

G

uía de

T

RATAMIENTOS

D

ERMATOLÓGICOS

Dr. A. Macaya Pascual

A
Z

Guía de **T**RATAMIENTOS **D**ERMATOLÓGICOS

Autor:

Dr. A. Macaya Pascual
*Médico Adjunto. Servicio de Dermatología
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

Guía de Tratamientos Dermatológicos

Esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & CO. Inc, ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a la profesión médica. Cualquier producto mencionado, deberá ser utilizado de acuerdo con el prospecto del fabricante.

© 2003 Grupo 2 Comunicación Médica, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso previo del autor y del titular del Copyright.

ISBN: 84-609-2009-7

S.V.: 1822-L-CM

D.L.:

A Nuria, María y Clara

Presentación

Con este *Manual de Tratamientos en Dermatología* pretendemos llenar un vacío que creemos existe entre la abundante bibliografía en nuestra especialidad. Hemos llegado a esta convicción después de haber vivido en muchas ocasiones la experiencia de no saber dónde recurrir a la hora de aprender la forma práctica de prescribir nuestros tratamientos o de aplicar una determinada técnica.

Por ejemplo, ¿cómo se hacen las infiltraciones de corticoides en las placas de alopecia *areata* o de toxina botulínica? ¿cómo se preparan las diluciones? ¿qué distancia debe haber entre dos infiltraciones? ¿cada cuántas semanas se pueden hacer? ¿cuántas cajas de antihistamínicos se deben prescribir a un paciente con urticaria crónica que se ha citado para dentro de dos meses? ¿qué emoliente se puede recomendar a la madre de un niño atópico que tiene pocos recursos? ¿cuánto cuesta un tratamiento completo con isotretinoína para el acné o para una onicomicosis? ¿qué diferencias existen entre tantas y tantas cremas de parafarmacia para el acné?

En el texto que se presenta se quiere responder a estas preguntas, y a muchas otras que se hace el dermatólogo cuando tiene al paciente sentado enfrente: diferentes tratamientos descritos para la patología del paciente, sus nombres comerciales, las presentaciones, sus efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones, precios, número de comprimidos por caja, e incluso los productos de parafarmacia que haya comercializados. Esto es de hecho lo que muchos residentes (y quizás también especialistas ya formados) desearían tener en el bolsillo de sus batas. Una herramienta que recoge, si no todos, gran parte de los tratamientos más comúnmente usados y las fórmulas magistrales más prescritas, junto a muchas referencias bibliográficas recientes. En algunas patologías (linfomas, verruga vulgar, vitíligo, úlceras vasculares, leishmaniasis, alopecia androgenética, prurito y muchas otras...) se ha conseguido una verdadera revisión bibliográfica completa.

En parte, es el resultado de lo que muchos residentes van anotando en su "libreta" de tratamientos. El presente *Manual de Tratamientos en Dermatología* también nació al inicio de mi residencia. Es fruto de un trabajo continuo desde entonces y *por ende*, es deudor en primer lugar del equipo en el que recibí dicha formación. Gran parte de los conocimientos expuestos han sido aprendidos en el consultorio, viendo y escuchando cómo se desenvolvían ante sus pacientes tanto mi Jefe de Servicio, el Dr. Peyrí, como mis ahora compañeros los Dres. Bordas, Servitje, Marcoval, Jucglà y Notario. Agradezco especialmente a la Dra. Jucglà la revisión de este texto y su ayuda constante y exigente durante la formación de los residentes de nuestro servicio. A ellos, por lo tanto, mi más sincero y afectuoso agradecimiento.

No quiero dejar de mencionar a la Farmacia Guinart (i106 años en Barcelona!) por su valiosa ayuda. Y por supuesto, a mi esposa e hijas, por su apoyo y por su amor.

Para acabar, es necesario hacer brevemente una serie de consideraciones: las recomendaciones terapéuticas que contiene el Manual nunca son prescriptivas. Son simples orientaciones, basadas en lo que constituye la práctica común entre los dermatólogos y apoyadas en muchas ocasiones en referencias bibliográficas. Es obvio que no sustituyen para nada el trabajo siempre necesario de actualización y estudio que debería hacer todo médico. Se ofrecen como herramienta práctica los precios de muchos de los tratamientos que existen en Dermatología, actualizados en octubre de 2002. Son sólo precios orientativos, que pronto serán inexactos, aunque conservarán dicho valor durante un tiempo.

Antonio Macaya
Febrero de 2003
OTGD

Índice

A

| | |
|--|----|
| Acantoma fisurado | 13 |
| Acné | 13 |
| Acrocianosis | 21 |
| Acrodermatitis enteropática | 21 |
| Aftas orales | 21 |
| Alopecia androgenética | 22 |
| Alopecia <i>areata</i> (AA) | 23 |
| Amebiasis | 25 |
| Angiomas | 25 |
| Angioqueratoma <i>corporis</i> (Fabry) | 26 |
| Angiosarcoma cuero cabelludo | 26 |
| Ascaris | 26 |
| Atopia | 26 |

B

| | |
|--------------------------------|----|
| Balanitis | 33 |
| Behçet | 33 |
| Blastomicosis | 33 |
| Bowen, enfermedad de | 33 |

C

| | |
|---|----|
| Cabello en anagen suelto | 37 |
| Cabellos secos | 37 |
| Candidiasis | 37 |
| Capilaritis purpúrica | 38 |
| Carbunco | 38 |
| Carcinoma basocelular | 38 |
| Celulitis | 38 |
| Celulitis disecante del cuero cabelludo | 39 |
| Chancroide | 39 |
| Condilomas acuminados | 39 |
| Condrodermatitis nodular del hélix | 41 |
| Costra láctea | 41 |
| Cromoblastomicosis | 41 |

D

| | |
|---|----|
| Darier, enfermedad de | 45 |
| Delusio <i>parasitorum</i> | 45 |
| Dermatitis del pañal | 45 |
| Dermatitis irritativa del ama de casa | 45 |
| Dermatitis seborreica y pitiriasis <i>capitis</i> | 46 |
| Dermato-fibrosarcoma <i>protuberans</i> | 49 |
| Dermato-miositis | 49 |
| Dermatosis erosiva del cuero cabelludo | 50 |
| Dermatosis neutrofilica | 50 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Disestesia cuero cabelludo | 50 |
| Dracunculosis | 50 |

E

| | |
|--|----|
| Eccemas | 53 |
| Eccema de contacto | 56 |
| Eccema dishidrótrico | 56 |
| Eccema microbiano | 57 |
| Efluvio telógeno crónico | 57 |
| Elastosis perforante | 57 |
| Epidermodisplasia verruciforme | 57 |
| Epidermolisis ampollosa | 57 |
| Erisipeloide | 58 |
| Eritema discrómico <i>perstans</i> | 58 |
| Eritema multiforme | 58 |
| Eritema nodoso | 58 |
| Eritrasma | 59 |
| Eritrocianosis | 59 |
| Eritromelalgia | 59 |
| Eritromelanosis | 60 |
| Eritroplasia de Queyrat | 60 |
| Erupción polimorfa embarazo | 60 |
| Erupción polimorfa lumínica | 60 |
| Esclerodermia | 60 |
| Escorbuto | 61 |
| Esporotricosis | 61 |
| Estrías | 61 |

F

| | |
|--|----|
| Faeohifomicosis | 65 |
| Fenómeno Raynaud | 65 |
| Fibromatosis plantar | 65 |
| Filariasis | 65 |
| Fisura anal | 65 |
| Fisuras de talones | 66 |
| Flegel, enfermedad de | 66 |
| Foliculitis | 66 |
| Foliculitis eosinofílica | 66 |
| Foliculitis pustulosa eosinofílica (Ofuji) | 66 |
| Fotoprotectores solares | 66 |
| Fox-Fordyce, enfermedad de | 68 |

G

| | |
|---|----|
| Gingivostomatitis herpética | 71 |
| Glositis romboidal y lengua negra | 71 |

Guía de TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

| | |
|--|----|
| Glosodinia (<i>Burning mouth syndrome</i>) | 71 |
| Gnathostomiasis | 71 |
| Gonorrea y gonococia | 71 |
| Granuloma anular | 72 |
| Granuloma facial | 72 |
| Granuloma inguinal | 72 |
| Granuloma de las piscinas | 72 |
| Granulosis <i>rubra</i> | 73 |
| Grietas pezón | 73 |

H

| | |
|---|----|
| Heloma blando | 77 |
| Herpes simple | 77 |
| Herpes simple genital (recomendaciones MMWR) | 78 |
| Herpes zóster | 78 |
| Hidroa vacciniiforme | 80 |
| Hidrocistomas ecrinos | 80 |
| Hidrosadenitis supurativa | 80 |
| Hiperhidrosis | 80 |
| Hiperplasia angioliñofoide con eosinofilia | 89 |
| Hiperplasia sebácea | 90 |
| Hiperpigmentación periocular ("ojeras", "bolsas") | 90 |
| Hirsutismo SAHA | 90 |

I

| | |
|-----------------------------------|----|
| Ictiosis | 93 |
| Incontinencia <i>pigmenti</i> | 93 |
| Infiltrado linfocítico de Jessner | 94 |
| Intertrigo | 94 |

K

| | |
|-------------------------|----|
| Kawasaki, enfermedad de | 97 |
|-------------------------|----|

L

| | |
|------------------------------|-----|
| Larva <i>currens</i> | 101 |
| Larva <i>migrans</i> cutáneo | 101 |
| Leishmaniasis | 101 |
| Lentigos solares | 106 |
| Lepra | 106 |
| Linfogranuloma venéreo | 109 |
| Linfomas | 110 |
| Líquén amiloide | 113 |
| Líquén esclero-atrófico | 113 |
| Líquén plano | 113 |
| Lobomicosis | 114 |
| Lupus eritematoso discoide | 114 |

M

| | |
|------------------------------|-----|
| Máculas café con leche | 119 |
| Mastocitosis | 119 |
| Melanoma maligno | 120 |
| Melasma | 122 |
| Miasis | 123 |
| Micetoma | 124 |
| Micosis | 124 |
| <i>Millium</i> coloide | 128 |
| Miofibromatosis | 128 |
| <i>Molluscum contagiosum</i> | 128 |
| Moniletrix | 128 |
| Morbihan | 129 |
| Mordeduras y picaduras | 129 |

N

| | |
|-----------------------|-----|
| Necrobiosis lipóidica | 133 |
| Neurodermitis | 133 |
| NEVIL | 133 |
| Nevus melanocíticos | 134 |
| Nevus de Ota | 134 |
| Notalgia parestésica | 134 |

O

| | |
|------------------------------------|-----|
| Oncocercosis (ceguera de los ríos) | 137 |
| Onico-distrofia | 137 |
| Orzuelo | 138 |
| Oxiuros | 138 |

P

| | |
|-------------------------------|-----|
| Paraqueratosis axilar | 141 |
| Patomimias | 141 |
| <i>Pediculus</i> | 141 |
| Pénfigo | 143 |
| Perniosis | 146 |
| Pezón invertido | 146 |
| Piedra | 146 |
| Piel escaldada estafilocócica | 146 |
| Piel senil | 146 |
| <i>Pili canaliculi</i> | 148 |
| Pioderma gangrenoso | 148 |
| Piodermitis | 149 |
| Pitiriasis liquenoide | 151 |
| Pitiriasis rosada de Gibert | 151 |
| Pitiriasis versicolor | 151 |
| Policondritis recidivante | 152 |
| Porfirias | 152 |
| Poroqueratosis | 153 |
| Prurigo nodular | 153 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| Prurito | 153 |
| Pseudofoliculitis | 155 |
| Pseudomonas "hot foot" | 155 |
| Pseudoquiste auricular | 155 |
| Pseudoxantoma elástico | 155 |
| Psicodermatosis | 156 |
| Psoriasis | 160 |
| <i>Pterigium inversum unguis</i> | 178 |
| Pustulosis | 178 |

Q

| | |
|--|-----|
| Queilitis angular | 181 |
| Queilitis granulomatosa | 181 |
| Queloides y cicatrices | 181 |
| Quemaduras | 182 |
| Queratolisis plantar <i>sulcatum</i> | 183 |
| Queratolisis <i>punctata</i> | 183 |
| Queratosis actínica | 183 |
| Queratosis artefacta | 183 |
| Queratosis liquenoide benigna (Enfermedad de Nekam) | 183 |
| Queratosis seborreica | 184 |
| Quiste mucoide | 184 |

R

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Retículo-histiocitosis multicéntrica | 187 |
| Rosácea y dermatitis perioral | 187 |
| Rosácea-seborrea | 189 |

S

| | |
|--------------------------|-----|
| Sarcoidosis | 193 |
| Sarcoma de Kaposi | 194 |
| Sarna | 195 |
| Sífilis | 196 |
| Siringomas | 196 |
| Sudamina | 196 |
| <i>Stucco queratosis</i> | 196 |

T

| | |
|--|-----|
| Toxicodermias y otras reacciones por fármacos | 199 |
| <i>Tricorrexii nodosa</i> | 199 |
| Tricostasis espinulosa | 199 |
| Tricotilomanía | 200 |
| Tungiasis (niguas) | 200 |

U

| | |
|--|-----|
| Úlcera eosinofílica de la mucosa oral | 203 |
| Úlceras venosas | 203 |
| Uñas amarillas | 206 |
| Uretritis | 206 |
| Urticaria | 206 |

V

| | |
|------------------------------|-----|
| Vaginitis | 213 |
| Varicela | 213 |
| Varices | 214 |
| Vasculitis leucocitoclástica | 215 |
| Vasculitis livedoide | 215 |
| Vasculitis nodular | 216 |
| Vasculitis urticariforme | 216 |
| Verruga vulgar | 216 |
| Vitíligo | 218 |
| Vulvodinia | 220 |

X

| | |
|----------|-----|
| Xantomas | 223 |
| Xerosis | 223 |

Z

| | |
|-------------|-----|
| Zigomicosis | 229 |
|-------------|-----|

Acantoma fisurado

Eliminar factores de presión local.

Acné

- **Jabones limpiadores:** Simplemente se recomiendan como medida de higiene diaria.
 - *Lutsine Bactopur* 200 ml.
 - Gel limpiador *Babé*.
 - *Lysanel* gel limpiador (alfa y betahidroxiácidos, azelaico 0,6%, sales de zinc 0,5%).
 - *Exfoliac* gel limpiador espumoso 125 ml.
 - Gel purificante *Roc*.
 - *Cetaphil* loción limpiadora y pan.
 - *Sebumlaude* gel 150 ml (ciclopiroxolamina 1%, bisabolol, complejo seborregulador).
 - *Acnaveen* bar.
 - *Effaclar* gel espumante purificante 150 ml.
 - *Clarifex* purificante (clorhexidina 4%, quaternium 15, alcohol diclorobencílico, sorbitol, AL) y *scrub*.
 - *Seboten* detergente 125 ml (extracto de corteza de tepezcohuite).
 - *Keracnyl* gel *moussant purifiant*.
 - Gel dermatológico limpiador *Hyfac plus*.
 - *D-Seb* detergente 125 ml (clorhexidina 4%, sorbitol, AL).
 - *Equation* gel 200 ml (clorhexidina 0,1% y triclosan 0,15%).
 - *Bóreade* crema lavante.
 - *Bioderma Sébium K2*.

(Ver *Sebacua* y *Bioderma Sébium H₂O* en Dermatitis seborreica. Son soluciones líquidas micelares para las pieles grasas que se pueden dejar aplicadas sobre la piel).

- **Productos de parafarmacia:** Son tratamientos bien tolerados, útiles en acné leve. Contienen sobre todo queratolíticos por lo que son útiles en acné comedoniano, y en cambio no lo son en acné de predominio pustuloso. Cabe considerarlos además en mujeres con pieles sensibles que toleran poco otros tipos de tratamientos tópicos. Además pueden suplir las cremas hidratantes faciales que muchas veces empeoran el acné.
 - *Kerafnia* crema tratante 30 ml (*Byolisat hafnia*, palmitato de retinil, *Buxus chinensis*, acetato de tocoferol).
 - *Kerafnia R* 30 ml (ácido glicólico, tocoferol, extracto de *Hafnia*, palmitato de retinol).
 - *Bactostop*: para lesiones de tipo inflamatorio (acnacidol 1%, *Biolyasat hafnia* 0,02%, acrilato copolímero 2%, talco 2%, derivado del AS y del undecilénico 2%).
 - *Bioderma Sébium K2 crème* 40 ml (glicirretínico, piroctona olamina, retinil, gluconato de zinc).
 - *Lysanel* crema tratante querato seborreguladora (alfa y beta hidroxiácidos 18%: AL, AG, AS), poliamida 2%, azelaico 1,5% y sales de cinc 0,5%). También en loción activa y en crema matizadora.
 - *Neoceuticals* solución 50 ml y *spot* gel (AS, vitamina A, cítrico, tartárico...).
 - *Exfoliac* crema 10 (AG 6%, ésteres AHA 7%, gluconato de zinc, bisabolol); 15 (AG 8,5%, láctico, málico, salicílico, ésteres AHA 11%, lactato de zinc, bisabolol) y loción (AHA 12,25%, BHA, glicerol, sal de zinc, bisabolol).

Guía de TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

- *Keracnyl* crema (Ducray) con AG 10%, AS, AL, Zn...
- *Effaclar K* 30 ml (La Roche Posay): agua termal, pidolato de zinc, AS, glicil, éster ácido málico y lipohidroxiácido.
- *Avène Cleanance K* (AL 2, AG 6, AS 0,1, gluconato de zinc...) emulsión, emulsión coloreada.
- *Hyfac plus* cuidado queratolítico (AG 6, AHA, piroctona olamina).
- *Boréade* emulsión matizante normal o color con ésteres de ácido málico (AHA 10%), PO y pidolato de zinc y vitamina B₆. *Bóreade* cuidado alisante tiene ésteres de ácido málico (AHA 7%), ácido salicílico, polvos matizantes y vitamina C estabilizada. Para acnés tardíos.
- *Équation e.patch* gel con AS 0,2%, triclosan 0,3% y clorhexidina 0,1% para aplicación local sobre cada lesión por la noche. Forma un "parche" que desinflama la lesión y se retira por la noche.
- *Équation* emulsion tratante AS 0,1%, glicirretínico 0,05%, triclosán 0,1% y clorhexidina 0,1%.

- **Peróxido de benzoilo (PB):** Es un antioxidante industrial (blanqueador de harinas y de aceites comestibles). Se aplica una o dos veces al día en función de la tolerancia. Las concentraciones superiores al 4% no han demostrado mayor eficacia.

Efectos secundarios: dermatitis de contacto (2%), quemazón al aplicarlo (menor si se aplica a los 15 minutos de haberse lavado), blanqueado de la ropa y cabello. Es importante advertir de esto último al paciente pues puede desteñir la ropa de cama si se aplica la crema justo antes de acostarse.

El PB es degradado por la cisteína de la piel. Los radicales libres liberados son proteolíticos. Reduce 50% ácidos grasos libres, y el 90% de bacterias. No es comedolítico. Seguro durante el embarazo.

- *Solugel* crema al 4% (40 g-7,20 €).
- *Peroxiben plus* gel 2,5% (30 g-4,71 €), 5% (60 g-6,97 €), 10% (60 g-7,63 €).
- *Peroxiben plus* color gel 5% (30 g-5,03 €).
- *Panoxyl* gel al 5% (40 g-5,90 €) y 10% (40 g-6,40 €).
- *Oxiderma* mismas presentaciones 5,98 € y 6,48 €.
- *Clearamed* crema 5% y al 10% 20 g-5,66 €.

Para lavados como si fuese un jabón con: *Peroxiben* limpiador 5 ó 10%; *Oxiderma 5 Wash*: 100 g (humedecer, lavar 5 minutos dejando 10 minutos, lavar).

- **Ácido azelaico:** Ácido alifático dicarboxílico saturado de cadena recta producido por ω -oxidación por el organismo (se halla por ejemplo, en la orina humana) y por *P. ovale*. También se encuentra en los granos de cereales, sobre todo el trigo. Tiene acción comedolítica, normaliza e inhibe la queratinización folicular, es antimicrobiano frente a *P. acnes*, antiseborreico (inhibe la 5 α -reductasa), es antifúngico y despigmentante (inhibe tirosinasa, PAR2 y tiorredoxina reductasa). Se usa al 15-20%. Puede ser irritante y el efecto es más lento que los retinoides y el PB (es importante advertir que no empieza a actuar hasta las 2 semanas). Empezar por una aplicación diaria y si se tolera aumentar a dos.

Sin embargo, tiene ventajas: no es teratogénico, no mutagénico (se puede usar en embarazadas); no sensibilizante; no fotosensibilizante ni fototóxico; no hay problemas derivados de resistencias bacterianas. No produce hipopigmentación porque sólo actúa en melanocitos anómalos, no en normales.

Comercializada al 20%:

- *Skinoren* crema 30 g-9,49 €.
- *Zeliderm* crema 30 g-7,37 €.

- *Zaic 20* crema plus 30 g-10,25 € (también en polvos compactos *superlight, light, medium; cover cream; color cream; gel scrub*).

Al 5% en Azelac 5% (con AS 2%) 100 ml-6,29 €.

