. Tras la reaparición de lesiones axilares se realiza tratamiento con 50 U de botox en cada axila en dos sesiones separadas por 1 mes, obteniendo una disminución muy importante de la sudoración, así como la curación de las lesiones.

DISCUSIÓN

La dermoabrasión o láser de CO₂ es hoy día uno de los tratamientos de elección de la enfermedad de Hailey-Hailey. Cuando la dermoabrasión es superficial no se consiguen resultados totalmente satisfactorios y cuando es extremadamente profunda puede dejar cicatrices. En este sentido, el láser de CO₂, al poder controlar con mayor precisión la profundidad de ablación y ser más fácil de aplicar en superficies cóncavas, nos parece la técnica más útil en este paciente. Por último, la toxina botulínica al reducir la sudoración

(uno de los desencadenantes de la enfermedad) puede ser una alternativa terapéutica eficaz posiblemente menos duradera, pero obviamente también más conservadora.

- 263 «ÚLCERA TÓRPIDA SOBRE TENDÓN DE AQUILES. TRATAMIENTO CONSERVADOR», por los Dres. Redondo P, Solano T, Bauza A, Montalbetti M, Lloret P. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras cutáneas que dejan el tendón de Aquiles expuesto suponen un reto terapéutico, máxime si esta patología ocurre en pacientes ancianos, situación que, por otra parte, suele ser la más normal. Las opciones terapéuticas habitualmente incluyen complejas técnicas quirúrgicas como colgajos de la piel adyacente, habitualmente comprometida, o colgajos a distancia, con la incomodidad asociada al reposo absoluto prolongado. Muchas veces la evolución natural de la exposición crónica puede producir rotura del tendón; en este caso, la reconstrucción quirúrgica es extremadamente complicada al tratarse de un tejido en mal estado y el resultado final suele ser una artrodesis, con la limitación funcional que esto implica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 83 años con úlceras de repetición a nivel de extremidades inferiores en tratamiento profiláctico con pentoxifilina. A raíz de pequeño traumatismo presenta una úlcera a nivel de tendón de Aquiles que en pocas semanas evoluciona hasta alcanzar un tamaño de 4 cm de diámetro, dejando el tendón totalmente expuesto. Tras valorar todas las opciones terapéuticas se decide una actitud conservadora. Para favorecer la granulación se inicia tratamiento médico con estanozolol a razón de 2 mg cada 8 horas y curas con apósito hidrocelular cada 2-3 días. A los 15 días se aprecian isletas de tejido de granulación y a los 45 días se observa la granulación total del defecto con leve epitelización lateral. En ese momento se realiza una sesión de microinjertos cutáneos con resultado satisfactorio, alcanzándose la epitelización total a los 30 días.

DISCUSIÓN

Se comenta el tratamiento conservador de una úlcera extensa que expone el tendón de Aquiles en una paciente de edad avanzada. En ningún caso la paciente dejó de realizar una vida normal. El estanozolol puede ser un fármaco útil para favorecer la granulación, así como las curas oclusivas con los nuevos apósitos hidrocelulares. Por último, los clásicos microinjertos constituyen la técnica de elección para favorecer la reepitelización.

- 264 «PIODERMA GANGRENOSO. RESPUESTA TERAPÉUTICA CON CICLOSPORINA. REVISIÓN DE 26 PACIENTES», por los Dres. Vidal D, Riveros G*, Gilaberte M, Puig L, Alomar A. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. * Servicio de Dermatología. Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata. Argentina.

El PG es una dermatosis neutrofílica poco frecuente, en la que no hay un diagnóstico de laboratorio ni histopatológico específico. Se caracteriza por la escasa respuesta al tratamiento

tópico, siendo el sistémico con inmunosupresores con prednisona y ciclosporina de primera elección.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron 26 casos de PG diagnosticados, seguidos y tratados en nuestro hospital desde 1986 hasta el 2000. Se analizaron las respuestas a cada fármaco (curación completa, parcial, sin respuesta) comparando estadísticamente los resultados de ciclosporina frente a prednisona.

RESULTADOS

Se incluyeron 18 mujeres y ocho hombres y se contabilizaron 65 brotes de PG (2,5 por caso) y 120 tratamientos (1,8 por brote). Ciclosporina fue utilizada en 22 pacientes y 51 brotes (dosis entre 3 y 6 mg/kg/día) con respuesta completa en 49 brotes, parcial en dos. Prednisona fue utilizada en 15 pacientes y 26 brotes, con respuesta completa en 16 brotes, parcial en siete, ninguna en tres (dosis 0,5-1,5 mg/kg/día).

COMENTARIOS

La prednisona ha sido el principal tratamiento del PG hasta 1990, pero la introducción de la CYA ha representado un gran avance para el tratamiento del PG. En nuestro servicio hemos observado una mejor respuesta terapéutica con CYA respecto a la prednisona, estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

265 «TRATAMIENTO DEL RINOFIMA MEDIANTE ABLACIÓN SUPERFICIAL. A PROPÓSITO DE CINCO CASOS», por los Dres. Rodrigo A, Aneri V, Sáenz S, Bosch R, Herrera E. Servicio Dermatología. Hospital Universitario. Málaga.

El rinofima es una patología bien definida en la que ocurre hiperplasia de las glándulas sebáceas de la nariz motivando hipertrofia del tejido nasal. Se considera estadio final de la rosácea y no se ha establecido relación alguna con la ingesta de alcohol.

Los pacientes con rinofima, debido a que a veces produce dificultades respiratorias por obstrucción mecánica y otras angustias y depresión por el rechazo social que provoca, buscan con ansiedad un tratamiento que solucione su problema.

En la actualidad, el método más utilizado es la ablación superficial, dejando intacta la porción profunda de la glándula sebácea, lo que permite una excelente cicatrización a partir de la vaina epitelial externa que rodea a la totalidad del folículo pilosebáceo. De las técnicas usadas (láser de CO₂, electrocirugía y dermoabrasión) presentamos cinco casos tratados mediante bisturí eléctrico, comentando los diferentes aspectos técnicos y las posibilidades de anestesia local.

266 «HIPERDROSIS Y TOXINA BOTULÍNICA», por el Dr. Grimalt R. Hospital Clínic. Barcelona.

Durante muchos años los dermatólogos hemos encontrado dificultades a la hora de enfocar los enfermos afectados de hiperhidrosis. A menudo recetábamos a los mismos pautas de tratamientos tópicos o incluso sistémicos, que no conseguían resolver el problema. La falta de información y la dificultad inicial que conlleva convencer a un enfermo, por naturaleza ansioso, que una intervención quirúrgica bajo anestesia general podía solucionar el problema, hacía que muchos de ellos se perdieran.

Con la aparición de esta nueva indicación de la toxina botulínica aplicada intradérmicamente para el tratamiento de la hiperhidrosis muchos de estos problemas se han solucionado. La mayor parte de los enfermos admiten una anestesia troncular y la transitoriedad del tratamiento no parece preocupar a la mayoría, que entienden que los riesgos son menores si la acción de un fármaco no es permanente.

La toxina botulínica se inyecta intradérmica o subcutánea alta y diluida. Los efectos empiezan a notarse entre los 2 y 4 días y la sintomatología remite en 1 semana, pero reaparece al cabo de unos meses (1).

Al no afectar el nervio en su cadena no presenta nunca hiperhidrosis compensatoria, es un tratamiento no agresivo, no requiere baja laboral, no exige ingreso, no necesita anestesia general y las molestias postoperatorias son mínimas.

En la Unidad de Tratamiento de la Hiperhidrosis (UTH) del Hospital Clínic de Barcelona se seleccionan los enfermos con la finalidad de que cada uno de ellos pueda recibir el tratamiento más adecuado.

Con tal finalidad contamos con un cirujano torácico, un psicólogo, un dermatólogo y un electrofisiólogo. Por ejemplo, las hiperhidrosis marcadamente palmo axilares ya se enfocan directamente hacia un tratamiento quirúrgico con simpatectomía, los pacientes que por motivos médicos no pueden ser sometidos a anestesia general se consideran buenos candidatos de la aplicación de toxina botulínica intraepidérmica y los pacientes afectados de una gran ansiedad serán tratados de manera simultánea con psicoterapia. El electrofisiólogo se encarga de poder cuantificar el grado de sudación para poder valorar el grado de respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Grimalt R, Callejas MA. Tratamiento de la hiperhidrosis focal idiopática con toxina botulínica. *Piel* 2000;15:344-50.