- **Antibióticos tópicos:** En acné leve para tratamiento de las pústulas. Se aplican dos veces al día.

- Eritromicina al 2% (reembolsable SS):

- *Deripil* solución 70 ml-2,89 € y gel 70 g-3,14 €.

- *Loderpax* toallitas 60-2,90€.

- *Loderm* solución y gel ambos de 70 g-3,77 € y 3,30 €, respectivamente.

- *Eridosis* 60 toallitas 2,97 €.

- *Euskin* solución al 2% 70 ml-2,89 €.

- *Pantodrin* solución al 2%-2,89 €.

- Eritromicina 4% (*Zineryt*: eritromicina 4% + acetato de zinc dihidrato; 30 g-13,91€ y 70 ml-29,90 €; no reembolsable SS).

- Clindamicina 1% (*Dalacin* solución, *Clinvas* gel y solución. Todos 30 ml-3,35 €).

Las resistencias de estas dos últimas son cruzadas y también para posibles tratamientos vía oral, aunque dicha resistencia desaparecería a los 2 meses de dejar el tratamiento.

Si hay sospecha de infección por Gram negativos se pueden emplear sulfamidas, por ejemplo: Loción con sulfacetamida sódica 10% ± azufre 5% en agua de rosas con alcohol de lavanda aa o en calamina (aunque está descrito eritema multiforme por sulfamidas tópicas) o gentamicina 0,2% en excipiente gel.

El ácido azelaico y la nicotinamida tópica al 4% (*Niacex* 30 ml-2,84 €) en principio no generan resistencias a antibióticos (*Int J Dermatol* 95; 34 (6): 434-437).

- **Retinoides tópicos:** En acné comedonianos moderados. Se usan preferiblemente en loción o en gel para evitar el efecto comedogénico de las cremas (que se exponen en Piel senil). Advertir de la irritación. Se deben aplicar por la noche y retirar por la mañana con jabón. A veces se recomienda que el tiempo de aplicación se vaya alargando de forma progresiva. Por ejemplo, aplicar durante 2-3 horas por la tarde/noche, y sólo si se tolera se deja durante toda la noche.

- Isotretinoína (*Isotrex* gel 30 g-7,60 € y 50 g-11,70 €).

- Adapaleno (*Differine* gel 8,50 €).

- Tazaroteno (*Zorac* 0,05-0,1%. Ver en *Psoriasis*).

Formulado: mejor en excipiente líquido como loción de calamina usp XIV csp... g + ácido retinoico 0,05-0,1% + bioazufre 3% + alcanfor 0,5%.

En un estudio reciente se demostró que la aplicación de tazaroteno 0,1% en gel durante 5 minutos una o dos veces al día disminuía mucho la incidencia de irritación sin afectar a la eficacia del tratamiento (*Arch Dermatol* 2002; 138: 481-489).

Existen comercializadas asociaciones retinoide + antibiótico: *Isotrex*-eritromicina (30 g-9,97 €) y *Loderm*-retinoico (50 ml-5,86 €).

- **Corticoides intralesionales:** En lesiones inflamatorias muy grandes se puede proceder a infiltraciones de 0,1 ml de triamcinolona a 5 mg/ml por lesión con agujas de calibre 27 ó 30. De esta forma se pueden aplanar las lesiones en 48 horas.
- **Tratamiento hormonal:** A nivel tópico se ha usado el acetato de zinc a 1,2% (inhibe 5 α -reductasa parcialmente) y la espironolactona al 5%.

A nivel sistémico lo más usado son las combinaciones etinilestradiol-acetato de ciproterona (ver en Hirsutismo). Suelen producir una remisión del acné durante el tratamiento. Está especialmente indicado en mujeres con ovario polimicroquístico. Se recomiendan tratamientos prolongados de entre 4 meses y un año. Se debe explicar al paciente la probabilidad elevada de recidiva del acné al detener el tratamiento.

Diane 35 diario, 28 grageas: 5,92 €. Contiene 2 mg de acetato de ciproterona y 35 microgramos de etinilestradiol, lactosa y sacarosa. El tratamiento se inicia el primer día del ciclo, ingiriendo 1 gragea beige durante los primeros 21 días del ciclo, y una gragea blanca durante los 7 días siguientes. Seguidamente se tomará un nuevo envase, comenzando el mismo día de la semana en que se empezó el envase anterior. La paciente debe continuar con la administración del medicamento aunque se presente hemorragia intermenstrual. Las hemorragias leves suelen cesar espontáneamente. Si no fuera así, puede interrumpirse mediante la administración adicional de 0,02-0,04 mg/día de etinilestradiol durante 4-5 días. La administración de etinilestradiol no debe continuarse en ningún caso después de terminar el envase de Diane.

Contraindicaciones: Cáncer de mama, tumores hepáticos, neoplasias-estrógeno-dependientes, accidentes cerebrovasculares, hepatitis colestática, tromboflebitis, hemorragias vaginales no diagnosticadas. Embarazo y lactancia. Otosclerosis, herpes gravídico, ictericia o prurito grave empeorados en embarazos anteriores. Dislipemias y otros factores de riesgo cardio-vascular.

Interacciones: Los estrógenos son inhibidores enzimáticos, pudiendo aumentar los niveles plasmáticos de determinados fármacos.

- Antidepresivos tricíclicos, betabloqueantes, benzodiazepinas de metabolismo hepático, corticosteroides, teofilina y ciclosporina.

- Antibacterianos de amplio espectro (ampicilina, tetraciclinas): posible disminución de la actividad del estrógeno, por disminución de su reabsorción al destruirse la flora intestinal.

- Antihipertensivos: posible inhibición del efecto antihipertensor debido al efecto hipertenso intrínseco de los estrógenos.

- Antidiabéticos: posible disminución de la acción antidiabética, debido a un efecto hiperglucemiante de los estrógenos.

- Anticoagulantes: posible alteración de la actividad de los anticoagulantes, resultado del balance entre los efectos procoagulante y anticoagulante que poseen los estrógenos.

La eficacia de los estrógenos puede ser reducida por fármacos que provoquen una inducción de su metabolismo hepático: anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital), griseofulvina, rifampicina.

Efectos secundarios: Anorexia, náuseas, dolores abdominales. Retención de líquidos, debilidad. Cambios en la libido, aumento de peso, diarrea, vértigo, irritabilidad, fotosensibilidad, cefalea, cloasma. Otros: trombosis, tumores hepáticos o de mama, candidiasis vaginal, depresión mental, hipertrigliceridemia y dislipemias.

Últimamente también se ha utilizado etinilestradiol con gestágenos de menor acción androgénica como desogestrel.

La espironolactona vía oral a dosis bajas de 50 mg/día puede ser eficaz.

- *Aldactone A* comprimidos de 25 mg (cajas de 20-2,94 € y 50-5,01 €).

- *Aldactone* (20 comprimidos de 100 mg-5,78 €).

Efectos secundarios: trastornos menstruales 15%, cefalea, inflamación mamas, diuresis, disminución de la libido, hipotensión ortostática, xerosis, náuseas (JAAD 2000; 43: 498-502). Con dosis superiores de 100-200 mg/día estos efectos son muy frecuentes.

- **Gluconato de zinc:** Tiene efecto inhibidor de la 5 α -reductasa, y además inhibe la lipasa de *P. acnes* y es antiquimiotáctico. En gluconato (100 mg por cápsula) combinado con nicotinamida y vitamina A en *Orazinc* (36 cápsulas 7,00 €). Una o dos cápsulas al día entre comidas (con el estómago vacío). 30 mg de metal diario lograron una remisión del 70% de las lesiones en un grupo de 60 pacientes (*Nouvelles Dermatologiques* 2000; 19: 395-397).

- **Antibióticos sistémicos:** Considerar en acné moderados de predominio pustuloso. Casi siempre se usan las tetraciclinas. Se prescriben tandas largas de al menos 45 días. Se debe explicar al paciente que el efecto tarda unas semanas en apreciarse y que no debe esperar una curación total del acné, sino una mejoría o incluso una remisión completa pero no definitiva, que sólo se consigue con el tiempo y en algunos casos con isotretinoína.

Las nuevas tetraciclinas no ven alterada su absorción por los alimentos. No se pueden prescribir en menores de 14 años por la pigmentación dental que producen. Contraindicados en embarazo y lactancia.

Minociclina: Minocin 12 cápsulas de 100 mg 4,88 €.

Se administra 1 cápsula de 100 mg al día durante 48 días. La minociclina penetra mejor en el folículo que la doxiciclina al ser más lipofílica y no crea resistencias. Sin embargo no hay ensayos clínicos comparativos que demuestren mayor eficacia, y tiene más efectos secundarios.

Efectos secundarios: toxicidad vestibular (vértigos, ataxia, lipotimias), anosmia, hipertensión endocraneal, fototoxicidad, hepatitis, síndrome de hipersensibilidad, pigmentación parda dental e hipoplasia (no se deben dar antes de los 8 años), alteración desarrollo óseo fetal.

Hiperpigmentación por minociclina (tipo 1: áreas inflamadas y cicatrizales generalmente en la cara, por hierro y minocilina; tipo 2: máculas marronáceas en áreas a distancia (piernas) por hierro y melanina; tipo 3: pigmentación marronácea en áreas fotoexpuestas por melanina; tipo 4: pseudomancha mongólica o pigmentación labial (histológicamente parecida a erupción fija pigmentaria). Otros: pigmentación oral o lingual (*Arch Dermatol* 2000; 136: 427-428).

Puede provocar un cuadro autoinmune que para algunos autores es un lupus medicamentoso, con poliartritis y artralgiás, fiebre, rigidez matutina, hepatitis y títulos elevados de pANCA.

Doxiciclina: Hay tres formas:

- Hiclato:
 - *Proderma* 30 cápsulas 50 mg-4,80 €; 100 mg-7,69 €; 200 mg-12,30 €.
 - *Retens* 16 cáps. 100 mg-4,37 €; 8 cáps-3,16 €.
 - *Cildox*: 12 cáps. 100 mg-4,02 €.
 - *Vibracina* 12 cáps. 100 mg-3,53 €.
 - *Peledox* 50 30 cáps. 50 mg-4,88 €.
 - *Doxiten* Bio 12 cáps. 100 mg-3,51 €.
 - *Doxinate* 12 cáps. 100 mg-3,53 €.
 - *Doxi Crisol* 12 cáps. 100 mg-3,29 €.
 - Clorhidrato: *Rexilen* 12 cáps. de 100 mg-3,41 €.
 - Monohidrato: *Doxiclat* 12 compr. de 100 mg-3,32 €.
- Este último pH menos ácido= 5,0-6,5, y se comercializa en comprimidos recubiertos, con menor riesgo de esofagitis.

En general podemos decir que posee menor penetración folicular y más resistencias, pero menos efectos secundarios y la misma eficacia que minociclina.

La doxiciclina presenta una biodisponibilidad oral del 93%, distribuyéndose prácticamente por todos los tejidos, especialmente del tracto digestivo. Los niveles máximos plasmáticos se obtienen, tras la administración oral, de las 2 a 4 horas. Los alimentos reducen en un 20% la absorción oral de doxiciclina. Difunde a través de las barreras placentaria y mamaria, pero muy poco a través de la meníngea (en ausencia de inflamación).

Se une en un 80 a 90% a las proteínas plasmáticas. Es metabolizada en una pequeña fracción en el hígado, eliminándose fundamentalmente con las heces (50 a 80%) y orina (30%). El 25% de la dosis es excretada con la orina en forma inalterada. Su semivida de eliminación es de 22 a 24 horas.

Las reacciones adversas más frecuentes a las tetraciclinas son de tipo digestivo: náuseas, epigastralgia, diarrea, anorexia, glositis, enterocolitis, candidiasis anogenital. Se ha descrito la aparición de de disfagia, esofagitis y úlceras esofágicas, siendo el riesgo mayor si el medicamento se ingiere cuando el paciente está tumbado o sin acompañarse de una suficiente cantidad de agua.

Menos frecuentes son las alteraciones dermatológicas, manifestadas como fotodermatitis y onicolisis. Aun más raras son las alteraciones genitourinarias, con incrementos en los valores de nitrógeno uréico en sangre y de creatinina sérica.

Debe suspenderse el tratamiento, requiriéndose atención clínica, en el caso de que se observe decoloración permanente de los dientes, así como cuando persistan o sean graves los siguientes efectos: calambres abdominales, oscurecimiento o decoloración de la lengua, fotodermatitis, prurito genitourinario, estomatitis, náuseas y/o vómitos

Contraindicadas en lactancia y embarazo: las tetraciclinas atraviesan la placenta en un porcentaje del 50-100%. Durante la segunda mitad del embarazo, las tetraciclinas pueden causar (debido a su potente capacidad quelante del calcio) decoloración permanente de los dientes, hipoplasia del esmalte dentario e inhibición del crecimiento óseo, especialmente el crecimiento lineal. Asimismo, las tetraciclinas, especialmente cuando se administran por vía i.v. y en dosis elevadas, pueden producir una infiltración grasa en el hígado de la embarazada.

- **Otros antibióticos:** Algunos autores utilizan otros antibióticos, sobre todo macrólidos (eritromicina, josamicina, azitromicina). Serían el antibiótico de elección en niños. Más raramente se usa trimetoprim-sulfametoxazol. Concretamente la azitromicina se daría a 500 mg durante 4 días, repitiendo la tanda cada 10 días un total de 4 veces. (Ver en Piodermitis, las presentaciones, precios y efectos secundarios).
- **Isotretinoína:** (I) ácido 13-cis-retinoico.
 - Roacutan 10 mg 50 cáps-44,23 €.
 - Roacutan 20 mg 50 cáps-74,20 €.

Un mes de tratamiento a 40 mg/día suponen 178 € al mes (71,24 € si se prescribe con recetas SNS). 5 meses son 890 € (356 € por el SNS).

Se puede formular como: "ácido 13 cis retinoico 40 mg para 1 cápsula en aceite de soja", indicando el número de cápsulas que queremos prepare el farmacéutico.

Dosis (guidelines AAD): 0,5-1 mg/kg/día hasta una dosis total de 120-150 mg/kg. Generalmente se espacia el tratamiento a lo largo de 5 meses, aunque algunos tratan hasta 2 meses después de la curación total, lo que se suele conseguir en una media de 7 meses. En Estados Unidos se tiende a tratamiento de 0,5-2 mg/kg durante 20 semanas.

En acné inflamatorios severos se recomienda iniciar a dosis bajas de 0,5 mg/kg/día. En casos puntuales se puede considerar asociar prednisona vía oral o infiltración con corticoides de algunas lesiones.

En acné faciales leves, de <20 lesiones, se puede emplear el siguiente esquema: 0,5 mg/kg/día la 1ª semana de cada mes durante 6 meses (*Br J Dermatol* 1997; 137: 106).

Las recidivas se pueden tratar hasta 2 y 3 veces con nuevas tandas de tratamiento de la misma forma que ha sido descrita. Otros autores recomiendan dar dosis bajas mantenidas durante hasta 1 año.

La isotretinoína produce una reducción selectiva del 90% de la secreción sebácea a las 9 semanas, corrección de la queratinización folicular, es antiinflamatorio y tiene efecto sobre *P. acnes*.

La vida media es de entre 10 y 20 horas. La absorción mejora con productos grasos y se recomienda tomarlo con los alimentos, aunque próximamente podría comercializarse isotretinoína micronizada, cuya absorción es mejor, y que quizás provoca menos efectos secundarios cutáneo-mucosos. En algunos casos hay un empeoramiento paradójico el primer mes: sobre todo en varones, de <16 años, y si se emplean dosis de 1 de 1 mg/kg/d y en acnés inflamatorios.

Efectos secundarios:

- *Sequedad cutáneo-mucosa*: conjuntivitis, epistaxis, xerosis, queratitis hasta en el 95,5%. Se puede paliar con hidratantes. La sequedad nasal se puede tratar con *Lyomer* agua de mar 40 ml- 3,67 € (Lab. *Fardi*). A los pacientes que llevan lentillas se les puede recomendar la aplicación de gotas humectantes como *Optrelam* gotas humectantes (polihexanida, EDTA disódico y povidona; Lab. *Boots Healthcare*) 15 ml-2,29 €.

- *Hepatotoxicidad*: idiosincrásica (sólo acitretino y etretinato) y farmacológica. Con acitretino llega al 1,5% de casos. La biopsia hepática no es útil (*JAAD* 1999; 41 (4): 584-588). Elevaciones transitorias al inicio del tratamiento hasta en el 18% de casos.

- *Músculo-esquelético*: los dolores pueden llegar a afectar al 40% de pacientes. Otros: osificación precoz epífisis, osteoporosis, hiperostosis difusa o cortical, calcificaciones periósticas y ligamentosas (en los espinales puede llevar a rigidez de columna y estrechamiento canal vertebral con compresión medular). Similares al síndrome DISH. Efectos no bien establecidos. Se han comunicado en pacientes tratados a dosis altas (>1 mg/kg/d) durante más de un año... En cualquier caso, en niños que requieran tratamientos prolongados con retinoides se recomiendan radiografías previas al tratamiento, y cada 2-3 años. La formación de espolones y las calcificaciones de tendones son indicación de suspender el tratamiento. Evitar uso prolongado en <10 años.

- *Metabólicos*: elevación de triglicéridos (2,6% y 12,5% si niveles previos normales o altos, respectivamente) y colesterol (sobre todo VLDL y LDL), e incluso más con isotretinoína. Si aparece (TRG>200 mg/100 ml o colesterol> 240) se debe reducir dosis, dar dieta, e incluso dar hipolipemiantes como:

- *Atorvastatina*: empezar por 10 mg por la noche e incrementar en función de la respuesta cada mes hasta máximo de 80 mg/24 horas. *Cardyl*, *Prevencor* y *Zarator* comp 10 mg (28-29,39 €), 20 mg (28-49,8 €) y 40 g (28-58,77 €). Puede provocar insomnio, meteorismo, dispepsia, diarrea, dolor abdominal, transaminitis, miositis, rabdomiolisis, neuropatía periférica.

- *Gemfibrozilo*: 900 mg/día antes de la cena de *Gemfibrozilo Bayvit* EFG de 600 ó de 900 mg, *Lopid*, *Pilder*, *Litarek*, o *Trialmin* 900. Precios de referencia 60 comp de 600 mg-17,60 € y 30 comprimidos de 900 mg-14,17 €. Se ajusta la dosis según respuesta llegando a un máximo de 1.500 mg/día. Puede provocar náuseas y dispepsia (20%), dolor abdominal, diarrea, cólicos biliares por aumento de la excreción de colesterol, y raramente miositis en nefrópatas y pacientes que reciben otros hipolipemiantes (estatinas, resinas). También se ha descrito visión borrosa, cataratas, prurito, urticaria, angioedema, transaminitis, discrasias sanguíneas, cefalea, alteración de la glucemia en diabéticos.

- *Teratogenia*: la anticoncepción se puede detener 1 mes después de acabar el tratamiento. En EE.UU. se exigen 2 métodos anticonceptivos y 2 test de embarazo negativos: uno por el médico y otro por la paciente. Las malformaciones que podría producir son neurológicas, craneofaciales (microcefalia, microtia, micrognatia, paladar hendido,

hidrocefalia), hipoplasia de timo, malformaciones aórticas y cardíacas, y malformaciones retinianas o del nervio óptico (*JAAD* 2001; 45: S183-7). Dosis de 1 mg/kg/día son claramente teratogénicas.

- *Pseudotumor cerebri*: no se debe combinar con tetraciclinas (riesgo aumentado).

- *Otros*: alopecia, riesgo de queloides si se somete al paciente a tratamientos con dermoabrasión o láser, paroniquia, granulomas piógenos, tirotoxicosis, hiperuricemia, galactorrea, rabdomiolisis, hipertensión endocraneal (0,5%), reducción de la adaptación a la oscuridad (empeora la visión nocturna), opacidad corneal. No produce fotosensibilidad según el fabricante.

Ha habido casos de asma inducido por isotretinoína, probablemente porque la sequedad mucosa predispone a la inflamación (*Br J Dermatol* 2000; 142: 388-389).

La vitamina E oral, a dosis altas no evita la mayoría de efectos secundarios excepto la hipercolesterolemia (*JAAD* 2000; 43: 777-784).

Interacciones: Fenobarbital y otros inductores enzimáticos disminuyen la eficacia de la isotretinoína.

La isotretinoína altera la absorción y eliminación de carbamacepina.

Con valproato parece no haber interacciones, aunque hay algún caso publicado en que el control de la epilepsia empeoró al dar isotretinoína.

El litio disminuye la eficacia de isotretinoína.

El haloperidol aumenta los niveles de isotretinoína.

Ya se ha mencionado que isotretinoína + tetraciclinas (cualquiera de ellas) puede provocar hipertensión endocraneal benigna.

La isotretinoína aumenta el riesgo de colitis pseudomembranosa por clindamicina. El fabricante recomienda evitar combinaciones con antibióticos.

No hay interacción con anticonceptivos, pero se deben evitar las "mini-pills" de dosis bajas de progesterona.

Monitorización: Se recomienda analítica previa y cada 45 días incluyendo hemograma, perfil hepático, triglicéridos y colesterol.

La isotretinoína se puede dar en pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis, pero a dosis de 0,1-0,2 mg/kg/d.