267 «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS», por el Dr. Bejarano Herruzo B. Clínica Universitaria de Navarra.

Los pacientes con hiperhidrosis severa palmar y axilar frecuentemente presentan importantes problemas de tipo psicológico, social y profesional que les limita en gran medida su vida. Con frecuencia han sido sometidos a numerosos tratamientos médicos que no le han solucionado su problema.

En estos casos está indicado la realización de una simpatectomía para destruir el sistema simpático del miembro superior. La técnica menos invasiva hoy día es la simpatectomía torácica superior selectiva por vía endoscópica uniportal a través de una pequeña incisión axilar. Esta técnica presenta una baja morbilidad, siendo la más frecuente la hiperhidrosis compensatoria, que suele ser transitoria y bien tolerada en la mayoría. La tasa de éxito permanente con resolución completa de la hiperhidrosis se aproxima en las últimas series al 100%.

De forma global, más del 90% de los pacientes se encuentran muy satisfechos con el resultado quirúrgico, suponiéndoles un cambio significativamente positivo en sus vidas.

268 «EFECTO INMUNOSUPRESOR DEL DIFUR® COMO ADJUVANTE EN LA FOTOTERAPIA DEL VITÍLIGO GENERALIZADO», por los Dres. Reyes E**·**, De Eusebio E**·***, De las Heras H**·

Prieto A**, Jaén P**·***, Villarrubia VG*, González S****, Álvarez-Mon M**. *Industrial Farmacéutica Cantabria. Departamentos Médico e I+D. Madrid. **Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá. Unidad asociada del CSIC. Madrid. ***Hospital Universitario de Guadalajara. ****Wellman Laboratories of Photomedicine. Harvard Medical School. Boston.

Los pacientes con vitíligo son tratados con cosméticos y/o corticosteroides, aunque la terapia más empleada consiste en 8-MOP + UV-A (PUVA). El grado de respuesta es variable, ya que no siempre se produce repigmentación, ya sea parcial o total, tras la PUVA-terapia. Además, la utilización de 8-MOP conlleva reacciones adversas. Actualmente, moléculas como las citoquinas y los inmunomoduladores emergen con fuerza como adyuvantes en el tratamiento del vitíligo para mitigar en gran medida estas reacciones adversas. Las primeras (TGF- α , LTC4, LTD4 o endotelina 1, entre otras) ejercen su función modulando la migración y la proliferación de los melanocitos y otras células del sistema inmune. Los segundos, como pulsos de altas dosis de esteroides (levamisole) o moduladores de origen natural (Difur®), parecen disminuir la citotoxicidad mediada por anticuerpos contra los melanocitos (ADCC). Así, los pacientes con vitíligo podrían responder favorablemente a altas dosis de fármacos inmunosupresores como la ciclosporina A vía oral. Sin embargo, el aumento de la dosis de ciclosporina provoca efectos colaterales indeseables que, asociados con los producidos por 8-MOP, descartan su utilización en pacientes con vitíligo.

Aunque existen numerosas hipótesis no mutuamente excluyentes sobre la etiopatología del vitíligo (enfermedad autoinmune, toxicidad a productos secretados por los propios melanocitos o disfunción neuronal), es claro que el sistema inmune en estos pacientes está comprometido. Este compromiso se puede concretar en diferentes tipos celulares, como las células B, las células T CD4+ o las células T CD8+, entre otros. Las primeras produciendo autoanticuerpos (VIT40, VIT75 y VIT90), las segundas (células T CD4+) cooperando con las células B mediante la producción de IL-4 en la síntesis de estos autoanticuerpos y células T CD8+, reconociendo y eliminando específicamente melanocitos.