El fracaso del tratamiento es atribuible a trastornos endocrinológicos, incluso en el hombre (trastorno adrenal, hiperactividad 5 α -reductasa).

• Otras situaciones en el acné

a) Agua a la pasta. Aplicar por la noche en lesiones extensas de la espalda: agua y glicerina aa 60 g + óxido de zinc y talco aa 40 g + azufre 15%. Agitar antes de usar (el azufre es insoluble).

b) Comedones. Se pueden resolver a largo plazo con el uso de retinoides tópicos. Se pueden eliminar manualmente o con "sacacomedones", cosa que es más fácil si previamente se aplican diversos preparados como:

- Mascarillas con solución de *Vlemincx* (azufre precipitado, agua de cal, dióxido de titanio) *Topylin* Mascarilla 50 ml-7,81 € se deja 20-30 minutos previo a la "limpieza".

- *Ac-Sal* toallitas o *stick* 60 toallitas-5,04 €.

- *Lysanel minipatch* (AS 1,5%, bisabolol, triclosan 0,3%) 24 u-5,48 €.

- *Tensoderm* glicólico (Viñas) mascarilla de glicólico 5% con óxido de zinc, caolín, azufre, dióxido de titanio y silicato de aluminio magnésico. 2-3 veces semana. Dejar 15 minutos y aclarar.

- Existe también tiras adhesivas (*Zaic* poros limpios) 5 unidades-2,47 €.

- Fórmulas magistrales como: AS 0,1 g + resorcina 1 g + agua destilada csp 100 g (pH a 4,2); AS 5 g + ácido tartárico 5 g + alcohol alcanforado csp 100 cc.

c) “*Cirugía del acné*” (*Ann Dermatol Venereol* 1996; 123: 594-600). *Quistes y comedones*: pueden inflamarse durante o después del tratamiento con retinoides. Vaciarlos con pequeñas incisiones y aplicar TCA 33% con torunda de algodón provocar atresia folicular y evitar recidiva. Justo después aplicar compresa húmeda con agua bicarbonatada para evitar blanqueamiento de la piel. *Cicatrices*: *Peeling superficial* (TCA 20%, resorcina) o medio (TCA 30-50%). Se emplea mucho el glicólico al 70% por su rapidez de acción y seguridad. *Dermoabrasión*. (Ver en Piel senil, cómo hacer el *peeling*).

d) *Acné neonatal*. Suele curar solo. Algunas veces se da tratamiento tópico. La pustulosis cefálica neonatal responde a los imidazólicos. (Ver en Micosis).

e) *Acné fulminans*. Se debe a reacción inmunológica frente a *P. acnes*. El tratamiento consiste en corticoides por vía oral a 0,5-1 mg/kg/día (manteniéndolos 2-4 meses y retirándolos lentamente) combinados con antibióticos (cefalosporinas, eritromicina, clindamicina). Se debe retirar la isotretinoína oral o disminuir la dosis, que puede ser el desencadenante al facilitar la liberación de gran cantidad de antígenos de *P. acnes*. Se puede administrar nuevamente más adelante.

Acrocianosis

Los bloqueantes de canales de calcio no suelen ser eficaces. En algunos casos pueden ser útiles el ácido nicotínico y el minoxidil tópicos (*Rook*).

Acrodermatitis enteropática

Zinc 5-10 mg/kg/día (niveles normales de zinc 67-118 mg/d).

Existe comercializado *Orazinc* (36 cápsulas de gelatina blanda-7,00 €) con 15 mg de zinc + retinol 800 mg + PP 17,85 mg. 1 cápsula al día. Es el 100% de la CDR de cada componente.

Aftas orales

Existen múltiples tratamientos. No existen estudios controlados, randomizados, dobleciego con número significativo de pacientes.

- **Corticoides tópicos:**

Se pueden recomendar las fórmulas:

- Orabase c.s.p. 30 g + triamcinolona 0,1% (existe comercializado como *Kenalog* en orabase pasta tubo de 5 g y de 10 g-4,61 €).
- Acetónido de triamcinolona 0,075%, sulfato de neomicina 1%, lidocaína 0,075%, sacarina 1%, esencia de fresas 10 gotas, agua destilada csp 250 ml.

Reembolsable por la SS siempre que la concentración de triamcinolona no sea 0,1%.

Otras formas serían:

- *Afta Juventus*: hidrocortisona succinato 200 mg, cloruro de benzalconio 10 mg en 100 ml de solución. 30 ml-3,06 €.
- *Oralson* 12 comprimidos de 2,5 mg-4,30 €
- *Polaramine* jarabe, añadiendo acetónido de triamcinolona 25 mg en los 60 ml de jarabe.
- *Aftason* 12 tabletas infantiles de 1,5 mg-5,11 €.
- *Aftason* BC: 12 comprimidos con hidrocortisona, piridoxina, riboflavina y ácido ascórbico. 3,46 €.

- **Cocimiento de llantén** 400 g + Rodomiel 100 g + Biorato sódico 12 g + clorato potásico 6 g (se puede añadir resorcina 2% sobre todo si hay restos epiteliales).
- **Tetraciclinas tópicas:** Se pueden disolver 2 cápsulas de *Doxiclat* en 5 ml suero, mantener en la boca durante 5 minutos, y luego tragar. Cuatro veces al día. (Ver en Acné). También se puede formular “pasta de tetraciclina 2% en orabase”.

- **Carbenoxolona 2%:** *Sanodin* gel tubo 15 g-2,73 €. 3 aplicaciones al día.
- **Sucralfato:** *Urbal* 50 sobres de 1 g-10,59 €. Tres veces al día.
- **Resorcinol:** *Milrosina* 25 ml-1,63 €. Con resorcinol 5 g, borato de sodio 5 g por 100 g de solución.
- **Bencidamina tópico:** *Tantum Verde* 20 pastillas de 3 mg-3,30 €.
- **Colchicina:**
 - *Colchimax:* colchicina 0,5 mg y diclocloverina clorhidrato 5 mg; 60 comprimidos-2,30 €.
 - *Colchicine Houde* 40 gránulos de 1 mg-2,41 €.Empezar a 0,5 mg cada 12 horas durante 10 días y luego seguir con 0,5 mg cada 24 horas durante 1 mes.
- **Se han usado muchas otras sustancias sin que ninguna haya demostrado superioridad clara respecto a las otras:** Pentoxifilina (*Hemovas*; Ver en Vasculitis livedoide); 5-ASA 5% en orabase tópico; dapsona; ciclosporina; interferón α ? Glicofosopectical (*Inmunoferon* sobres 2 cápsulas o sobres cada 8 horas; niños 1-3 cápsulas o sobres al día; 45-12 €; 90-20 €).
- **Talidomida:** Tiene un efecto a menudo espectacular aunque sus efectos secundarios (ver en Lepra) y la dificultad de obtenerla hacen que sean un último recurso sólo aplicable en casos de extrema gravedad.
- **Se pueden recomendar algunas soluciones con un discreto efecto anestésico para aliviar el dolor y así facilitar las comidas:** *Anginovac* spray y *Benadryl* solución (en enjuagues), *Dentispray*.

Alopecia androgenética

- **Finasterida** (*Propecia*; cajas de 28 comprimidos-51 €).

Según los ensayos clínicos, la dosis es de 1 mg al día, con o sin alimentos.
Se comercializa en España únicamente con el nombre de *Propecia*.
Finasterida se absorbe bien por vía oral y tiene vida media de 6-8 horas.
Es el único medicamento que actúa sobre la causa de la alopecia androgenética. Es un derivado 4-azasteroideo, un inhibidor de la 5 α -reductasa tipo II (que actúa sobre todo en barba, piel de tórax, hígado, vesículas seminales, próstata...), que evita la transformación de testosterona en dihidrotestosterona, que es la responsable de la alopecia androgenética. Este tratamiento se desarrolló a partir de los trabajos de Imperato-McGinley en pseudohermafroditismo masculino. Los niños con déficit congénito de 5 α -reductasa no desarrollaban AGA.

Es de destacar la reciente presentación de sus estudios a 5 años, los estudios clínicos más extensos jamás realizados para un tratamiento para la alopecia androgenética, en los cuales ha demostrado su eficacia para detener la caída del cabello en el 90% de los hombres y ha estimulado el crecimiento de cabello nuevo en el 65%.

Los resultados aparecen entre el tercer y el sexto mes de tratamiento. Sus efectos se aprecian sobre todo a nivel frontovertical. En los 3-6 primeros meses induce el anagen, con lo que aumenta el conteo de cabellos y disminuye la eliminación en anagen, promoviendo el que los pelos que se mantienen prolongando su fase de telogen entren en anagen precoz. Durante el segundo año los folículos en anagen aumentan en grosor y el paciente nota más densidad de cabello.

Los estudios publicados son en 1.553 varones de 18-41 años. Se obtiene recuperación de la zona fronto-coronilla en el 66% de casos con MAGA II-IV estadios de Hamilton/Norwood. De este 66%, la mitad presenta una respuesta leve, y la otra mitad una respuesta buena o espectacular. Un 33,3% de pacientes no responde al tratamiento (la mitad de ellos simplemente no mejora, lo que quiere decir que se detiene la progre-

sión de la alopecia; la otra mitad sigue empeorando). Caso de obtenerse mejoría y suspender el tratamiento, los efectos revierten gradualmente en 9-12 meses.

A esta eficacia y garantía de resultados a largo plazo, habría que añadir su excelente perfil de seguridad, en el citado estudio de 5 años, ningún paciente tratado con finasteride 1 mg abandonó el tratamiento debido a efectos secundarios, mientras que algunos de los tratados con placebo sí abandonaron el estudio después de unos años de no apreciar resultados positivos.

Los valores de PSA disminuyen en un 50%, por lo que para valorar el PSA hay que multiplicar el valor obtenido por 2.

Aunque actualmente Propecia está indicado en varones de 18-41 años de edad, en 2003 se han publicado los resultados de un estudio de eficacia y tolerabilidad de finasterida 1 mg vs. placebo en varones de entre 41 y 60 años de edad con AGA grados II en la coronilla, III en la coronilla, IV ó V. Este estudio, realizado sobre 424 pacientes, ha demostrado mediantemente valoración fotográfica global una mejora significativa del crecimiento del cabello en los del grupo de finasterida en comparación con los de placebo, siendo la diferencia estadísticamente significativa ya desde el mes 6, mantenida hasta el final del seguimiento, en el mes 24. En el grupo de finasterida se produjo mejoría en el 39% (frente al 4% en el grupo placebo) y empeoramiento en el 6% (23% en el grupo placebo). Los resultados de la autovaloración de los pacientes y de las valoraciones realizadas por los investigadores fueron coherentes con la valoración fotográfica global. El tratamiento con finasterida fue generalmente bien tolerado. En línea con los datos en varones de 18-41 años, en los pacientes tratados con finasterida en este estudio, los valores medios de PSA sufrieron una disminución cercana al 50%. (41,5% en los varones de 41 a 50 años y 49,8% en los de 51 a 60 años).

- **Alopecia androgenética en la mujer (ver Hirsutismo):** Finasterida 1 mg/día fue ineficaz en mujeres postmenopáusicas tratadas durante 1 año (*JAAD* 2000; 43: 768-776). En mujeres jóvenes que quedasen embarazadas mientras están en tratamiento podría tener lugar la feminización de un feto masculino.
- **Minoxidil al 2-5% en solución alcohólica:** Si bien la única aprobada en España es al 2% (con tretinoína o ácido retinoico 0,1% puede ser más eficaz). La dosis no debe superar los 2 cc al día. Se puede formular en lociones comercializadas con vaporizador como *Tricoarlinco* loción capilar (12 €) o en Loción capilar *Babé* 125 ml (10 €) y en ese caso aplicar 6 pulverizaciones por la mañana y 6 por la noche. No debe interrumpirse el tratamiento durante el verano ni en periodos breves, pues cualquier interrupción provoca al cabo de unos tres meses un efluvio telogénico con empeoramiento clínico agudo.

Existe comercializado *Regaine* (30 ml-15,33 €), *Lacovin* (60 ml-8,90 €) y *Dinaxil* (60 ml-9,30 €). El sulfato de minoxidil es el metabolito activo que actuaría como agonista de los canales de potasio dificultando la entrada de calcio en la célula. En ensayos clínicos se ha llegado a demostrar una respuesta discreta en el 30% de los pacientes. El pico de mejoría se detecta al año del tratamiento.

Como efectos secundarios hay que señalar un aumento de caspa, dermatitis de contacto y raramente hipertricosis. El empleo de dosis elevadas puede conllevar la absorción sistémica del minoxidil con los consiguientes efectos hipotensores.

Alopecia areata (AA)

(Recordar que el 50% resuelve sólo en el primer año; más aún en niños).

- **Corticoides:**
 - *Corticoides tópicos:* aunque se puede usar clobetasol 0,05% en loción o un corticoide equivalente, para muchos autores los corticoides tópicos son ineficaces solos, aunque no combinados con minoxidil. La mayoría de dermatólogos usan como tratamiento

de elección para las placas localizadas las infiltraciones de triamcinolona a nivel dérmico. Se deben hacer cada 2-3 meses, a concentraciones de 5 mg/ml (2,5 mg/ml si es en la barba o las cejas) con un máximo de 3 ml totales en cada sesión, e infiltrando 0,1 ml por punción. Cada punción debe distar un centímetro de la siguiente. No más de 6 meses porque probablemente ya no hay receptores celulares de corticoides. Se obtienen respuestas rápidas, a las 4 semanas (*JAAD* 2000; 42: 549-566).

- *Trigon depot* 1 ampolla de acetónido de triamcinolona a 40 mg/ml-2,44 €.

- *Trigon depot* 5 ampollas de acetónido de triamcinolona a 40 mg/ml-6,27 €.

(Para alcanzar la concentración de 5 mg/ml se mezcla 1 ml de Trigon en 8 ml de suero fisiológico).

- **Corticoides sistémicos:** se emplean generalmente cuando fracasan las infiltraciones o cuando hay demasiadas placas alopécicas (como orientación se puede dar un número de 8-10 placas). Se debe informar al paciente de todos los posibles efectos secundarios y de la posibilidad de recidiva al suspender el tratamiento. Se dan dosis de 0,5 mg/kg de prednisona o de 1 mg/kg/día de deflazacort hasta que se observe un inicio de repoblación. En ese momento se debe reducir la dosis a razón de 5 mg de prednisona cada semana, manteniéndola después a 5-20 mg/día de prednisona ó 10-30 de deflazacort. Algunos autores han usado pautas agresivas como son los pulsos de 5 mg/kg de metilprednisolona endovenosa cada 12 horas durante 3 días en AA rápidamente progresiva multifocal. La tasa de respuesta es del 40%, pero no ha demostrado utilidad en alopecias *totalis* y *universalis* (*Dermatology* 2001; 202: 230-234).

- **Ditranol:** Al 0,25-1% toda la noche o al 1% durante 30 minutos como *short-contact therapy*. Recomendable en niños. Responden a partir de los dos meses de tratamiento. (Ver en Psoriasis, manejo y efectos secundarios).
- **Ciclosporina:** (Ver en Psoriasis su manejo). Se requieren dosis altas de 5 mg/kg/día. A pesar de que la tasa de respuestas es elevada, la enfermedad recurre muy a menudo al dejar el tratamiento (*JAAD* 1990; 22: 242-250). Debe considerarse una alternativa en pacientes que no responden a otros tratamientos, y el paciente debe conocer en todo momento los posibles efectos secundarios y las posibilidades de recaída cuando retiremos el fármaco.
- **Minoxidil 5% en solución alcohólica:** Se puede considerar como tratamiento coadyuvante, nunca solo. Considerar que las soluciones de minoxidil superiores al 3% fácilmente cristalizan.

Una combinación de los tratamientos previos, muy usada es: solución hidroalcohólica de minoxidil 5% + propionato de clobetasol 0,05% + ácido retinoico 0,025%. 1 cc cada 12 horas.

- **Sensibilizadores de contacto:** Difenciprona (DPCP, difenilciclopropenona).

Para muchos autores es el tratamiento de elección en AA multifocal progresiva.

Primero debemos provocar una sensibilización del paciente a la sustancia. Para ello se aplica un parche de 4 por 4 centímetros de DPCP al 2% en el cuero cabelludo durante 48 horas, durante las cuales el paciente no puede lavarse el pelo ni exponerse al sol porque la difenciprona se degradaría.

A los 14 días se realizan pruebas epicutáneas a diversas concentraciones. Se comprueba que el paciente es alérgico a DPCP y se observa qué concentración da eritema sin llegar a producir eccema (vesículas). Se prescribe luego el que será el tratamiento: una solución de DPCP en acetona a la concentración que da eritema durante 24-48 horas.

Otros autores empiezan directamente aplicando la DPCP al 0,001% y si no se aprecia eritema aumentan la concentración posteriormente.

Se aplica esa solución con cuidado, primero sólo en un lado de la cabeza durante 48 horas y después se lava.

Se hacen sesiones semanales.

Aplicar fotoprotección.

La DPCP se debe guardar en frigorífico a 4° en botella ámbar.

- *Efectos secundarios*: puede dar irritación severa, eccema de contacto (que es la base del efecto terapéutico), adenopatías reactivas, hipo e hiperpigmentación, reacciones urticariformes, eritema multiforme y vitiligo. Está contraindicado durante el embarazo. En España se debe solicitar su uso como medicación de uso compasivo. Su eficacia llega al 77,9% a los 3 años, aunque no se recomienda más de dos años. Las respuestas suelen apreciarse a partir de los 3 meses (*Arch Dermatol* 2001; 137: 1063-8).

- *Otros sensibilizadores*: el dinitroclorobenceno (DNCB) no debe darse porque es mutagénico. El SADBE (*squaric acid dibutyl ester*) es un sensibilizador potente, que no está en otros medios (no da por lo tanto reacciones cruzadas), y no es mutagénico, pero tiene el inconveniente de no ser estable en acetona. Probablemente es menos eficaz que DPCP.

- **PUVA**: PUVA tópico. Se puede aplicar una toalla impregnada con una solución de 8-MOP al 0,0001% (1 mg/L) a 37° a modo de turbante durante 20 minutos. Se moja la toalla cada 5 minutos. Se aplica los UVA inmediatamente después. Se empieza lentamente, a 0,3-0,5 J/cm², aumentando 0,3-0,5 julios cada sesión hasta un máximo de 8 julios. Se hacen 3-4 sesiones/semana hasta un total de 24 semanas. Se diluye 1 mL de una solución alcohólica de 8-MOP al 0,5% en 5 litros de agua. Se consiguió repoblación aceptable cosméticamente en dos tercios de los pacientes, sin recidivas a los 5 meses de tratamiento (*JAAD* 2001; 44: 248-252).
- **Otros**: Aromaterapia; interferón-alfa-dos intralesional; crioterapia; Camacho utiliza en niños un protocolo de aspartato zinc a 100 mg/12-24 h (está comercializado como sulfato de zinc 100 mgrs en Gelonic sobres 6,35 €) + biotina 20 mg/día (*Medebiotin forte* 40 comp de 5 mg-4,12 €) y clobetasol 0,025% tópico durante un año en niños.

Amebiasis

Metronidazol 500-1.000 mg/8h 10 días. (Ver presentaciones en Rosácea).

Emetina 1 mg/kg/día por 10días.

Angiomas

- **Hemangiomas**: Si no hay compromiso de estructuras vitales, siempre se recomienda la abstención terapéutica y el control clínico. Si hay compromiso o se trata de un caso de hemangiomatosis neonatal difusa: prescribir prednisona a 2 mg/kg/día en dosis única matinal durante 4-6 semanas, y reducir progresivamente. En el 30% de casos hay una respuesta espectacular, en 30% no hay respuesta, y en el 40% ésta es variable. En un meta-análisis que agrupaba 184 casos, se emplearon dosis iniciales medias de 2,9 mg/kg/día, manteniendo esta dosis durante casi dos meses. Respondieron el 84% de casos, entre 1 y 2 semanas tras el inicio del tratamiento (aunque sólo 3 de las 10 series publicadas mencionan el inicio en la respuesta). La tasa de recidiva fue del 36%. Los efectos secundarios más importantes fueron el *Cushing* yatrogénico y en 5 casos retraso del crecimiento (no aplicable según los autores del meta-análisis) (*Arch Dermatol* 2001; 137: 1208-1213).

El tratamiento de segunda elección en estos casos severos, con compromiso de estructuras como el ojo o la laringe es el interferón: IFN α 2b a 3 MUI/m²/día subcutáneo durante 6-12 meses. Como efectos secundarios puede producir: fiebre, neutropenia, transaminitis, disfunción tiroidea a la larga.

Las curas locales deben hacerse, tras una correcta limpieza (por ejemplo con povidona yodada o agua de Bourow), con cremas barrera con óxido de zinc o con pomadas o

ungüentos antibióticos. La aplicación encima de apósitos de hidrocoloides o poliuretano disminuye el dolor y acelera la cicatrización.

El láser de colorante pulsado acelera la cicatrización de hemangiomas ulcerados, sin influir en el componente profundo. Es el mejor tratamiento del dolor asociado a la ulceración, pues lo alivia en 24-48 horas. Como alternativas se puede usar la analgesia por vía oral o el ungüento de clorhidrato de lidocaína al 2% (no el EMLA porque la prilocaína se ha relacionado con metahemoglobinemias al absorberse por la piel ulcerada).

Hay controversia sobre si el láser de colorante pulsado en fase macular previene crecimiento posterior. El resultado estético no depende de la aplicación precoz del tratamiento. En todo caso sólo se debe emplear en angiomas ulcerados o superficiales, porque no penetra más allá de 1,2 mm. El Nd:Yag penetra más profundamente pero tiene más riesgo de cicatrices inestéticas.

Para provocar la regresión del angioma también se emplean corticoides intralesionales, pero conllevan riesgo si es un hemangioma periocular de oclusión de la arteria central de la retina y necrosis, atrofia grasa local, calcificación distrófica o parálisis permanente de algún músculo óculo-motor. En principio sólo están indicados en lesiones pequeñas y muy bien delimitadas, sin circulación arterial anómala ni extensión retrobulbar. Se suele emplear triamcinolona a 20-40 mg/ml inyectada lentamente, con jeringas de 3 ml y agujas del calibre 25 ó 26. Nunca se deben sobrepasar los 3-5 mg/kg/sesión. Se suelen necesitar 1-5 inyecciones separadas a intervalos de 6 semanas. La respuesta es evidente a la 1ª-2ª semana. Algunos autores mezclan la triamcinolona con un 50% de betametasona a 2-8 mg/ml, por tener esta última una acción más rápida.

- **Malformaciones:** Capilar 1ª y/o 2ª rama del trigémino: se recomienda evaluación oftalmológica cada 6 meses los 2 primeros años y después anual.

El tratamiento con láser de colorante pulsado parece que sí es mejor en territorio de primera y tercera rama del trigémino que en la segunda. Los resultados son variables sobre todo en función de la profundidad de los vasos.

NeodinioYAG penetra más profundamente y se usa para malformaciones venosas.

Angioqueratoma corporis (Fabry)

Sustitución enzimática con agalsida alfa (*Replagal*, viales de 1 mg/ml; Lab. *TKT55*) o *Fabrazyme*. Proporciona la terapia de sustitución de la alfa galactosidasa A, consiguiéndose mejora del dolor neuropático, mejoría de la función renal a largo plazo y disminución de la masa cardíaca. Se administra a dosis de 0,2 mg/kg de peso en infusión endovenosa lenta, en 40 minutos, a semanas alternas. Produce efectos secundarios hasta en el 10% de pacientes: insomnio, náuseas, reacciones acneiformes, enrojecimiento, edema periorbitario, neuralgias, alteraciones de la visión, panosmia, disgeusia, taquicardia, dolor abdominal, atomialgias. Información en: www.TKT55.com.

Angiosarcoma cuero cabelludo

El tratamiento de elección es quirúrgico. Como alternativa se ha descrito un caso en que se consiguió la remisión de la enfermedad durante 2 años combinando el tratamiento con interferón alfa 2b e interleucina-2 intralesionales (*JEADV* 2000; 14: 412-415).

Ascaris

Mebendazol (*Lomper*) 100 mg cada 12 horas durante 3 días o Albendazol 400 mg dosis única. (Ver presentaciones y efectos secundarios en *Oxiuros*).

De segunda elección pamoato de pirantel 11 mg/kg en dosis única (máximo 1 gramo).

Si hay obstrucción biliar dar piperazina 75 mg/kg dos días. Máxima dosis 3,5 g. No administrar con clorpromazina.

Atopia

• 1) Evitar el deterioro de la barrera epidérmica por el agua y los jabones

Un jabón es un compuesto de una base sódica o potásica (hidróxido de sodio o potasio) y un cuerpo graso como sebo o copra (que son ésteres de glicerina con ácidos grasos).

Para elaborar jabones se utilizan grasas vegetales (de cáñamo, coco, colza, oliva, linaza, palma) o animales (ballena, cachalote, pescado).

Se forman al dejar enfriar masas formadas por hidrólisis de las grasas.

Todos los jabones, hasta los más delicados, se hidrolizan en agua y liberan álcalis y por lo tanto se alcaliniza el agua y la piel. El pH llega a 9. Para atenuar esta alcalinidad se suelen preparar jabones extragrasos con exceso de ácidos grasos o incorporando ácido láctico, lanolina, manteca de cacao y otras sustancias emolientes.

También se deslipidizan la piel e irritan. Los *Syndet* son asociaciones de tensioactivos suaves (TAS) usados desde la 2ª guerra mundial:

- *Xeralaude* gel 500 ml. Lactato amónico, TAS, karité.
- *Exomega* baño: glicerina 20%, $\omega 6$, avena. 250 ml
- *Exomega* aceite con glicerina 10%, $\omega 6$, avena. 200 ml
- *Trietal pH5 Unipharma* 500 ml.
- *Provegol* gel surgras 500 ml, 250 ml
- *Topialyse* gel 300 ml.
- *Medetopic* Baño.
- *Dermofardi* gel al 10% leche de almendras 250 ml.
- *Aveeno oil* 150 ml.
- *Lipikar syndet* 200 ml con glicerina y cera de karité.
- *Lipikar surgras liquide* 200 ml con cera de karité, glicerina y jabón vegetal.
- Gel de avena *Babé* 1.000 ml con avena 5% y "factor hidratante natural" 5%.
- *Alpha-Avena* con extracto de avena 5%, salicílico 0,5%, láctico y glicólico al 2,5%. 500 ml.
- *Avenamit* gel jabonoso 750 ml (glicerina y lipoproteínas de avena), *Avenamit* loción jabonosa 500 ml-750 ml. Con coloides de avena, tensioactivos no iónicos.
- *Dexli* gel de baño 250 ml, con extracto de avena 3%, extracto de lúpulo 1%, fragancia.
- *Saint-Gervais* gel limpiador espumoso 150 ml con 77% de agua termal, 4% de glicerina, extracto de caléndula 4%, trigo 0,5% y base limpiadora 10%.

El baño de por sí deslipidiza la piel, pero si se aplica una crema emoliente en los 3 minutos posteriores puede llegar a ser hidratante. Además facilita la eliminación de los corticoides tópicos, y puede ayudar a eliminar los alérgenos.

También se puede considerar añadir al baño sustancias emolientes:

- *Avena Unipharma* baño coloidal: 10 bolsas con 50 g. Añadir al baño.
- *Avenamit* baño coloidal 400 g.
- *Aveeno* coloidal normal (10 sobres 50 g) o baby (10 sobres de 15 g).
- *Vaselatum* 1 tapón por bañera.
- También se pueden añadir al baño reductores: *Emolytar* (350 ml-12,13 €; 500 ml-17,4 €) baños con 1-2 tapones por bañera. La adición de dos cucharadas de sal elimina en parte el fuerte olor.

• 2) Emolientes (cremas hidratantes y aceites)

Restauran la barrera epidérmica. Recordar que la urea suele producir prurito en atópicos. (Ver otros en Xerosis).

- *Ducray Exomega* crema 200 ml y leche 200 ml con ácido w6, avena, vitamina E, karité.
- *Topialyse* aceite 125 ml (aceite de borraja 3%).
- *Topialyse* crema 40 y 100 ml (aceite borraja 5% + vit. E + manteca karité 5% + ácido láctico 2% en crema w/o: el total de g-linolénico es del 1%).
- *Topialyse* leche (1%, 0,5%, 5%, 0,5%).
- *Leti AF4* 200 ml con triéster de glicerol modificado, manteca de karité, glicosferas de vitamina C y E y α -glucán-oligosacáridos.
- *Avenamit* crema 100 g y *Avenamit* leche corporal 200 ml. Avena, pantenol, aceite de borraja, alfa bisabolol.
- *Nutridermis* crema 50 g y leche 200 ml, con AL5%, U10%, pirrolidondicarboxilato sódico 2%.
- *Avène Trixera* crema emoliente 200 ml.
- *Keratidin* (ácido láctico 12%).
- *Xeralaude omega* crema 125 m; leche 250 ml; leche 500 ml. AGE omega-6, ceramidas, escualeno.
- *Medetopic Aureus* (Triclosán, bisabolol, onagra, avena...) 100 ml.
- *Aveeno* crema 100 ml y loción hidratante corporal con alantoína, glicerina y avena coloidal 1% 200 ml.
- *Lipikar* crema 125, 200 y 400 ml (con karité 10%, glicerina, bisabolol y alantoína).
- *Lipikar baume* 200 ml con agua termal, karité 20%, glicerina 10%, aceite de canola 5%, glicina 1%.
- Leche corporal de avena *Babé* 500 ml con avena 2%, aloe vera 1%, manzanilla 0,5%, karité 0,5%.
- *Xeramance plus* 100 ml con karité 10, glicerina, ceramidas, a.g. esenciales, entelene 2%.

• 3) Corticoides tópicos

(Ver en Eccema, los secantes, los corticoides tópicos disponibles, precios y presentaciones).

Se debe mostrar seguridad y tranquilizar a la familia sobre posibles efectos secundarios. Se debe instruir a la familia para usar corticoides en poca cantidad, de 1 a 4 semanas si se necesita. Preferentemente una vez al día después del baño y por la tarde-noche.

• 4) Tratamientos inmunorreguladores

Actúan evitando la hiperactividad Th2 (IL-3, IL-5 y sobre todo IL-4) propia de la enfermedad.

Corticoides sistémicos y ciclosporina: Eventualmente se dan corticoides sistémicos, cuidando el posible efecto rebote. En casos resistentes se usa ciclosporina a 2,5-5 mg/kg/24 h con mejoría a las 4-6 semanas, y con dosis de mantenimiento de 0,5-0,7 mg/kg. No hay efecto rebote como en la psoriasis. (Ver manejo y efectos secundarios en Psoriasis).

Inmunomoduladores macrolactámicos: Son sustancias que inhiben la respuesta T de forma similar a la ciclosporina, pero que a diferencia de ésta poseen buena absorción epidérmica y pueden usarse a nivel tópico. Se unen a las inmunofilinas citosólicas. La macrofilina 12 es la más importante (la ciclosporina, en cambio, se une a la ciclofilina). El complejo resultante se une a la calcineurina. La calcineurina es una fosfatasa de serina y treonina calcio-dependiente. Los IM la inhiben y así no se activan una serie de pro-

teínas citosólicas que al pasar al núcleo se unen a promotores de la transcripción génica sobre todo de IL-2, como NF-AT (factor nuclear de células T activadas), y en menor grado de IL-4 e IL-5. Los IM también actúan a otros niveles: inhibición de la liberación de histamina por basófilos y mastocitos; expresión de receptores de IgE sobre células de Langerhans, etc.

El sirolimus o rapamicina (así llamada porque se aisló el hongo productor de una muestra proveniente de la isla de Rapa Nui) tendría un mecanismo de acción diferente, y no queda clara su eficacia en dermatología.

El tacrolimus o FK506 se obtuvo en 1984 de una especie de *Streptomyces* en Tsukuba, Japón, y el nombre es un acrónimo de "*Tsukubaensis Macrolid Immunosuppressant*"). Éste es un polvo blanco insoluble en agua pero soluble en etanol, cloroformo, metanol, y acetona.

Se empezó a usar por vía oral a dosis de 0.05-1 mg/kg como inmunosupresor para prevenir el rechazo del trasplante sobre todo renals. A nivel sistémico tendría efectos secundarios similares a ciclosporina: trastornos hidroelectrolíticos, hipertensión, nefro y neurotoxicidad, aunque no hipertricosis. A nivel tópico destaca la quemazón en las zonas donde se aplica, que refieren hasta el 50% de los pacientes, y que puede desaparecer al irlo aplicando, que es máxima el primer día de uso y desaparece a los pocos días de utilización. Llama la atención que al ingerir alcohol se produce una rubefacción muy intensa en las zonas donde se ha aplicado el tacrolimus. No se debe aplicar sobre piel ulcerada ni ante sospecha de infección cutánea. Sólo se halla comercializada como pomada lo que cosméticamente puede desagradar a los pacientes.

Protopic 0.03% 30g-39.72 € y 60g-76.33 €

Protopic 0.01% 30g-44.58 € y 60g-84.81 €

2 aplicaciones al día.

Pimecrolimus, ASM 981 (derivado de la ascomicina) es otro macrolactámico derivado de la ascomicina, derivado de *Streptomyces hygroscopicus* var *ascomyceticus*, que tiene más de 400 derivados. También se une en el citosol celular a la macrofilina-12 inhibiendo así a la calcineurina. Por lo tanto no se produce la fosforilación necesaria para la traslocación del NF-AT. Esto impide la formación de interleucinas 2, 3, 4, 8, 10 e IFN gamma, y la proliferación de células T.

Se halla comercializado al 1% en crema, por lo que hidrata menos pero suele ser más aceptado por los pacientes.

Elidel crema 30gr - 42 €.

Se aplica dos veces al día.

No se absorbe, a diferencia del tacrolimus, y la cosmética es mucho más agradable (excipiente cremoso, no en pomada), aunque es algo menos potente. Es especialmente útil en cara, cuello y párpados.

Los efectos secundarios son sensación de quemazón hasta en el 20% de pacientes, que tiende a mejorar con los días. Puede favorecer la aparición de foliculitis y producir una diseminación de infecciones herpéticas.

Micofenolato Mofetil (Cellcept, ver Psoriasis): Se mostró muy eficaz y produjo remisión prolongada en 10 pacientes, a dosis de 1 gramo/12 horas durante un mes y 500 mg/12 horas el segundo mes. Un paciente sufrió una retinitis herpética como complicación (*Arch Dermatol* 2001; 137: 870-873). En otro estudio abierto de 10 pacientes la mejoría media fue del 68%. Se administró el fármaco a 1 gramo/24 horas una

semana y luego dos gramos/24 horas durante 11 semanas más (*Br J Dermatol* 2000; 143: 385-391).

Fototerapia (UVB, UVA, PUVA): La fototerapia mejor es con dosis medias de UVA1 a 130 J/cm² durante 10-15 días, pero sólo se pueden emplear 1-2 veces al año, y la remisión que se consigue no es larga (*JAAD* 2001; 45: 503-507). El UVB de banda estrecha es más útil en fases crónicas con afectación moderada.

El IFN- γ a dosis de entre 0,5-1,5 MU/m² tres veces por semana también se ha probado (compensaría la deficiente respuesta Th1 e inhibiría la respuesta Th2).

Inhibidores la fosfodiesterasa tópicos: Están en desarrollo. En la atopía hay una activación de leucocitos con aumento de actividad de la fosfodiesterasa, con disminución de AMPc, bloqueo betadrenérgico y activación alfaadrenérgica, con aumento de IL-10 y PG E2 que lleva a una mayor respuesta Th2.

La cipamfilina al 0,15% en crema aplicada dos veces al día obtuvo peores resultados que la crema de butirato de hidrocortisona al 0,1% en un estudio multicéntrico, randomizado, doble-ciego con 108 pacientes (*Br J Dermatol* 2002; 147: 299-307).

• 5) Otros

Tratamiento antibiótico: Eventual de sobreinfección o hiperestimulación inmunológica por *Staphylococcus aureus*. Sus toxinas mantienen la inflamación cutánea e inhiben la respuesta a corticoides. (Ver en Piodermatitis, cloxacilina y amoxicilina-clavulánico).

Antihistamínicos: Recordar que sólo son útiles para el prurito.

Zileuton: Inhibidor de la alfa 5 lipooxigenasa y por lo tanto de los leucotrienos (*Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 83: 548-552).

Basiliximab: Anticuerpo monoclonal quimérico humano/ratón con afinidad por el receptor (CD25) de la IL-2. Se administra en bolus endovenosos. (Ver en Psoriasis).

Evitar tejidos que irriten (lana, fibras sintéticas). La desensibilización no demuestra beneficios. Debido al déficit de δ -6-desaturasa, el ácido γ -Linoleico (p. ej., en el aceite de borraja al 19-25%, en el de onagra 9%; en el de uva 0,4%) mejora la sequedad pero a dosis muy altas (3 g/24 h):

- *Linatox* 100 ml-10,62 €.

- *Gamanol* (ácido γ -linolénico: 1 vial/día x 8 días; luego 2 viales/semana) 3 meses. 17 €.

Topialyse cápsulas de 500 mg-60-10 €. 2-4 al día.

Considerar humidificadores para la habitación, tenerla caliente.

No hay consenso respecto a la eficacia de la dieta. El huevo es el alérgeno más frecuente.

Las hierbas medicinales chinas tienen cierta eficacia, pero el mal sabor y la descripción de casos de hepatitis han limitado su uso. Por otro lado, beber un litro de té negro *oolong* (10 bolsitas hervidas en 5 minutos) repartido en tres tomas mejoró a 74 de 118 pacientes (*Arch Dermatol* 2001; 137: 42-43).

La administración de 2 cápsulas con *Lactobacillus* 2-4 semanas previas al parto y durante 6 meses después disminuye la frecuencia de atopía a los 2 años de edad (*Lancet* 2001; 357: 1076-1079).

Balanitis

- **Candidiásica:** (Ver en Candidiasis). Previa a la aplicación de una crema antimicótica (ver Micosis) se pueden usar soluciones astringentes como:
 - Agua de Goulard. Se puede usar después de cada coito en balanitis candidiásica de repetición.
 - Tanino 10 + alcohol 100 + agua destilada 100.
- **Linfoplasmocitaria de Zoon:**
 - Corticoides tópicos: suelen conseguir una disminución discreta de la lesión.
 - Postectomía suele ser curativa (*Piel* 2000; 15: 41-42; *Br J Dermatol* 1981; 105: 191-194).
 - Ácido fusídico tópico (*Fucidine* crema: ver Piodermatitis).
- **Erosiva:** Suelen ser anaerobios (a menos que sea química por derivados amonio 4^ºrio): Metronidazol.
- **Xerotica obliterans:** Generalmente se tratan con corticoides tópicos, que no curan el proceso. (Ver en Liquen escleroatrófico). Shelley *et al.*, comunicaron éxito con antibioterapia prolongada con penicilinas o diritromicina (*JAAD* 1999; 40: 69-72).

Tricomonas y otras causas: ver en Vaginitis y en cada causa específica.

Behçet

No hay un tratamiento estándar. Se ha empleado levimasol, colchicina y corticosteroides. Recientemente un estudio controlado con placebo, randomizado, doble-ciego, en 50 pacientes demostró disminución en las manifestaciones oculares y mucocutáneas y articulares con interferón alfa 2a 6 MU SC tres veces por semana durante 3 meses (*Arch Dermatol* 2002; 138: 467-471).

Blastomicosis

Las formas cutáneas se tratan con itraconazol 200 mg/día durante al menos 3 meses más a partir de la remisión total. Caso de no responder se emplean 400 mg/día. (Ver presentaciones y efectos secundarios en Micosis).

Si fracasa, administrar anfotericina B y una vez se entra en remisión se sigue con itraconazol. (Ver anfotericina en Leishmaniasis).

Bowen, enfermedad de

Exéresis quirúrgica, crioterapia, electrocoagulación.

La crema de imiquimod 5% aplicado dos veces al día ha demostrado ser eficaz en varios estudios, pero su uso no se ha generalizado (ver en Condilomas).

Se ha comunicado un caso de múltiples lesiones de enfermedad de Bowen que curaron con isotretinoína a dosis de 1 mg/kg/día + IFN α 2a 3MU 3 veces por semana. (Ver en Herpes y Melanoma, presentaciones del interferón).

Cabello en anagen suelto

Mejora con la edad. Se puede recomendar el empleo de champús no iónicos.

Cabellos secos

Si nuestros pacientes nos piden un champú "que no reseque" les podemos recomendar:

- Champú *lactocera* 125 ml; mascarilla.
- *Provegol* champú pelo seco con karité (SVR) con manteca de karité al 3% y complejo panthenol injertado.
- *Provegol* champú extra-suave.
- *Ses Kavel* Champú glicólico.
- *SES* reparador de puntas.

Candidiasis

Se pueden tratar con antifúngicos azólicos o alilaminas (ver en Micosis) o con nistatina.

La nistatina fue el primer antifúngico específico disponible (1950). Es un polieno sintetizado a partir de *Streptomyces noursei* y *S. albidus*.

Sólo es activa frente a levaduras: por lo tanto nunca se debe emplear frente a dermatofitos ni otros. Tampoco en candidiasis mucocutánea.