El vitíligo está ampliamente considerado como una enfermedad sistémica. La hipótesis de trabajo plantea la inclusión de inmunomoduladores adyuvantes en la PUVA-terapia. Estos adyuvantes modularán las características funcionales y fenotípicas del compartimento linfocitario y monocitario de sangre periférica de estos pacientes. La predicción a esta hipótesis sería entonces la consecución de un estado de inmunosupresión en pacientes con PUVA-terapia en las que se aplica un inmunomodulador como adyuvante. Este estado de inmunosupresión puede ser establecido analizando la capacidad funcional y la redistribución poblacional en el compartimento linfocitario y monocitario de sangre periférica de estos pacientes.

Para comprobar esta hipótesis reclutamos a 18 pacientes con vitíligo generalizado y 20 controles sanos de edad y sexo similar a la población objeto de estudio. Todos los pacientes fueron sometidos a PUVA-terapia durante un 120 días (nueve tomaron Difur® vía oral y nueve placebo). El estudio pretratamiento indicó que los porcentajes de las poblaciones CD19+, CD8+, CD8+ CD45RO+, CD8+CD3- y CD11b+ en los pacientes con vitíligo fueron significativamente menores que las objetivadas en los controles sanos. Asimismo, la expresión de marcadores de activación CD25 y HLA-DR sobre las células T se encontraban aumentados en estos pacientes.

El tratamiento PUVA más inmunomodulador provocó una disminución significativa de parámetros indicativos de activación de células T (CD25), una disminución en la capacidad proliferativa de estas células ante estímulos como ésteres de forbol + ionóforo de calcio y un aumento en el porcentaje de células CD8+CD3-. En el grupo no tratado con adyuvante se objetivó una disminución de parámetros de activación, pero en este caso sobre las células CD8+. En ambos grupos de pacientes se apreció una disminución de parámetros relacionados con la adhesión y migración de leucocitos como el CD11b.

El Difur® induce en pacientes tratados con PUVA un estado de inmunosupresión reflejado por una menor activación de las células T, una menor capacidad proliferativa y un aumento de poblaciones efectoras citotóxicas en sangre periférica. El PUVA en ambos grupos induce una disminución en marcadores relacionados con la adhesión celular que puede influir en la capacidad de migración de estas células.

269 «VITÍLIGO. FENILALANINA», por los Dres. Mazuecos J, Camacho E

La fenilalanina es un aminoácido esencial que necesita ser ingerido con la alimentación humana. Es indispensable en el proceso de la melanogénesis, ya que se metaboliza mediante hidroxilación a tirosina, que después de varios procesos metabólicos da lugar a melanina.

En la década de los ochenta aparecieron los primeros trabajos sobre el uso de L-fenilalanina junto a UVA o sol en el tratamiento del vitíligo con unos resultados esperanzadores (1). Tiene la ventaja de que no produce fototoxicidad e induce tolerancia a luz solar en los elementos vitiligoideos, por lo que puede administrarse sin riesgo en los niños.

Su mecanismo de acción es inhibir la formación de anticuerpos citolíticos antimelanocíticos y el de la exposición a UVA o radiación solar, estimular la migración de los melanocitos desde su reservorio folicular. Otra hipótesis estaría relacionada con la alteración del metabolismo de la tetrahidrobiopterina demostrada en el vitíligo, que interfiere en la conversión de fenilalanina a tirosina; la administración de L-fenilalanina puede superar esta inhibición. Sus contraindicaciones formales son fenilcetonuria y embarazo.

Las dosis administradas por vía oral son de 50 a 100 mg/ kg/ día y debido a que su pico sérico máximo se alcanza a los 30-60 minutos después de la ingestión oral los pacientes deben exponerse a los UVA o al sol en ese período de tiempo. Un aumento en la dosis provoca un incremento de sus niveles plasmáticos, pero no mejora los resultados clínicos; sin embargo, se ha observado que al añadir la aplicación tópica de L-fenilalanina al 10% aumenta la repigmentación. El patrón de repigmentación más frecuente es el folicular, aunque generalmente combinado con una repigmentación marginal. No se han descrito efectos secundarios durante la terapia ni tampoco en un estudio de seguimiento a largo plazo durante 5 años.

En cuanto a su efectividad, la mayoría de autores coinciden que se obtienen muy buenos resultados en la cara, aunque escasos en manos y pies. Nosotros hemos obtenido una buena repigmentación (más del 75%) en el 56,7% de pacientes, con unos resultados anatómicos parciales muy buenos en cara y cuello (90,3%), menos aceptables en tronco (42,8%) y pobres en extremidades (37,1%) (2).