- *Mycostatin* crema 1.000 U/g. 30 g-1,93 €. Pomada 30 g-2,42 €.
- *Mycostatin* suspensión oral (adultos 2 cucharadas de 2,5 ml 4 veces al día; recordar al paciente que se debe tragar; niños 10-30 ml/día; lactantes 5-15 ml/día).
- *Mycostatin* grageas para chupar. 4 veces al día.
- **Varones (balanitis candidiásica):** Astringentes y antifúngicos tópicos. (Ver en Micosis).
- **Vulvovaginitis:** Nistatina comprimidos vaginales. Mycostatin comprimidos vaginales: cada 12 horas con aplicador, a pesar de que se tenga la menstruación. Se debe usar hasta 4 días después de que se aprecie la curación clínica (16 comp-1,5 €).
 - Clotrimazol (*Gine-canestén* comp. vaginal de 100 mg-6 noches-3,18 € y 500 mg-1 noche-3,43 €; o crema al 2% con aplicador 3 noches-2,89 €).
 - Fenticonazol (*Lomexin* crema 2%, óvulos de 200 mg 3 noches seguidas y de 600 mg una sola noche-6,02 €).
 - Fluconazol 150 mg dosis única (ver Micosis).
 - Ketoconazol 400 mg/día durante 5 días (ver Micosis).
 - Itraconazol 100 mg/día durante 3 días (ver Micosis).
 - Casos de resistencia a azoles: ácido bórico o flucitossina 15 días (*Der Clinics* 98; 763-768). (Ver en Vaginitis).
- **Candidiasis recidivantes:** Investigar factores predisponentes como ferropenia, diabetes, tratamientos con antibióticos y anticonceptivos. En el varón valorar la necesidad de postectomía para eliminar el "ambiente" favorable. Itraconazol 100 mg/d los días 5º y 6º del período. Fluconazol 150 mg semanales, clotrimazol tópico 500 mg semanales. Duración 6 meses. El 50% recidivará y entonces se debe prolongar un año. Dudosa eficacia de yogures *Bifidus* (*Ann Intern Med* 1992; 116: 353-353). No se debe tratar el varón (Fong IW. *Genitourin Med* 1992; 68: 174-176).

- **Candidiasis perianal:** Se deben tomar muestras de boca y heces. Secar con fomentos de permanganato potásico o Burow o solución acuosa de eosina al 2% y después aplicar crema de imidazoles. Muchas veces hay una dermatitis irritativa concomitante que obliga a aplicar también corticoides. (Ver en Dermatitis del pañal).

Se pueden emplear preparados como mantenimiento en pacientes con alta tasa de recidivas: polvos de nistatina o pasta Lassar + miconazol 2%, ketoconazol 2% o Nistatina 2-4% (100.000-200.000 UI/mg. Esta última debe guardarse en frigorífico). Si el bebé tiene afectación oral e intestinal asociada: nistatina 1 ml/4 veces al día una semana (ver Dermatitis del pañal).

Capilaritis purpúrica

Generalmente los tratamientos no consiguen mejorar el proceso.

Se puede intentar con rutósidos orales (bioflavonoides) durante 4 semanas.

Angiogel es un gel que contiene agentes quelantes del hierro para evitar la pigmentación por hemosiderina. No hay estudios controlados disponibles.

Carbunco

Penicilina G 20 mU/día dividido cada 6 horas endovenoso. Tratamiento prolongado durante 6 semanas. (Ver en Piodermitis).

Segunda elección: ciprofloxacino 750 mg v.o. cada 12 horas ó 400 mg e.v. cada 12 horas; o doxicilina 100 mg cada 12 horas vía oral o endovenoso.

Vacunar a personas con riesgo ocupacional.

Carcinoma basocelular

Cirugía, cirugía de Mohs.

En formas superficiales Imiquimod curó 3 de 3 pacientes que usaron la crema dos veces al día durante 6 semanas, 22 de 30 casos que la usaron una vez al día y 23 de 33 que la usaron tres veces a la semana (*JAAD* 1999; 41: 1002-1007; *JAAD* 2001; 44: 807-813).

En un estudio abierto, randomizado, controlado con placebo, con 99 pacientes con carcinoma basocelular nodular, la aplicación una vez al día durante 7 días y durante 6 ó 12 semanas fue más eficaz que la aplicación durante 3 días a la semana. Se curó el 71% (25/35) de los pacientes que recibieron la crema durante 6 semanas y el 76% (16/21) de los que la recibieron durante 12 semanas (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1165-1171).

Efectos secundarios: Síntomas pseudogripales hasta en un 5% de pacientes. Irritación y reacciones locales en el 90% de los casos. Es muy importante advertir al paciente de estas reacciones. En muchos casos aparece una costra melicérica grande, y la lesión toma un aspecto muy inflamatorio. Se puede espaciar el tratamiento y prescribir cremas con antibiótico. (Ver en Piodermitis). Sin embargo no causa estas reacciones en piel sana.

Celulitis

- **Extremidades:** (no asociado con catéter endovenoso) y erisipelas (*Streptococcus* grupo A, y muy raramente *Staphylococcus aureus*): Cloxacilina 2 g cada 4 horas e.v. ó 500 mg cada 6 horas p.o. o cefazolina 1 g cada 8 horas endovenoso. De segunda elección: macrólidos, amoxicilina-clavulánico o clindamicina.

Descartar *tinea pedis* como puerta de entrada.

Profilaxis de recidivas en pacientes con linfedema y celulitis recurrentes o como complicación de safenectomía: penicilina G benzatina 1,2 MU una vez al mes (*CID* 1997; 25: 685). Si alergia: macrólidos. (Ver presentaciones en Piodermitis).

- **Erisipela facial en adultos:** Debe cubrirse siempre *S. aureus*: cloxacilina. De segunda elección cefalosporinas de primera generación, vancomicina, amoxicilina-clavulánico.
- **Erisipela facial en niños (posibilidad de *H. influenzae*):** cefuroxima o cefalosporina de 3ª generación. Amoxi-clavulánico de segunda elección.
- **Lesiones bullosas hemorrágicas, contacto con agua salada o si ha comido pescado crudo (*Vibrio vulnificus*):** doxiciclina 100 mg cada 12 horas endovenoso o v.o. + ceftazidima 2 g cada 8 horas endovenoso. 75% de casos tienen hepatopatía crónica. Mortalidad del 50%. Segunda elección: cloranfenicol, cefotaxima o ciprofloxacino.
- **Diabetes mellitus (pie diabético):**

Casos crónicos, recurrentes, graves (polimicrobiana: cocos Gram positivos, bacilos Gram positivos y anaerobios): Cefoxitina 2 g cada 8 horas ev o ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas v.o. o 400 mg cada 12 horas e.v. + clindamicina 300 mg cada 6 horas vía oral.

Descartar gota. No son útiles los cultivos de exudados. Se recomienda desbridamiento quirúrgico para obtener cultivos y descartar fascitis necrotizante. Pedir radiografías para detectar presencia de gas o de osteomielitis concomitante. Si se alcanza el hueso con sonda metálica es muy probable la presencia de osteomielitis. Algun estudio sugiere el empleo de G-CSF.

Casos de extensión limitada: Clindamicina 300 mg cada 6 horas endovenoso o cefalexina 500 mg cada 6 horas o amoxi-clavulánico 875/125 cada 8 horas u ofloxacino 400 mg cada 12 horas. 14 días de tratamiento. (Ver presentaciones en Piodermitis).

Celulitis disecante del cuero cabelludo

Antibióticos por vía oral: amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 horas/ 30 días.

Retinoides por vía oral, aunque es probable la recidiva tras la finalización del tratamiento. (Ver manejo y presentaciones en Acné).

Algún autor ha tenido éxito con el sulfato de zinc 400 mg/8 horas durante 12 semanas, siguiendo después con 200 mg/8 horas durante 12 semanas más.

Es aconsejable formularlo en cápsulas con recubrimiento entérico para evitar las frecuentes náuseas que provoca.

Chancroide

De elección: Ceftriaxona 250 monodosis o azitromicina 1 gramo en dosis única. Ha habido casos de fracaso de la azitromicina en HIV+.

2ª elección: ciprofloxacino 500 mg/12h/3d o eritromicina base 500 mg/6h/7d o amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 horas/7 días.

(Ver en Piodermitis, presentaciones y precios).

Aspirar bubones fluctuantes.

Condilomas acuminados

- **Crioterapia**
- **Tricloroacético** o bicloroacético al 80-90% una vez a la semana se puede dar en embarazadas y en niños.
- **Imiquimod 5%:**

Aldara crema: caja 12 sobres de 12,5 mg-91,41 €.

Inmunomodulador que entre otras cosas induce la síntesis de interferón alfa. Tasa de eficacia de alrededor del 56%. Es más eficaz en mujeres. Contraindicado en el embarazo, durante la lactancia y en niños.

Posología: 1 aplicación tres veces por semana (L, X y V o M, J y S), antes de dormir, permaneciendo en la piel durante 6-10 h. El tratamiento debe prolongarse hasta que se produzca la eliminación de las verrugas genitales o perianales visibles o durante un máximo de 16 semanas.

La crema contenida en un sobre es de un solo uso, y es capaz de cubrir un área verrugosa de unos 20 cm².

Verrugas en prepucio: hay experiencia clínica muy limitada en el tratamiento de verrugas en la zona prepucial en pacientes no circuncidados. La experiencia corresponde a menos de 100 pacientes en los que no se siguió la higiene diaria del prepucio. Hubo dos casos de fimosis grave y otro de estenosis grave que provocó la circuncisión. Los signos precoces de estenosis son erosión, ulceración, edema, endurecimiento o mayor dificultad para retraer el prepucio. Si se presentan estos síntomas suspender de inmediato el tratamiento. Uso no recomendado.

Verrugas genitales internas (uretrales, intravaginales, cervicales, rectales o intraanales): falta de experiencia clínica, por lo que no se recomienda su uso.

Efectos secundarios: prurito (32%), quemazón (26%), dolor (8%), eritema, erosión, excoriación, descamación, edema. Ocasionalmente, induración, úlceras, escamas, vesículas. Eritema en zonas alejadas de la verruga, probablemente por contacto accidental con la crema. Se observaron alteraciones sistémicas con una incidencia similar al placebo: cefalea (4%), síntomas gripales (3%), mialgia (1%).

- **5-Fluorouracilo:**

Efudix pomada 20 g-3,73 €.

3 veces por semana, se deja de 3 a 10 horas. No poner nunca en vaginales. Puede provocar úlceras y está relacionado con adenosis vaginal y carcinoma de células claras.

- **Podofiloxina:**

- *Wartec* solución 0,5%, frasco 3 ml-14,11 €.

- *Wartec* crema al 0,15%, tubo 5 g-21,96 €.

Es el principio activo de la resina de podofilino. Inhibe la síntesis de ARN provocando un efecto citotóxico muy irritante, específico para condilomas acuminados. Se aplica dos veces al día, tres días por semana. Se repite semanalmente un máximo de 4 semanas. No es obligatorio lavar la zona afectada horas después de su aplicación. Advertir del riesgo de irritación y erosión. La absorción sistémica puede producir toxicidad en forma de neuropatía, leucopenia, trombopenia, náuseas, vómitos y fiebre. Está contraindicado en el embarazo. Nunca se debe aplicar si hay erosiones.

Es una crema opaca y permite una buena aplicación sin tocar zonas sanas.

- **Podofilino:** Casi no se usa. Es mutagénico (contiene mutágenos como quercetina y kempherol), más tóxico (la absorción sistémica puede dar hipocaliemia, neuropatía periférica, mielosupresión, coma) y menos eficaz (38-79%) que la podofiloxina. Tiene un interés histórico. Se usa formulado, por ejemplo:

- Tintura de benjuí 30 g + polvo de resina de podofilino *peltatum* 9 g (3 horas al día, se lava con jabón. Se aplica 3 días consecutivos o dos veces al día durante tres días y descansar 4, repitiendo el ciclo 6 veces).

- Solución de resina de podofilino al 10-25% en alcohol o tintura de benzoína, sin superar 0,5 ml diarios ni aplicar más de 10 cm² por sesión. Se retira a las 3 horas para evitar la irritación. Una vez a la semana durante 6 semanas.

- **Opciones usadas de forma excepcional en la literatura:**

Interferón α 2b o α n3 intalesional 1 millón (0,1 ml; sólo 10 millones por mL es una concentración adecuada) 3 veces por semana durante 3 semanas.

Isotretinoína 1 mg/kg x 3 meses curó 40% de 55 casos, obtuvo respuesta parcial en 13% y sin respuesta 47% (*J Urol* 1997; 158: 1810-1812). (Ver Acné).

Cidofovir en crema al 1% aplicada una vez al día durante 5 días a la semana durante dos semanas consiguió disminución del 50% del área de condilomas gigantes en 12 de 17 casos, aunque casi todos sufrieron erosión (*Sex Transm Dis* 2001; 28: 343-346).

Muchos de estos tratamientos son corrosivos: recomendar aplicaciones de pasta Lassar alrededor para evitar quemaduras de la piel sana.

Podofilino y podofilotoxino contraindicados en el embarazo. ¡¡Mucho menos eficaz en áreas secas!! (escroto, cuerpo del pene, labios mayores) *JAAD* Diciembre 1999.

Condrodermatitis nodular del hélix

Crioterapia (eficacia moderada: se puede ensayar previo a la cirugía).

Cirugía: exéresis y sutura o dejar cerrar por segunda intención.

Infiltraciones de triamcinolona.

Recomendar el uso de almohadas agujereadas para dormir e insistir mucho en la necesidad de no apoyar la zona afectada por la noche.

Costra láctea

Suele responder bien a diversos queratolíticos y a las lociones que se usan en la dermatitis seborreica (ver en ese apartado). Hay algunos productos comercializados específicamente para la costra láctea:

Se puede combinar un champú como *Champú pediátrico CL atopic OTC* (con *serenoa serrulata*, AS 2%, propilenglicol 1,4%, e *ictiol pale*) con cremas queratolíticas suaves diseñadas específicamente como *Neoceuticals pds scalp treatment* o *Xerial capillaire*. Este último es un bálsamo de urea al 30%, que se deja durante 3 horas y se retira con agua y jabón, frotando para eliminar las costras.

Muchas madres simplemente utilizan gasas impregnadas en aceite de oliva y frotran hasta desprender las costras.

Siempre hay que evitar el uso de ácido salicílico a concentraciones superiores al 5% por el riesgo de intoxicación: > 150 mg/kg: acidosis metabólica, taquipnea, hepatotoxicidad detectable a partir de las 48 horas.

Se puede usar también *Kouriles* emulsión (octopirox; 40 ml-6, 19 €) después de desprender las costras.

Cromoblastomicosis

(*Phialophora verrucosa*, *Fonsecaea pedrosoi* y otras). Lesiones pequeñas incipientes: exéresis, electrocoagulación, crioterapia. En lesiones mayores se pueden hacer infiltraciones con antifúngicos.

En caso graves itraconazol 100 mg/día durante año y medio mínimo (*CID* 1992; 15: 553) o 5-fluorocitosina v.o. 150 mg/kg/d durante meses ± anfotericina B. Experiencia mala con fluconazol. La terbinafina es eficaz pero no existen estudios comparativos. (Ver presentaciones en Micosis).

Darier, enfermedad de

Los corticoides tópicos sólo consiguen disminuir la inflamación local en las lesiones.

Muchas veces las exacerbaciones de la enfermedad se deben a infecciones bacterianas intercurrentes, y al resolverse éstas mediante antibióticos la enfermedad de Darier mejora mucho.

El tratamiento habitual es con retinoides sistémicos: acitretino, empezando lentamente por 10 mg/día (muchas veces se observa inicialmente un empeoramiento paradójico). (Ver su manejo en Psoriasis).

Ocasionalmente lesiones hipertróficas resistentes a tratamientos tópicos se deben extirpar quirúrgicamente.

Delusio *parasitorum*

De elección el pimocido (*Orap*) 1-2 comprimidos al día. (Ver manejo en Psicodermatosis).

Dermatitis del pañal

Si simplemente es irritativa por la orina y las heces, utilizar una solución astringente ± corticoides tópicos clase II-III durante 2-3 días. Combinar con pasta Lassar como pasta barrera. Considerar cambiar de marca de pañales, a unos que absorban más.

Considerar todas las posibles etiologías: candidiasis, oxiuros, ascariis, acrodermatitis enteropática, dermatitis perianal estreptocócica. Dar el tratamiento oportuno.

El sucralfato actúa como barrera (por la interacción electrostática importante con las proteínas de las úlceras), como antibacteriano y como angiogénico. Puede ser eficaz en erosiones perianales y periestomales, como pasta o crema emoliente al 10%.

Como prevención pasta Lassar (FE) es ZnO 25% + almidón 25% + AS 2% en vaselina. *Eryplast*, *Babylaude* pañal pasta agua; Gluteo seco; Anticongestiva *Cusí*. *Dermalibour* crema: ZnO 7%, ZnSO₄ 0,1%, CuSO₄ 0,1%.

Dermatitis irritativa del ama de casa

- **Hay que insistir mucho en la protección del contacto con agua e irritantes:** Se deben utilizar guantes para todas las operaciones que supongan contacto con agua y jabones. Es mejor utilizar guantes de algodón y encima los guantes de material plástico, porque si se usan sólo guantes de plástico la piel queda macerada por la humedad y el sudor. Existen guantes de vinilo con una capa interior de material absorbente: Guantes *Coderch*; *Genové*; Guantes *Derma*thea.

Hay que evitar en lo posible el lavarse las manos, y no tocar detergentes, polvos, tierra (ejerce un efecto higroscópico), y eventualmente se recomienda reposo y baja laboral si la profesión del paciente obliga al contacto con todas estas sustancias. Para pacientes que no pueden utilizar guantes de algodón, existen unas espumas protectoras que producen una película sobre la piel: *Emolienta espuma pro-*

tectora (con pentaerythritl y perfluoropolymethylisopropylether) y *Guante blanco OTC*.

- **Aplicación muy frecuente de cremas hidratantes:** Cremas con urea 10-30% Xerial 30, *Queraderm* (curas oclusivas noches a días alternos con corticoides).
- **Corticoides tópicos clase III y IV:** (Ver en Eccema).

A menudo aparecen grietas en los pulgares que se pueden tratar con corticoides en cura oclusiva, con propilenglicol puro aplicado por el propio paciente en el fondo de la grieta o nitrato de plata aplicado por el médico.

Dermatitis seborreica y pitiriasis capitis

1) Pelo

- **Corticoides tópicos:** (Ver en Eccemas, presentaciones existentes). Se reservan para casos de dermatitis intensa o rebelde a tratamientos menos agresivos. Algunos autores recomiendan su aplicación 2-3 veces por semana y otros un uso diario hasta la remisión. Existen algunos asociados a ácido salicílico: *Diprosalic* solución (betametasona 0,05% y salicílico al 3%; 60 ml-3,00 €), *Dereme* sol. (betametasona 0,05% + salicílico 2%; 60 ml-2,89 €).

Podemos prescribir la siguiente fórmula: alcohol 70° + hidrocortisona 2% + AS 2% + tintura de *jaborandi* 10% (se obtiene de *Pilicarpus jaborandi*, de donde se obtiene la pili-carpina, y es astringente, antiséptica, desodorizante, antilipídica).

- **Champús y lociones sin corticoides:** Son el tratamiento de elección. Una vez conseguida la remisión se pueden emplear 1-2 veces por semana como mantenimiento.

Breas: (Ver en Psoriasis su mecanismo de acción). Sus inconvenientes son el mal olor, deterioro de la ropa y posible vinculación al cáncer de piel (no en el caso del ictiol y el aceite de enebro, obtenido de *Juniperus oxycedrus*). El alquitrán de hulla saponificado (o brea de hulla o coaltar) es una mezcla de una parte de brea de hulla con cuatro partes de tintura de quila-ya dejado en reposo 8 días. Esta mezcla se le añaden cuatro partes de agua destilada.

- *Zincation plus* (brea de hulla 4%, piritona de zinc 1 g).
- *Tarisdin* (6%, también en solución con ácido salicílico al 3%).
- *Piroxgel* (6% + piroctonolamina 0,5%).
- *Tarmed* champú (coaltar 4%). 150 ml.
- *Fonitar* champú (complejo alquitranado de brea de hulla 0,1%, aceite de enebro 0,3% y alquitrán de pino 0,3% y piroctona olamina). 150 ml.
- *Polytar* (complejo alquitranado como el de Fonitar) o *Polytar plus* (base de hidrolizado de proteínas de colágeno: más cosmético). 250 ml.
- *Provegol* champú con aceite de enebro.
- *Tricoarlinco* champú cabellos grasos (aceite de enebro).
- *Provictiol* champú (SVR) con urea 10%, AS 1,5%, ictiol 3%.
- *Cocase* champú con ictiol 1%, aceite esencial de cade 0,2%, AS 0,5%, piritona de zinc 0,25%, climbazol 0,25% y piroctona olamina 0,6%. 150 ml-14,00 €.
- *Istia* champú y solución tratante.
- *Ionil* champú (4.5%).
- *Kertyol* o *Kertyol-S* (éste con 3% AS en vez del 2% pero base menos cosmética).
- Champú anticaspa *Babé* (enebro 1%, AS 0,1%, PO 1%, triclosan 0,5%).

Antifúngicos: (Se suelen recomendar para "pitiriasis secas", sin dermatitis).

- Ketoconazol 2%: *Ketoisdin*, *Panfungal* y *Fungarest* gel 100 g-7,79 €.
Ketoconazol Korhispana gel 100 ml-5,87 €.
- Flutrimazol 1%: *Micetal*, *Flusporan* y *Funcenal* gel 100 g-8,09 €.
- Sertaconazol 2%: *Dermofix*, *Zalaín* y *Dermoseptic* gel 100 g-7,88 €.
- Bifonazol 1%: *Bifokey* y *Moldina* gel 20 g-4,05 €; *Mycospor* 100 g-7,79 €.

- Ciclopiroxolamina 1-1,5%: *Sebumlaude* champú antiseborreico.
Stiprox y *Stiprox plus* champú; *Stiproxal* añade AS 3% y mentol.
Sebiprox 100 ml-16,26 €. *Ciclopirox* olamina 1,5% reembolsable S.S.
- Climbazol 1% (*Kouriles*, *Euroderm Lenoxiol* aceite champú- 12,10 €).
T/Gel fórmula extra (Neutrogena-Roc) con elubiol, AS 2% y PO 0,75%.
Triazol champú (clotrimazol 2% + crotamiton 2%).

Sulfuro de selenio al 1-2,5%: Antiproliferativo y antifúngico superior a las breas, antiseborreico. Pero puede incrementar la secreción sebácea, lo que explicaría el efecto rebote que tiene. Puede dar sabor metálico en la boca e irritación ocular. *Bioselenium* champú; *Selegel* champú antifúngico (Ducray): disulfuro de selenio 2%.

Piritiona de zinc del 1-2,5%: Antifúngico.

- *Desulpir* champú Unipharma.
- *Genocutan* anticaspa.
- *Zincation* anticaspa (piritiona al 1%; también loción), frecuencia (0,5%).
- Champú tratante anticaspa *Ducray* (piritiona 1%).
- *Head&Shoulders* champú.

Piroctona olamina (PO) (acción antifúngica):

- *Bio-pitiriasin* champú (PO 1% undecilinato y clofibrato de imidazol 0,5% y urea 10%) 150 ml-9 €.
- Champú anticaspa *Babé* (triclosán 0,5%, AS 0,1% y enebro 1%; 250 ml-5,5 €).
- *Tricopromo* champú anticaspa.
- *Sebovalis* champú tratante y *Ses Kavel* anticaspa.
- *Squaphane* champú (además con aceite esencial de enebro y resorcina 0,5%) y loción y *Epiphane* P.O. (PO 0,75%, enebro 0,25%).
- *Liper-oil* champú (P.O. 0,6%, urea 5%, colágeno cuaternizado 1,5%, triglicéridos PEG-6, glicerina 3% e hidroglicéridos. Al no tener tensioactivos efectúa una detersión fisiológica con menor riesgo de efecto rebote) 200 ml- €. *Restivoil* champú es similar.
- *Saliker* 125 ml con P.O., AS, lipohidroxiácido, glicil y lipácido C8G.
- *Pityker* 125 ml.
- *Provégol* anticaspa con P.O. 0,35%, AS 1%.

Azufre: Emulbase bioazufre, *Genocutan* champú bioazufre, *Desulpir* azufrado (piritiona de zinc + azufre).

Otros: El succinato de litio, a veces empleado en DS de la cara, no se debe emplear en cuero cabelludo porque empeora la psoriasis y a veces el diagnóstico diferencial es muy difícil.

Se puede emplear también el *Ditranol* microencapsulado en "short-contact" (ver en Psoriasis).

Los análogos de la vitamina D₃ se pueden emplear en loción. Siempre por la noche porque el calcipotriol se inactiva con la luz solar.

El triclosán se encuentra en champús comercializados en asociación con piroctona olamina.

Algunos autores emplean peróxido de benzoilo.

Una fórmula tradicional era: alcohol fenilético 7,5% + cetrimide 10% + ácido undecilénico 1% + alcoholes de lanolina etoxilados 5% + agua destilada csp 200 g.

Champús para la seborrea ("pelo graso"):

- *Sabal* (sabal 0,3% y salicilato de zinc 2%)
- *Argeal* champú-crema como mantenimiento (caolín 7%, sabal 0,1%). *Tricoarlinco* champú cabello graso 300 ml-6 € con cobre y zinc 0,5%
- *Tricoarlinco* champú cabello graso *Forte* 100 ml-4 €, además lleva cisteína, tioxolona, proteína de placenta y metionina.

2) Cara y otras zonas de piel no pilosa

- **Corticoides tópicos y/o azoles:** Son el tratamiento de elección. Por ejemplo: *Lactisona* 1 ó 2,5%. (Ver en *Ecema* otros corticoides clase I ó II que pueden ser útiles).

Podemos formularlo asociando ambos tratamientos: hidrocortisona 2% + ketoconazol 2% + glicerina 2 + tiosulfato 0,2 (en excipiente loción de calamina o en crema base Beeler dependiendo de si la piel es “grasienta” o seca, respectivamente).

Si es un caso de “seborriasis” se puede añadir *Tar-doak* al 1-2%.

- **Alternativas:**

- Nicotinamida al 4% (*Niacex* S gel-crema 50 ml-4,21 €).
- Succinato de litio al 8% (*Lythiop* Facial).
- Metronidazol 0,75%: (ver en *Rosácea*, presentaciones).
- Progesterona gel 1% (*Progestogel* 80 g-2,07 €). Reembolsable SS.
- Promestrieno crema 1% (*Delipoderm* 30 g-4,79 €). No SS.

3) Blefaritis seborreica

El tratamiento consiste en retirar mecánicamente las escamas, con la ayuda de productos como por ejemplo *Lephagel* (para descrostar; 40 g-5,42 €) o *Lephasol* (para lavados, lleva antibacteriano; 100 ml-5,88 €). *Blefarix* (30 ml-3,87 €) contiene bisabolol y metilcelulosa.

Los brotes inflamatorios se tratan con corticoides tópicos, con gran precaución por la posibilidad de yatrogenia sobre el globo ocular. Por ejemplo: sulfacetamida 10% + prednisolona 0,2% + 0,12% fenilefrina en suspensión; *Oftalmolosa Cusi blefárida* (cortisona acetato 4 mg + cloranfenicol 20 mg + óxido de zinc 50 mg + etacridina 0,15; 3 €).

Cremas de parafarmacia para mantenimiento en DS de la cara:

- *Sebumlaude* fluido oil-free-10,22 €. Ciclopiroxolamina 1%, complejo seborregulador, bisabolol y alantoína.
- *Pitival* (*La Roche Posay*): P.O., glicacil y lipoaminoácido vegetal.
- *Seboskin* (*Lutsia*).
- *Sebovalis* gel facial (*Ses*).
- *Sabal* emulsión 50 ml (*Ducray*).
- *Kelual* emulsión 50 ml (*Keluumida* 10%; *Ducray*) y *Kelual DS* (*Keluumida* 5%, glicólico 3%, *sabal* 0,3%, octopirox y crotamiton 1%).
- *Elubiol* crema color o incolora (*Roc*).
- *Istia* crema tratante con ictiol (*Lácer*).
- *Dexli* emulsión antiseborreica.
- *Seboten* gel y crema ácida.
- *Kouriles* emulsión (octopirox, HUCP).
- *Sebacia* loción (*Dermathea*) solución micelar de polysorbato 20 con zinc, vitamina A, niacinamida y piridoxina. Una o dos veces al día. Sola o previamente a las cremas.
- *Bioderma Sébium* H:0 250 ml-13,00 €. Solución micelar parecida a la anterior.
- *Bioderma Sébium K2 crème* con glicirretínico, piroctona olamina, retinil, gluconato de zinc. 40 ml-17,50 €.
- *D-SEB gel forte* 30 ml: clorhexidina 2%, ZnO, alantoína, urea, ácido glicirretínico y agua de hammamelis.

Lociones para cuero cabelludo:

- *Alfitar* solución tópica (brea de hulla 0,066%, 50 ml-7,66 €).
- *Sebovalis* sol. Capilar.

- *Sebumlaude* loción capilar antiseborreica-11,87 €. 150 ml. Ciclopiroxolamina 1%, bisabolol, complejo seborregulador y aceite de enebro.
 - *Dexli* loción antiseborreica.
 - *Istia* solución capilar.
 - *Kelual* zinc loción (para cuero cabelludo).
 - Ácido tánico 2 g + mentol 2 g + alcohol de romero csp 100 g.
- Costra láctea: (ver en Costra láctea).

En casos graves está descrita la utilidad de antifúngicos v.o.

Por su persistencia en tejidos se puede dar ciclos cortos de Itraconazol o Fluconazol (*Práctica Dermatológica* 66 Junio 99).

La terbinafina vía oral durante 1 mes también se ha descrito como tratamiento, con la ventaja de que produce remisiones prolongadas, aunque no se compara con tratamientos clásicos (*Br J Dermatol* 2001; 144: 854-857).

Descrito uso isotretinoína 0,5 mg/kg/d (*JAAD* 1987; 16: 632-633. *Dermatology* 98; 196 (1): 140-147).

Se puede ensayar también *Orazinc* 2 cápsulas al día durante 2 meses.

Dermato-fibrosarcoma *protuberans*

Cirugía de Mohs es el tratamiento de elección. En caso de no poderse llevar a cabo se debe proceder a la extirpación con márgenes quirúrgicos de 3 centímetros.

Dermato-miositis

- **Miositis y afectación sistémica:** Corticoides por vía oral a 1 mg/kg/día por lo menos hasta un mes después de que se inactive clínica y enzimáticamente. Después disminuir lentamente en 1,5-2 veces el tiempo que precisó. Usar "ahorradores" de corticoides de entrada, preferiblemente antipalúdicos o metotrexate (2,5-30 mg/semana). (Ver en Lupus y Psoriasis, respectivamente para el manejo de las mismas).

En algunos casos se han usado γ -globulinas e.v. mensualmente y el micofenolato mofetil puede aclarar las lesiones cutáneas. La plasmaféresis no es eficaz. En algún caso se ha usado ciclosporina.

- **Piel (ningún tratamiento es claramente eficaz):** Corticoides tópicos más anti-maláricos: Cloroquina o hidroxiclороquina 200-400 mg/día es eficaz como ahorrador de corticoides en 80% de los casos. Si no, dar quinacrina 100 mg/12 h o fosfato de cloroquina 250-500 mg/día. (Ver su manejo en Lupus).

Doce de 39 pacientes (31%) con dermatomiositis desarrollaron reacciones cutáneas a la hidroxiclороquina. La mitad de estos también presentaron estas reacciones al prescribirse cloroquina (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1231-1233).

- **Calcinosis:** Diltiazem es lo más eficaz. Hay estudios no controlados que utilizan warfarina e hidróxido de aluminio.

Los anti-maláricos producen más efectos secundarios en pacientes con DM.
Recomendar fotoprotección solar.

Dermatosis erosiva del cuero cabelludo

Corticoides tópicos de potencia media o alta o sistémicos.

Algún caso ha sido tratado con éxito con sulfato de zinc o AINEs.

Dermatosis neutrofilicas

- **Síndrome de Sweet:** Responde rápidamente a la corticoterapia general, que debe mantenerse algunas semanas antes de interrumpirse. La recidiva es frecuente. Algún caso ha respondido al tratamiento con yoduro potásico y colchicina. Evidentemente, siempre que exista una patología subyacente debe tratarse.
- **Pioderma gangrenoso:** (Ver en Pioderma gangrenoso).
- **Eritema elevatum et diutinum:** Muchos casos son de curso tórpido y responden mal al tratamiento. En algunos casos tiene éxito la sulfona.
- **Dermatosis neutrofilica reumatoide:** Debido a los pocos casos publicados, su tratamiento no está bien establecido. Algunos casos no necesitan tratamiento. Algunos autores creen que puede haber remisión completa de la clínica cuando mejore la artritis reumatoide que siempre está asociada. En la mayoría de casos publicados en que se utilizó sulfona, ésta fue eficaz. Otros tratamientos descritos son: corticoides, sulfametoxipiridamina, hidroxicloroquina, colchicina y ciclofosfamida (*Br J Dermatol* 2000; 142: 1246-1247).

Disestesia cuero cabelludo

Amitriptilina o doxepina 50 mg/día. En casos rebeldes gabapentina.

Se puede asociar a ambos hidroxicina. La fluoxetina probablemente sólo es eficaz si además hay criterios de depresión mayor (*Arch Dermatol* 1998; 134: 327-330). (Ver en Psicodermatosis).

Dracunculosis

Metronidazol 250 mg/8h/10 días + eliminación de gusanos. (Ver presentaciones en Rosácea). El tratamiento de segunda elección es tiabendazol 50-75 mg/kg 2 dosis al día durante 3 días + eliminación de gusanos. (Ver en Larva *currents*). Se cree que el caduceo de Esculapio era para este fin).

Eccemas

- **Secantes (para la fase aguda exudativa):** Fomentos o baños con:
 - Ácido bórico 3 g + alumbre 3 g + sulfato de zinc 0,3 g "hacer n papelillos para disolver en ¼ de agua". Es además antiséptica.
 - Agua de Goulard: Subacetato de plomo líquido 25 p, alcohol 95° 10 p, agua no destilada 965 p. Se recomienda no usar sales de plomo por motivos ecológicos.
 - Agua de Bourow: subacetato de aluminio (545 ml + ácido acético glacial 15 ml + agua destilada 1.000 ml).
 - Borato sódico en agua destilada (p.ej., 12 g en 500 ml).
 - Permanganato potásico (astringente, antifúngico y antiséptico, pero deja un color violáceo): KmnO_4 1: 8-10.000. Más barato en papelillos: 100-125 mg son 3-4 pesetas por papelillo (más el coste por preparación son 800 pesetas, preparar 10-20 papelillos).
 - Agua de Alibour: sulfato de cobre 1 g + sulfato de zinc 4 g + tintura de opio azafranada 2 g + solución alcohólica de alcanfor 10 g + agua destilada 985 g.
 - Solución acuosa de sulfato de cobre al 1/1.000. Agua de los 3 sulfatos (alumbre, ZnSO_4 , CuSO_4). Está comercializado como Septomida 12 sobres-5,33 €; 30 sobres-7,54 €; frasco único de 12,5 g-3,54 €.
 - Como soluciones astringentes comercializadas existe *Cytelium* (ZnO 6%, Avena 3%, silicatos de mg, alcohol bencílico; 100 ml-4,09 €), *Babylaude sudaminas* (ZnO 10%, mimosa, tanino 2%, a-bisabolol 0,2%; 100 ml-4,48 €).
 - El tanino es astringente, antibacteriano, antipruriginoso y antiinflamatorio. Antiguamente se usaban extractos de madera de roble con gran poder astringente (curtido del cuero). El tanino sintético está formado por ácido fenolsulfónico, fenol, urea y formaldehído. *Tannosynt* loción (100 g-3,84 €) lleva además ZnO y talco.
 - Calamina (Zn O 98%, Fe O 2%): loción (USP XXII: calamina 8%, Zn O 8%, glicerina 2%, magma de bentonita 25 ml, agua de cal 100 ml). Existe comercializada en un excipiente cremoso: *Kalathe*, con calamina y óxido de zinc al 8% 75 ml. *Talquistina* polvos 50 g-4,50 €.
 - Las pastas son algo menos astringentes: pasta Lassar (vaselina, lanolina, almidón y talco todos al 25%; en la farmacoepa española es ZnO 25% + almidón 25% + AS 2% en vaselina. Comercializadas como *Eryplast* (75g-3.10€); *Babylaude* pañal pasta agua 75 g-2,97 €); *Gluteo seco* (50 g-3,44 €); *Anticongestiva Cusi* 50 g-4,00 €) o pasta al agua de óxido de zinc (Zn O, glicerina, talco y agua al 25%). *Dermalibour* crema (ZnO 7%, ZnSO_4 0,1%, CuSO_4 0,1%; 50 ml-4,09 €). *Eryase*: ZnO 10%.

Tanto en la fase posterior a la aguda-exudativa del eccema, como después de los fomentos con las sustancias citadas, el tratamiento de elección del eccema son los corticoides tópicos.
- **Corticoides:** En 1949 el polaco Reichtein y el norteamericano Kendall "descubren" la cortisona o sustancia E. A nivel tópico se usan desde 1952 (Sulzberger-Witter). La molécula inicial tiene 17 átomos de carbono repartidos en cuatro anillos, dos grupos metilo en posición 10 y 13 y un grupo etilo en posición 17. La adición de un átomo de flúor en

posición 9 α da mayor potencia, pero aumenta la actividad mineralocorticoide. Esto se corrige añadiendo grupos alfa-hidroxi, alfa-metil o beta-metil, que dan lugar a la triamcinolona, la dexametasona y la betametasona respectivamente.

La adición de cadenas laterales da lugar a los valeratos y propionatos que dan mayor capacidad de penetración a través de la piel. La adición de grupos ésteres en posición 16, 17 y 21 también persigue el mismo fin.

El mecanismo de acción final es antiproliferativo y antiinflamatorio a través de la unión a receptores citosólicos específicos y posteriormente a receptores nucleares, que cambian de configuración y esto induce o suprime la transcripción génica.

Los corticoides se clasifican según su potencia, a partir del esquema de McKenzie y Stoughton (1962). El test que más correlaciona con la potencia real de un corticoide tópico se hace valorando el grado de vasoconstricción inmediato a la aplicación del mismo (blanqueamiento de la piel). No obstante, el vehículo también influye en este test, y hay excepciones como el valerato de hidrocortisona cuya eficacia real es baja pero produce mucha vasoconstricción.

El vehículo es importantísimo: pomada y ungüento, los más grasos, penetran mejor pero son más "aceitosos". Las cremas y lociones, menos grasos, penetran menos, pero son más agradables. La oclusión aumenta 10 veces la absorción. La absorción también varía según la zona del cuerpo que estemos tratando (la piel del escroto absorbe 40 veces más que en el antebrazo).

La adición de sustancias puede modificar mucho la eficacia: por ejemplo, la adición de alquitrán o ácido salicílico al 17-valerato de betametasona lo transforma en 21-valerato, que es mucho menos eficaz. La adición de urea, etanol, polietilenglicol y ácido salicílico aumenta la penetración.

La eficacia máxima se consigue a la medianoche, cuando los niveles de cortisol son más bajos. La vasoconstricción máxima ocurre a las 6 horas de la aplicación. Por lo tanto, de aplicarse una sola vez al día, es preferible hacerlos a las 18-19 horas.

La inhibición directa de la proliferación fibroblástica causa atrofia cutánea, y por disminución de la síntesis de colágeno se produce la ruptura de fibras de elastina en dermis superior, con la formación de agregados en dermis reticular y la consiguiente aparición de estrías. La disminución de colágeno en la pared vascular provoca telangiectasias y equimosis.

La aplicación prolongada en párpados puede provocar cataratas subcapsulares posteriores, glaucoma e infección vírica.

Los nuevos corticoides producen mucho menos problemas tipo atrofia cutánea pero dan más a menudo dermatitis de contacto.

- Corticoides tópicos (las asociaciones con otros agentes se pueden consultar en Eczema microbiano y en Queilitis angular e Intertrigo):

IV (muy potentes): No sobrepasar 45 g/semana (esta dosis provoca supresión del eje hipotálamo-hipofisario). De hecho 18 gramos/semana de clobetasol 0,05% ya puede disminuir los niveles de cortisol plasmático. No usar más de cuatro semanas seguidas, evitar pliegues, cara y párpados. Es importante recordar que en el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal por corticoides tópicos además de tratamiento sustitutivo vía oral siempre hay que dar corticoides tópicos.

- Clobetasol propionato 0,05%.

Clovate crema 15 g-1,48 € y 30 g-2,66 €.

Decloban pomada 15 g-1,40 € y 30 g-2.70 €.

- Diflucortolona valerato 0,3%:

Claral fuerte pomada y ungüento 30 g-8,12 €.

- Halcinónido 0,1%:

Halog 15 g-1,70 € y 30 g-2,73 €.

III (potentes):

- Diflorasona 0,05%: *Murode* crema y gel 15 g-1,85 € y 30 g-2,87 €.
- Halometasona 0,05%: *Sicorten* crema y pomada 30 g-3,41 € y 60 g-6,75 €.
- Dexametasona 0,25%: *Flubason* 20 g-2,38 €.
- Betametasona dipropionato 0,05%: *Diproderm* crema 30 g-2,35 € y 60 g-3,83 €; existe en solución y ungüento a precios un poco inferiores.
- Budesonida 0,025%: No halogenado. Aldolizado en los grupos C16, alfa 17 y alfa hidroxilo con n-butilaldehído. Es el corticoide tópico que produce más dermatitis de contacto.
- *Offex* crema y ungüento 30 g-3,86 € y 60 g-6,73 €.

Demotest mismos precios y presentaciones.

- Diflucortolona valerato 0,1%:

Claral crema, pomada y ungüento 30 g-3,14 € y 60 g-5,62 €.

Claral plus con clorquinaldol 1% 30 g-4,61 € y 60 g-5,70 €.

- Flucorolona, acetónido 0,25%: *Cutanit ultra* crema 15 g-4,39 € y 30 g-7,75 €.

- Fluocinolona acetónido 0,25%:

Synalar forte 15 g-4,15 € y 30 g-7,56 €.

Fluodermo fuerte crema 5 g-1,95 € y 15 g-3,73 €.

Alvadermo pomada 15 g-4,36 €.

Fluocid forte crema 15 g-3,00 € y 30 g-7,56 €.

Algo menos potente, al 0,1%: *Co-fluocin* fuerte 15 g-2,62 € y 30 g-3,45 €.

Abrasona crema con sulfato de framicitina, no incluido SNS 20 g-2,58 € y 50 g-4,50 €.

- Fluprednido 0,1%: *Decoderm* crema 20 g-2,09 € y 40 g-2,90 €.
- Metilprednisolona aceponato 0,1%: Éster no halogenado. Esterificado en C21 con ácido acético y en C17 con ácido propiónico. Las esterases cutáneas la hidrolizan transformándola en metil-prednisolona, la molécula activa.