El protocolo que seguimos actualmente consiste en la administración oral de 50 a 100 mg/ kg/ día de L-fenilalanina y su aplicación tópica al 10% unos 30 a 45 minutos antes de expo-

nerse a la fuente de irradiación. En los meses soleados, indicamos media hora de exposición solar con la posterior aplicación de un fotoprotector, mientras que en invierno aconsejamos utilizar lámparas de UVA, con exposiciones progresivas hasta un máximo de 30 minutos. Por las noches se aplica una mínima cantidad de propionato de clobetasol al 0,025%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cormane RH, Siddiqui AH. L-phenylalanine and UVA/ sunlight for vitiligo. Arch Dermatol Res 1985;277:509.
2. Camacho F, Mazuecos J. Treatment of vitiligo with oral and topical phenylalanine: six year of experience. Arch Dermatol 1999;135:216-7.

270 «FOTOTERAPIA EN VITÍLIGO», por el Dr. Alomar A. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

La fototerapia, y especialmente la fotoquimioterapia, es en principio todavía la terapéutica más efectiva en el tratamiento del vitiligo.

Hasta hoy el PUVA ha sido la referencia. Las pautas adecuadas son de extrema importancia en tratamientos que serán muy prolongados.

Se revisarán:

- PUVA (8MOP, TMP, 5MOP).
- PUVA tópico.
- KUVA tópico (kellina).
- KUVA SOL.
- UVB-311.

Con nuestra experiencia personal.

271 «VITÍLIGO. TRATAMIENTO ANTIRRADICALAR», por los Dres. Jaén P, Alonso M^aL.

Aún en la actualidad no tenemos completamente clara la patogenia del vitiligo, aunque se barajan diversas hipótesis.

Recientemente uno de los posibles mecanismos patogénicos implicados en la actividad de esta enfermedad se supone que puede ser una alteración general y celular en los mecanismos de generación de especies reactivas de oxígeno y de su neutralización. Se postula, en definitiva, que una de las causas de destrucción de los melanocitos en el vitiligo sería la acumula-

ción de estas especies en el interior del mismo, originando mecanismos oxidativos letales para el mismo.

Aportamos la experiencia de nuestro grupo de trabajo y revisamos las evidencias que soportan esta teoría.

272 «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VITÍLIGO», por el Dr. Alomar A. Hospital de Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ante lesiones acrómicas debe plantearse en primer lugar el diagnóstico y su capacidad de progresión.

Si se trata de un vitiligo deberán agotarse todas las posibilidades terapéuticas médicas pero, sin embargo, existen algunos casos que podrán beneficiarse de un procedimiento quirúrgico. Es primordial la selección del paciente para abordar este tipo de solución (vitiligo segmentario, vitiligo residual estable, leucodermias postraumatismos, quemadura o piebalismo), que demuestre verdadero interés en mejorar su pigmentación, especialmente en áreas visibles por consideraciones socioestéticas. Es importante discutir las expectativas, valorar el estado emocional y, evidentemente, el tamaño de la zona que se desea repigmentar.

Existen hoy día varias técnicas quirúrgicas muy probadas y otras experimentales:

- Los micro o miniinjertos.
- Los injertos epidérmicos en sello.
- Los injertos celulares.
- Los injertos con folículos pilosos.

El futuro de la producción de células en cultivo, especialmente de los melanocitos, es una realidad, pero con expectativas de futuro, dada su complejidad y coste.

En nuestra ponencia discutiremos las dos técnicas más fáciles de realizar con buenos resultados.

273 «EXPLORACIÓN DEL MELASMA», por el Dr. Harto Castaño A. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

En la exploración del melasma es necesaria la observación del patrón de distribución del pigmento. La determinación del área afectada o índice de severidad (índice MASI). La localización de la pigmentación se realizará con la lámpara de Wood. Para la cuantificación del pigmento nos ayudamos de la colorimetría, biopsia cutánea o técnica fotográfica, analógica digital de fluorescencia o con luz polarizada.