Adventan y *Lexxema* crema, pomada, ungüento: 30 g-6,24 € y 60 g-11,38 €; ambos en emulsión de 50 g-12,46 €; *Adventan* en solución 50 ml-12,46 €.

- Mometasona furoato 0,1%: 2' furoato-17 éster, con cloro en posición 9 y 21. Potencial de atrofia cutánea similar a la pomada de hidrocortisona 1% en tratamientos de 6 semanas.

Elocom, *Elica* crema, solución y ungüento 30 g-6,92 € y 60 g-12,49 €).

Próximamente con ácido salicílico al 5% (*Elosalic* pomada 15 g y 45 g).

- Prednicartrato 0,25%: No halogenado. Esterificado con un etilcarbonato en C17 y un éster de propionato en C21. Se metaboliza a prednisolona.

Peitel, *Batmen* crema, pomada, ungüento 30 g-6,10 € y 60 g-11,01 €.

En solución 60 ml-11,11 € y con aplicador 11,58 €.

- Beclometasona dipropionato 0,1%: *Beclosona*: 20 g-3,06 €.

17-valerato de betametasona 0,1%:

Betnovate crema 15 g-2,04 € y 30 g-2,95 €; *Betnovate* solución capilar 30 g-2,17 €.

Celestoderm V crema 30 g-2,98 € y 60 g-3,38 €.

Bettamouse espuma 100 g-5,86 €.

- Triamcinolona acetónido 0,1%: *Cremsol* 50 g-4,77 €.
- Propionato de fluticasona: no existe comercializada en España.

- Fluocinónido 0,05%:

Klariderm crema 30 g-2,98 €.

Novoter crema 30 g-3,08 € y 60 g-5,57 €.

II (moderadamente potentes):

- Betametasona valerato 0,05%:

Celestoderm V 1/2 30 g-2,20 € y 60 g-3,57 €.

Diproderm crema, ungüento y solución 30 g-2,35 € y 60 g-3,83 €.

- Desoximetasona 0,05%.

- Acetónido fluocinolona 0,025%:

Synalar crema 30 g-2,49 €, 60 g-3,35 € y espuma 30 g-6,69 €.

Gelidina gel 30 g-2,49 € y 60 g-3,35 €.

Flusolgen solución 30 ml-2,52 €.

Cortiespec crema 30 g-2,74 €.

Synobel crema añade clioquinol 30 g-3,00 €.

- Beclometasona dipropionato 0,025%: *Dereme* crema, gel y loción 30 g-3,43 € y 60 g-6,33 €; Con *althaera officinalis* 0,1% *Menaderm* simple pomada y ungüento 30 g-3,02 € y 60 g-3,27 €. *Menaderm* loción 60 ml-3,03 €.

- Metilprednisolona 0,05%.

- Flupamesona 0,3%: *Flutenal* crema y pomada 30 g-3,50 € y 60 g-6,10 €.

- Flucortolona 0,25%: *Ultralan* crema y pomada 30 g-2,90 € y 60 g-5,40 €.

- Clobetasona butirato 0,05%: *Emovate* crema 15 g-1,98 €, 30 g-3,18 €.

- Diclorisona 0,25%: *Dermaren* crema 30 g-2,72 € y 60 g-4,96 €.

I (poco potentes):

- Dexametasona 0,1-0,2%.

- Hidrocortisona butirato propionato 0,1%: *Ceneo* e *Isdinium* crema 30 g-4,31 €; 60 g-6,73 €; pomada 30 g-4,37 €; 60 g-6,80 €.

- Hidrocortisona 0,5%: *Hidro C isdin* aerosol 50 g-5,75 € y crema 30 g-4,55 €.

- Acetónido de fluocinolona 0,01%: *Synalar gamma* crema 30 g-2,01 € y 60 g-2,76 €.

- Hidrocortisona acetato 0,25%: *Schericur* pomada 30 g-3,99 € y 60 g-6,00 €. No reembolsable S.S.

- Hidrocortisona acetato 1-2,5%.

Lactisona 1% 60 ml-6,32 € y 2,5% 60 ml- 9,03 €.

Dermosa hidrocortisona 1% (pomada 30 g-3,56 € y 60 g-7,00 €) y 2,5% (30 g-5,07 € y 60 g-10,02 €).

- Hidrocortisona aceponato 0,127%: *Suniderma* crema y pomada 30 g-3,80 € y 60 g-6,54 €.

- Éster butirato de fluocortina 0,75%: *Vaspit* crema, pomada 30 g-6,2 € y 60 g-12 €.

Eccema de contacto

Tratamiento sintomático similar al explicado.

Evitar el contacto con el alérgeno.

En algunos casos se ha conseguido desensibilizar, por ejemplo con níquel por vía oral: 5 mg de sulfato de níquel 1 vez/semana durante 6 semanas (*Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 502).

Eccema dishidróico

El tratamiento habitual es casi siempre con corticoides tópicos clase III y eventualmente clase IV. Los brotes muy severos requieren administrar dosis moderadas de corticoides por vía oral: 30-50 mg/día de prednisona durante 4 días y luego descender lentamente.

Los antihistamínicos sólo sirven para aliviar el prurito.

Otras estrategias:

- Gel celulósico hidroalcohólico csp 60 g + propilenglicol 20% + propionato de clobetazol 0,05% por las mañanas. Combinar con fomentos o aplicaciones de aluminio o de glutaraldehído al 10% (sobre todo en pies, advertir de color marrón que puede dar en la piel) o al 5% (manos).
- Tacrolimus 1% (*JAAD* 2002; 46: 73-77). (Ver en Atopia).

Formas severas con recurrencias frecuentes:

- Metotrexate semanal a dosis bajas: 10-20 mg (*JAAD* 1999; 40: 612). (Ver en Psoriasis, presentaciones y manejo).
- Para pacientes con formas severas y recidivas continuas se puede usar el PUVA-tópico: baños de 20 minutos 3-4 veces por semana durante 8 semanas, en agua a 37° C con 0,5-1mg/L de 8-MOP. Después del baño se irradia empezando con 0,3 J/cm² subiendo cada 3 sesiones hasta llegar a 3 J/cm² (*Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1999; 15: 47-51).

Ecema microbiano

Combinaciones de corticoides con antibióticos tópicos.

- *Diprogenta* crema: dipropionato de betametasona 0,5 y sulfato de gentamicina 1%. 30 g-6,25 € y 60 g-10,95 €.
- *Flutenal* gentamicina: flupamesona 3 mg y SG 1,67 por 1 g de pomada o crema 30 g-4,23 € y 60 g-7,26 €.
- *Fucibet* crema: por 1 g fusídico 20 mg, dexametasona 1 mg. 30 g-12,88 € y 60 g-25,75 €.

Efluvio telógeno crónico

Es resistente a todos los tratamientos conocidos hasta ahora, aunque podemos tranquilizar a la paciente porque suelen ser cuadros que se autolimitan en 6-7 años de media.

Elastosis perforante

Corticoides en aplicación oclusiva. Exéresis quirúrgica. Hay casos tratados con éxito con crioterapia y con isotretinoína oral. Tazaroteno gel 0,1% aplicado por la noche consiguió la remisión de la enfermedad en dos casos publicados por Outland *et al.* (*Arch Dermatol* 2002; 138: 169-171).

Epidermodisplasia verruciforme

Se debe aconsejar fotoprotección, pues la exposición solar puede jugar un papel etiológico.

Se debe controlar al paciente porque se pueden desarrollar carcinomas escamosos hasta en un 30% de casos. Los tratamientos convencionales para verrugas son ineficaces. Algunos autores han tenido éxito con la combinación de acitretino a 50 mg/día combinado con interferón α 2a s.c. 3 MU tres veces por semana (*JAAD* 2001; 45: 296-299). (Ver presentaciones en Melanoma y Herpes).

HAR. Consanguinidad.

Epidermolisis ampollosa

Pinchar las ampollas sin retirar la piel. Cubrir las heridas con cremas antibióticas y apósitos no adherentes. Si la antibióticoterapia tópica no es suficiente se debe administrar vía oral.

Formas distróficas: medidas de soporte como evitar golpes. Dieta blanda para no herir la mucosa y con residuos para evitar el estreñimiento. Suplementos vitamínicos, de hierro y minerales. Cepillado de los dientes suave y frecuente. Ejercicios bucales. Eficacia dudosa de tratamientos: vitamina E a dosis altas, fenobarbital, minociclina (disminuye actividad de la colagenasa). Retinoides. Los corticoides orales se suelen usar en fases agudas de ampollas esofágicas con rápida respuesta. Considerar dilataciones esofágicas repetidas o gastrostomía antes de la pubertad.

La epidermolisis ampollosa adquirida es resistente a corticoides e inmunosupresores, aunque hay casos comunicados en que la ciclosporina ha sido eficaz, así como la fotoféresis extracorporea.

Apligraf es una doble capa de piel humana alogénica con componentes epidérmicos y dérmicos, queratinocitos y fibroblastos de prepucio neonatal y colágeno I bovino. Se usa como si fuesen injertos. Produjo curación de 82% de 62 heridas, mejorando rápidamente el dolor (*Arch Dermatol* 2000; 136: 1225-1230).

Erisipeloide

Penicilina. (Ver presentaciones en Piodermitis).

Eritema discrómico *perstans*

Los resultados de las diferentes terapéuticas descritas suelen ser decepcionantes: fotoprotección, queratolíticos, retinoides, cloroquina, clofazimina. Un caso reciente respondió a los corticoides sistémicos (*Cutis* 2001; 68: 25-28).

Eritema multiforme

Corticoides tópicos. Eficacia dudosa de los sistémicos. Agente etiológico. En eritema multiforme recidivante severo sin causa clara se puede ensayar tratamiento supresor del herpes.

Profilaxis de conjuntivitis.

Eritema nodoso

Tratamiento etiológico si puede identificarse: retirar el fármaco responsable (casi siempre un anticonceptivo), tratamiento tuberculostático, etc.

El reposo estricto es fundamental.

- **Yoduro potásico (IK):** Se utiliza en solución saturada de 47 mg/gota. p. ej., 62,5 g + agua destilada csp 100 cc. Se da en zumo de naranja, agua o leche por su sabor agrio. Se empieza con 300 mg/8h, es decir, 6 gotas cada 8 horas el primer día y si se tolera ir subiendo semanalmente hasta 10-20 gotas. Se absorbe rápidamente y se distribuye en tiroides, glándulas salivales, mucosa gástrica, plexo coroideo, glándulas mamarias y placenta. El 90% de la dosis se excreta por orina y el resto se elimina por orina, heces y leche materna.

Los efectos secundarios más frecuentes son gástricos: náuseas, vómitos, dispepsia... Si se usa prolongadamente puede dar yodismo (ardor de boca, aumento de salivación, sabor metálico, dolor de dientes, encías y cabeza) o hiperpotasemia. Se han descrito: mialgias, eosinofilia, edema pulmonar, vasculitis, PAN, psoriasis pustulosa, penfigoide ampollosa, agravamiento de dermatitis herpetiforme (antes de la IFD se usaba IK tópico como prueba diagnóstica). Erupciones pustulosas en piel rica en glándulas sebáceas. Yododerma.

El empleo de IK con fármacos que contengan potasio, con IECA o con ahorradores de potasio puede provocar hiperpotasemia.

La administración concomitante con fármacos con yodo (amiodarona) o fármacos que interfieren en la función tiroidea (litio, sulfamidas) puede provocar hipotiroidismo.

En individuos con defectos parciales de autorregulación tiroidea la administración de yodo provoca el efecto Wolff-Chaikoff, por el que el tiroides deja de fabricar hormona, y aparece hipotiroidismo. Estos defectos parciales se observan en personas con antecedentes de patología tiroidea (Hashimoto, Graves tratados con cirugía o yodo radioactivo, tirotoxicosis inducida por amiodarona); fibrosis quística; pacientes que toman litio, sulfamidas, fenazona; pacientes que fueron tratados con interferón alfa por hepatitis vírica.

En individuos con defecto total de la autorregulación se produce la enfermedad de Job-Basedow que produce tirotoxicosis.

Por todo esto se recomienda determinar la TSH si el tratamiento con IK dura más de un mes.

- **Antiinflamatorios:** Tipo indometacina 50-200 mg/día.
- **Hidroxicloroquina:** 200 mg/día. (Ver manejo y presentaciones en Lupus).
- **Corticoides sistémicos:** No se deben emplear de entrada si no se ha podido establecer una etiología y si no hay confirmación histológica.
- **Sulfona:** En el eritema nodoso crónico migratorio también puede ser útil.

Eritrasma

Antifúngicos azólicos tópicos durante 2 semanas son el tratamiento de elección.

Otros: Eritromicina 250-500 mg/6h/7días + tolnaftato local (*Micoisdn* spray 50 ml-3,89 €).

Eritromicina tópica al 2% en solución alcohólica.

(Ver todos estos fármacos en Micosis y Piodermis, con sus presentaciones y manejo).

Los corticoides tópicos lo empeoran.

Eritrocianosis

Los vasodilatadores sistémicos y tópicos suelen ser ineficaces. Se pueden recomendar vendajes elásticos. Los UVA son eficaces para algunos autores.

Eritromelalgia

(= dolor + eritema + aumento de temperatura e intolerancia al calor).

Las inmersiones en agua fría mejoran mucho la sintomatología, pero se puede establecer un círculo vicioso por un posible efecto rebote.

Se han usado el propanolol, metisergida, amitriptilina (75 mg/día), sertralina (200 mg/día), con éxito en casos puntuales, y sin llegar a la remisión completa. Los bloqueantes del calcio nifedipina y sobre todo el diltiazem (60-300 mg/día) parecen ser más eficaces. El misoprostol 400 µg c/12 horas también se ha probado, así como varias combinaciones de los fármacos previamente citados.

La aspirina es poco eficaz, generalmente sólo en casos secundarios a policitemia o discrasia sanguíneas.

En algún caso grave y refractario ha sido útil la capsaicina al 10% tras anestesia epidural. Gabapentina:

- *Neurontin* 300 mg 90 cápsulas-64,19 €.

- *Neurontin* 400 mg 90 cápsulas- 78,90 €.

La dosis diana en epilepsia es de 900-3.600 mg/día.

- *Efectos secundarios:* somnolencia, ataxia, náuseas, diplopia, nistagmus. Los antiácidos reducen la biodisponibilidad un 24%. Ajustar dosis si insuficiencia renal.

En casos muy severos se han practicado infusiones de lidocaína, prostaglandinas, bloqueo simpático, simpatectomías (*JAAD* 2000; 43: 841-847).

Eritromelanosis

Eritromelanosis folicular del cuello. Fotoprotección para que el cuadro no empeore más.

Eritroplasia de Queyrat

El tratamiento suele consistir en la electrocoagulación, la criocirugía o la exéresis quirúrgica.

La crema de cidofovir al 1% consiguió la curación de un paciente con eritroplasia de Queyrat (*Br J Dermatol* 2002; 147: 399).

Erupción polimorfa embarazo

Corticoides potentes tópicos y antihistamínicos sedantes.

A diferencia del herpes *gestationis*, no recurre en embarazos posteriores ni con la toma de anticonceptivos.

Erupción polimorfa lumínica

- Betacaroteno estabilizado 25 mg para cápsula nº 120; 1 comprimido cada 8 horas; advertir de la pigmentación de zonas ecninas. No toxicidad ocular ni hipervitaminosis A. No reembolsable por SNS.

- Existen en el mercado una serie de productos con acción "antioxidante" y "fotoprotectora" que la industria farmacéutica promociona también para los pacientes con erupción polimorfa lumínica. No hay estudios en revistas de reconocido prestigio al respecto:

- *Betavite OTC* (60 cápsulas-11,42 €). Contiene β-caroteno 10 mg + vit. E 10 mg + extracto de zanahoria 60 mg. La dosis es baja para la EPL.
 - *Arkosol* (50 cápsulas-6,75 € y 100 cápsulas-10,77 €) sólo tiene 5 mg de β-caroteno, macerado de zanahoria 245 mg, aceite de borraja.
 - *Anapsos* o *polypodium leucotomos* (extracto de la planta calaguala): 3 cápsulas al día ó 6 cápsulas una hora antes de la exposición solar. *Difur*, *Regender* y *Armaya* cápsulas de 120 mg (env. 24-13,31 €; env. 96-43,96 €). Reembolsable SS.
 - *Sun Vitamines* (11,96 €): cápsulas de gelatina con extracto de helecho de *polypodium leucotomos* 240 mg, té verde 50 mg, betacaroteno 10 mg, dióxido de titanio, maltodextrina. Para EPL el laboratorio recomienda dos cápsulas por la mañana y una al mediodía.
 - *Theavit solar* (36 cápsulas-8,74 €): astaxantina 0,5 mg; licopeno, glutatión, betacaroteno 2,6 mg, aceite de borraja, extracto de té verde, zinc, manganeso, selenio, cobre, vitamina C y E.
- Es conveniente aplicar fotoprotectores e incluso cubrir con ropa.
- En casos severos se ha ensayado la azatioprina, la talidomida y la exposición progresiva a PUVA.

Esclerodermia

- **Morfea:** Se suelen emplear corticoides tópicos clase III-IV, buscando que se detenga el crecimiento de las placas.
Se ha empleado también el PUVA tópico.
Se pueden prescribir corticoides sistémicos si se afecta piel yuxtaarticular con compromiso de la movilidad, o en formas muy extensas o afectación facial.
Se ha usado también el calcitriol v.o. (*Arch Dermatol* 1994; 130: 1290-1293).
La dificultad para valorar la verdadera eficacia de estos tratamientos es que la enfermedad remite espontáneamente.

Un tratamiento clásico pero muy tóxico es la D-penicilamina:

- *Cupripen* 50 mg: 30 comprimidos-2,60 €.
- *Cupripen* 250 mg: 30 comprimidos-6,61 €.

Se empieza a dosis bajas de 125-250 mg/d durante 4 semanas, e ir subiendo la dosis lentamente, cada mes, hasta encontrar mejoría. Las dosis diana son de 500-700 mg/d, pero se debe mantener a la menor dosis eficaz. Potencia el efecto de la isoniacida. No debe administrarse con compuestos que contengan metales pesados ni sales de oro.

- *Efectos secundarios*: reacción de hipersensibilidad con fiebre, artralgias, linfadenopatías, *rash* maculopapular, urticaria. Síndrome nefrótico y glomerulonefritis membranosa reversibles con proteinuria como primer síntoma. Al aumentar el colágeno soluble causa aumento de friabilidad de la piel. Ageusia y disgeusia. Trastornos gastrointestinales. Anemia hemolítica, leucopenia, trombopenia, pénfigo foliáceo, alopecia, inducción de lupus, dermatopolimiositis (indistinguible de la DM clásica), miastenia, alteraciones neurológicas.

Se debe monitorizar desde el punto de vista analítico sangre y orina, y controles oftalmológicos por la posible aparición de cataratas. En tratamientos prolongados se recomienda administrar 25 mg/día de piridoxina (*Complidermol* 50 cápsulas-4,77 €). En tratamientos prolongados puede inducir déficit cisteínico y disfunción hepática.

Escorbuto

- **Vitamina C:**

- *Cebion* 500 mg 12 sobres-3,10 €.
- *Cebion* 1 gramo 12 sobres-3,19 €.
- *Becocyme C forte* 200 mg 30 grageas-3,77 €. Vitamina C y biotina, tiamina, cianocobalamina, nicotinamida, piridoxina y pantotenato de calcio.

- **Necesidades mínimas de vitamina C:** 10 mg. Recomendables 60-200 mg/día (más los fumadores). Tratamiento: 100 mg cada 8 horas durante una semana y luego 100 mg cada 24 horas durante varias semanas.

En el escorbuto con tratamientos con vitamina C a 100 mg/8 horas se observa la mejora subjetiva en 24 h; 2-3 días, la letargia y el dolor; 5-6 días, la artritis; 1-3 semanas, las lesiones cutáneas; 4 semanas, la curvatura del pelo; 3 meses, recuperación total encías (*JAAD* enero 2000).

Las dosis superiores a 1 gramo al día pueden favorecer la aparición de cálculos renales de oxalato, uricosuria, excesiva absorción de hierro, diarrea e interferencia con los anti-coagulantes.

Esporotricosis

- **Cutánea:** El calor local puede ser eficaz. Hoy el Itraconazol a 200 mg/d varias semanas o el fluconazol 100-400 mg/día se consideran de elección. (Ver presentaciones en *Micosis*).
 - *Alternativa*: Yoduro potásico a dosis altas: se empieza por 600 mg (12 gotas de solución saturada) e ir subiendo si se tolera a 4-6 g, es decir, 127 gotas al día. Así hasta un mes después de la curación para evitar recidivas. En niños la mitad o un tercio de la dosis. (Ver en *Eritema nodoso*).
- **Formas sistémicas:** anfotericina B. (Ver en *Leishmaniasis*).

Estrías

Crema de tretinoína 0,1% cada día 6 meses. El efecto es discreto.

Faeohifomicosis

Siempre que se pueda se procederá a la exéresis quirúrgica de las lesiones caso de ser localizadas. El itraconazol se ha mostrado eficaz. Como alternativa existe anfotericina B asociado o no a flucitosina. Las recidivas son frecuentes. Es importante intentar revertir la causa de inmunosupresión.

Exophiala dermatitidis y *jeanselmei* y *Alternaria spp* son las especies más frecuentemente involucradas.

Fenómeno Raynaud

Tratamiento de la causa subyacente (vibración, etc.).

Vasodilatadores tópicos (1-2% *hexyl nicotinate* en crema o/w; *glyceryl trinitrato*) o sistémicos (bloqueantes de calcio tipo diltiazem o nifedipina). Otros: griseofulvina, estanozolol (como antifibrinolítico), ketanserina (antiserotoninérgico). Metildopa. Infusiones de reserpina, prostaciclina, PGE1, plasmaféresis. Simpatectomía (efecto transitorio).

La aplicación de parches de liberación sostenida a lo largo de 10 horas de prostaglandina E1 (72 microgramos liberados en ese intervalo) consiguió una marcada mejoría en una paciente, en comparación a placebo (*JEADV* 2002; 16: 526-528).

Fibromatosis plantar

Enfermedad de Ledderhose. Tratamiento quirúrgico.

Filariasis

Wuchereria Bancrofti: Ivermectina. (Ver en Sarna y Oncocercosis).

Mata casi todas las filarias en piel pero en otros tejidos es más lenta, y la persistencia de adultos se reproducen en el sistema linfático y por eso hay recurrencias hasta en el 90% a los 3 meses. (Ver Oncocercosis).

Fisura anal

Las inyecciones de toxina botulínica a ambos lados de la línea media en la zona anterior interesfinteriana pueden curar a casi todos los enfermos en una o dos sesiones.

Se tumba al paciente en decúbito lateral izquierdo, y se palpa el borde caudal redondeado del esfínter anal interno, a 1-1,5 cm de la línea *dentata*. Se palpa el "hueco" interesfinteriano y se infiltra el esfínter anal interno con una aguja de 27G.

En un estudio de 150 pacientes, los pacientes del grupo tratado a altas dosis recibió dos inyecciones de 0,3 ml de una disoluciones de 50 U/ml, es decir, reconstituyendo el vial de *Botox* con 2 ml de agua destilada. Recibieron pues 30 unidades y fueron retratados con 50 unidades caso de persistencia de la fisura al mes. Se curó el 87% al mes y el 96% de casos a los dos meses. Las presiones ano-rectales fueron comparables a los sujetos control. Sólo hubo 5 pacientes que presentaron incontinencia para flatulencias durante dos semanas, que se autoresolvieron (*Surgery* 2002; 131: 179-184). Ver revisión de la literatura (con muchos otros estudios empleando dosis algo inferiores con porcentajes de éxito algo inferiores: (*Br J Surg* 2002; 89: 9509-61).

En Alemania, donde los dermatólogos asumen la proctología, un estudio encontró mejores resultados al tratar la fisura anal con 20-25 U de *Botox* a nivel intramuscular si además se trataba, lo que consideran una hiperhidrosis focal asociada, con 30-50 unidades más a nivel cutáneo perianal (*JEADV* 2002; 16: 469-471).

Otras alternativas son el dinitrato de isosorbide al 1% en crema cada 3 horas o el gel de diltiazem al 2%. Los nitratos se pueden usar pero causan muchas veces cefalea.

Fisuras de talones

Eliminación mecánica de tejido hiperqueratósico. Más fácil con cremas de urea 40%, aunque sólo hay comercializadas hasta un 30% (*Queraderm, Rebladerm OTC, Xerial 30*).

Se pueden utilizar apósitos como *Compeed* talones: apósito hidrocoloide. Cada caja lleva dos. (Lab. *Diafarm*).

Las grietas pueden cerrarse con mayor facilidad con la aplicación de nitrato de plata (*Argenpal* varillas de 50 mg; envase de 10-2,81 €) o propilenglicol puro.

Flegel, enfermedad de

Los retinoides sistémicos o el 5-Fluorouracilo tópico son eficaces, pero la recidiva es frecuente tras la suspensión del tratamiento.

Foliculitis

(Ver Acné y Piodermitis).

Foliculitis eosinofílica

Dapsona ± prednisona.

Sulfapiridina, anti-H1, UVB lo más eficaz.

Foliculitis pustulosa eosinofílica (Ofuji)

Corticoides tópicos o sistémicos.

Dapsona. (Ver en Lepra su manejo).

Cetirizina. (Ver en Urticaria, manejo y presentaciones).

Retinoides orales. (Ver en Acné, isotretinoína y en Psoriasis, acitretino).

Interferón-gamma o alfa-2b (*Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 233-238).

Fotoprotectores solares

Los filtros químicos son sustancias orgánicas en solución o emulsión, y los filtros "físicos" son sustancias inorgánicas en forma de partículas de gran tamaño en dispersión. Los primeros actúan "absorbiendo" la energía de la radiación solar por deslocación de un electrón por resonancia. Los segundos actúan por reflexión. Las partículas se han ido haciendo más pequeñas para mejorar el resultado estético, pues las partículas más grandes son capaces de reflejar la luz visible, pero entonces el fotoprotector "se ve" sobre la piel, con un resultado cosméticamente inaceptable.

Existen asociaciones entre FPS químicos y físicos, sobre todo con óxido de zinc y dióxido de titanio, que aumentan la franja de radiación hasta los 370 nm y zona inicial de la luz visible (violeta). Se intenta compensar el color blanquecino que dejan estas sustancias añadiendo óxido de hierro.

El factor de protección solar se refiere al efecto protector frente al desarrollo de eritema por UVB. Hay tres técnicas para determinar el FPS: la europea (Colipa), la americana (FDA) y la australiana-neozelandesa (SAA). Básicamente lo que se hace es dividir la DEM en piel fotoprotegida del valor de la DEM en piel no fotoprotegida en sujetos voluntarios.

Se deben aplicar entre media hora y una hora antes de la exposición solar, y reaplicarlo cada 3 horas. Se debe aplicar una cantidad teórica de 2 mg/cm². Tener en cuenta que el factor de fotoprotección real es la mitad del que se comercializa en estos filtros.

Además del uso de fotoprotectores, se debe recomendar evitar la fotoexposición de más de dos horas seguidas y/o en horas centrales del día (siempre que la sombra sea más corta que nuestra altura) recordando que el 60% de la radiación UVB se produce entre las 10 y las 15 horas.

Los fotoprotectores raramente provocan efectos secundarios: está demostrado que no alteran la absorción de vitamina D ni los niveles séricos de la misma; pueden provocar dermatitis de contacto y fotoalergia (sobre todo la oxibenzona y antes el PABA y derivados); irritación transitoria (por vehículo alcohólico).

- Fotoprotector 20 medio *Babé*,

30 total *Babé*, 100 ml-7,7 €.

40 *extrem* pediátrico, 100 ml-8,6 €.

- *Carreras* FH

FH spray factor 30 con tinosorb, 125 ml-16,4 €.

FH pequeño factor 25, 125 ml-16,9 €.

FH pequeño factor 50, 125 ml-19,0 €. Con óxido de titanio, tinosorb, genisteína.

FH pieles grasas factor 35, 100 ml-16,3 €.

FH pieles secas factor 35, 100 ml-16,3 €. Ídem + aceite de *borago officinalis*.

FH físico factor 50, 100 ml-21,8 €. Óxido de titanio 15%, tinosorb, genisteína.

FH factor 70 pieles secas, 100 ml-19,8 €. Con óxido de titanio 10%, tinosorb, genisteína.

FH factor 70 pieles grasas y mixtas, 100 ml-19,8 €.

- *Sunlaude* xerosis-atopia crema IP25, 125 ml-12,83 €.

Tendencia acneica IP15 (spray 200 ml-14,84 €; fluido 50 ml-12,59 €).

Extreme IP60 crema-14,84 €.

Extreme IP25 Color, *Oilfree*, Crema-11,99 €.

Extreme IP25 Leche Spray -13,88 €.

Infantil leche 200 ml-12,62 €.

Sunlaude Cover -15,03 €.

- *Bepanthol* solar 100 y 200 ml.

- Fotoprotectores *ISDIN*

Fotoprotector *ISDIN* 8 y 15 en crema.

Fotoprotector *ISDIN* loción.

Fotoprotector *ISDIN* 8 y 15 en gel.

Fotoprotector *ISDIN* 25 spray-gel.

Fotoprotector *ISDIN* Stick facial.

Fotoprotector *ISDIN* Combi.

Fotoprotector *ISDIN* Spray.

Fotoprotector *ISDIN* Dry-oil spray 150 ml.

Fotoprotector *ISDIN* Factor 20 en crema.

Fotoprotector *ISDIN* 20 loción.

Fotoprotector *ISDIN* 50 pantalla total crema.

Fotoprotector *ISDIN* Pediatrics F15 crema.

Fotoprotector *ISDIN* F15 loción.

Fotoprotector *ISDIN* F25 loción.

Fotoprotector *ISDIN* spray.

Fotoprotector *ISDIN* F35 loción.

- Fotoprotector *ISDIN Extrem Pediatrics* crema.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* crema.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* loción.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* UVA crema.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* UVA loción.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* UVA spray.
- Fotoprotector *ISDIN Extrem* UVA gel crema.
- *Filter OTC* 15 leche fluida 200 ml (W/S), vaporizador 15, 20 infantil, 40 incolora, 40 color piel.
- *HelioCare spray* 15 y crema incolora 50: con z-cote (óxido de zinc micronizado), *polypodium* y té verde.
- *Onagrine* solares IP25 ó 15, coloreada IP25, leche solar IP25 ó15.
- *Photoderm*
 - Photoderm Max* SPF100 leche 100 ml-18,50 €.
 - Photoderm Max* crema coloreada 40 ml-14,00 € y crema 40 ml-14,00 €.
 - Photoderm* Mineral SPF20 leche 100 ml-18,00€ y crema 40 ml-13,00€.
 - Photoderm AKN* SPF20 100 ml-17,03€
- *SVR* 50B crema; 25B crema y leche.
- *Anthélios* 60 XL crema 50 ml, crema sin perfume, crema coloreada 50 ml, leche 100 ml, leche 100 ml sin perfume.
 - Anthélios* 40 S crema 100 ml.
 - Anthélios* 30 W gel 100 ml W. *Anthélios* 30 spray 125 ml.
 - Anthélios* 20 crema de 50 ml, leche 100 ml, spray 125 ml, gel 100 ml.
 - Anthélios* 10 crema 50 ml y leche 100 ml.
 - Anthélios stick* 3 ml protector labial y crema antherpos (SPF 50).

Fox-Fordyce, enfermedad de

Se han probado muchos tratamientos: retinoides tópicos (aunque pueden ser irritantes) o corticoides tópicos en las fases inflamatorias.

Los anticonceptivos orales suelen inducir la remisión.

Se ha ensayado con éxito una solución de fosfato de clindamicina (10 mg/ml), alcohol isopropílico (50% vol/vol), propilenglicol y agua (*Arch Dermatol* 1995; 131: 1112-1113; *Dermatology* 1992; 184: 310-313).

Se ha ensayado también la isotretinoína, la exéresis quirúrgica y la electrocoagulación.

Chae *et al.*, (*Arch Dermatol* 2002; 138: 452-453) consiguieron la remisión total en un caso mediante liposucción.

Gingivostomatitis herpética

Aciclovir 15 mg/kg vía oral cinco veces al día durante 7 días.
(Ver en Herpes).

Glositis romboidal y lengua negra

Suele responder muy mal a diferentes tratamientos, cosa que hay que explicar al paciente. Se recomienda una buena higiene bucal cepillándose la lengua dos veces al día. Umberto propone a modo de ensayo terapéutico las siguientes fórmulas:

- Urea 40% en solución acuosa csp 40 ml.
- Urea 40% + clotrimazol 1% + ácido retinoico 0,05-0,1% en gel csp 50 g.
- Urea 40% + nistatina 5-10 millones + glicerina 60ml + agua 40 ml.

Glosodinia (*Burning mouth syndrome*)

De momento no disponemos de tratamientos realmente eficaces. En general podemos decir que lo que se suele hacer es:

- En pacientes con pocas molestias o que no van a asumir la necesidad de prescribir psicofármacos se puede ensayar tratamiento anticandidiásico, que suelen ser ineficaces. (Ver otros tratamientos tópicos sintomáticos en Aftas orales).
- Según el *Rook* el tratamiento de elección son los antidepresivos clásicos: Clomipramina (*Anafranil* grageas de 10 y 25 y comprimidos de 75) llegando a dosis de 150-200 mg/día. También se han empleado antidepresivos nuevos como fluoxetina y sertralina. (Ver Psicodermatosis manejo y presentaciones). El efecto se inicia y debe valorarse no antes de 6 semanas.
- Clonazepam (*Rivotril* comprimidos de 0,25 mg 2-3 veces/día) puede ser eficaz hasta en el 70% de casos pero suele dar somnolencia.
- El tratamiento hormonal sustitutivo en casos atribuibles a post-menopausia.
- Un estudio ruso con 34 pacientes afirma que el 100% mejoró francamente aplicando una corriente de 45 microamperios durante 10-20 minutos, llegando a aplicar 10-12 sesiones (*Neurosci Behav Physiol* 1996; 26(6): 584-586).

Gnathostomiasis

Si es posible se extirpa quirúrgicamente la larva. El tratamiento de elección, en todo caso, es albendazol 400-800 mg/día durante 14-21 días. Tener en cuenta que las larvas pueden migrar hacia la superficie cutánea una vez iniciado el tratamiento, simulando la larva *migrans* cutánea, y en ese caso se puede proceder a la extracción de las mismas.

Evitar tomar ceviche.

Gonorrea y gonococia

- **Uretritis:** Ceftriaxona 125 mg i.m. d.u. (ver en Uretritis, presentaciones); cefixima 400 mg p.o.; ciprofloxacino 500 mg dosis única; ofloxacino 400 mg. Tratar posible *Chlamydia*

concomitante (50% de casos) con 1 gramo en dosis única de azitromicina o doxiciclina 100 mg/12 horas durante 7 días.

- **Gonococia diseminada:** Ingreso. Ceftriaxona 1 g e.v./8h hasta 48 horas después de mejoría y luego pasar a tratamiento vía oral dos semanas. También se puede usar cefotaxima o ceftizoxima. Si alergias: espectinomicina 2 g i.m. cada 12 horas o ciprofloxacino 500 mg e.v./12 horas. (Ver en Uretritis).
- **Proctitis:** Ceftriaxona 250 mg.
- **Embarazo:** Espectinomicina 2 g i.m. en dosis única o ceftriaxona.
- **Alergias o contraindicación de quinolonas o β -lactámicos:** Trimetoprim 720 mg/sulfametoxazol 3.600 mg x 5 días.

Granuloma anular

Remite sólo 75% en dos años. Se pueden infiltrar corticoides, aplicar crioterapia, y las formas severas responden a PUVA, clorambucil, yoduro potásico e Isoniacida.

Como es bien sabido, la biopsia cutánea produce a menudo la desaparición de las lesiones (JAAD 2002; 46: 426-429).

Granuloma facial

Característicamente es resistente a muchos tratamientos.

Dowlati describió curación del 100% de 9 casos tratados con corticoides intralesionales y crioterapia (*Int J Dermatol* 1997; 36: 548-551).

Otros tratamientos empleados son los antipalúdicos, PUVA, dapsona. La recidiva es frecuente. Imiquimod 5% una vez al día (póster EADV 2002 Praga).

Granuloma inguinal

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas (tetraciclina no por frecuentes resistencias). (Ver presentaciones en Acné).

Ciprofloxacino 750 mg dos veces al día.

TMT-SMX (*Seprim Forte* 1 comprimido cada 12 h).

Eritromicina 500/6h/indefinido o azitromicina 1 gramo una vez a la semana x 4 s ó 500 mg/d x 7d. Las quinolonas y el cloranfenicol pueden ser eficaces.

El tratamiento debe ser hasta la curación total, mínimo 3 semanas. Recidivas a los 6-18 meses.

Granuloma de las piscinas

- **De elección:** minociclina, doxiciclina. (Ver Acné).

En situaciones de inmunosupresión, fracaso del tratamiento con tetraciclinas, y ante, formas diseminadas:

Rifampicina (10-20 mg/kg/día cada 24 horas) y Etambutol (15-25 mg/kg/día una vez al día con comidas):

Myambutol 25 comprimidos de 400 mg-2,94 €.

Etambutol Llorente 100 grageas de 400 mg-7,72 €.

Contraindicado en: diabetes, neuritis óptica, lactancia, insuficiencia renal.

- *Efectos secundarios:* neuritis óptica 2% casos, dosis-dependiente, casi siempre reversible, aunque a veces tarda hasta un año. Otros: ceguera para el rojo/verde, transaminitis, colestasis, cefalea, mareos, neuropatía periférica.

Rifampicina:

Rifaldin 24 cápsulas 300 mg-10,72 €; 12 grageas de 600 mg-10,85 €.

Rimactan 60 cápsulas de 300 mg-22,75 €; 10 comprimidos de 600 mg-8,46 €.

- *Efectos secundarios*: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, transaminitis, ictericia, urticaria, miopatía, leucopenia, síndrome pseudogripal con fallo renal y púrpura trombocitopénica si tratamiento intermitente.

- **Tratamientos de segunda línea:** Cotrimoxazol y claritromicina, quinolonas, macrólidos, aminoglucósidos, amoxi-clavulánico (menor eficacia *in vitro* y menor experiencia). Estas micobacterias suelen ser resistentes a pirazinamida e isoniacida.

En ocasiones es planteable el tratamiento con cirugía.

- **Otras micobacteriosis (ver Lepra y Tuberculosis):**

Para *M. chelonae* y *M. abscessus* es imprescindible el antibiograma. Suelen ser resistentes a tratamiento tuberculostático habitual (*Piel* 2001; 16: 379-387).

Granulosis rubra

Tranquilizar: involuciona en la pubertad.

Grietas pezón

Se pueden prevenir mediante fricciones con alguna tela ruda o toallas en los meses previos al parto. Se pueden aplicar emolientes tipo vaselina o lanolina, o *cold cream Avène*.

Como astringente se ha recomendado el ácido tánico: ácido tánico 5 g + alcohol 96° csp 100 g (astringente al 2-10%).

Heloma blando

Férula interdigital. Separador anatómico *Dr. Scholls. Famos* entrededos. Disco protector autoadhesivo. *Hartmann*.

Herpes simple

En principio no está indicado el tratamiento. Se pueden dar toques con alcohol para secar.

- **Tratamiento tópico:** Penciclovir 1% (*Vectavir* crema 2 g-7,74 € y bomba 2 g-7,74 €) cada 2 horas 4 días disminuye la duración del dolor de 4,1 a 3,6 días. La crema de docosanol al 10% aplicada cinco veces al día redujo 18 horas la duración de los brotes (*JAAD* 2001; 45: 222-230), aunque no se mostró eficaz en otro estudio con 846 pacientes. En un modelo experimental el docosanol no mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a placebo. En el mismo estudio, penciclovir fue superior a aciclovir en la disminución del número de lesiones, área afectada, y título de virus (*Arch Dermatol* 2001; 137: 1153-1158). A pesar de esto no se recomienda el uso de aciclovir tópico en individuos inmunocompetentes, pues varios estudios no han demostrado beneficio clínico. Sí que lo ha demostrado el penciclovir (*JAMA* 1997; 277: 1374-1379).

La administración vía oral cinco veces al día de 200 mg de aciclovir no reduce el tiempo para la curación ni la duración del dolor, y sólo haría perder la costra un día antes. A 400 mg cinco veces al día, pero iniciando su administración en la fase de pródromos o eritema, reduce la duración del dolor en un 36% y el tiempo de pérdida de la costra en un 27%. Tampoco se recomienda su uso, al menos de rutina.

Está en desarrollo el gel de resiquimod al 0,01%.

- **Tratamiento sistémico (inmunodeprimidos, brote severo o enfermedad concomitante):**

- Aciclovir 200 mg/4h x 5 días. Presentaciones:

Zovirax 200 mg 25 comprimidos dispersables-36,91 €; 800 mg 35 comp disp-156,94 €.

Virherpes: mismos precios.

Maynar: 200 mg 25 comp-29,77 €.

Virmen: 200 mg 25 comp-29,77 €; 800 mg 35 comp disp-153,81 €.

Genéricos como *AciclovirAlonga*, *Bayvit EFG* o *Aciclovir Centrum* 200 mg 25 comp-29,77 € y 800 mg 35 comp-126,44 €.

- Valaciclovir 500/12h 5 días:

Valtrex 500 mg 12 comp-30,05 € y 42 comp-126,43 €.

Valpridol 500 mg 42 comp 123,44 €.

Valherpes 500 mg 10 comp-30,05 € y 42 comp-123,44 €.

Virval 500 mg 10 comp-30,05 € y 42 comp-123,44 €.

- Famciclovir:

Famvir 125 mg 10 comp-39,56 €; 250 mg 21 comp-179,39 €; 750 mg 7 comp-144,12 €.

(Ver efectos secundarios, interacciones en Herpes zóster).

- **Herpes resistente:** Foscarnet 40 mg/kg/e.v. cada 8 horas hasta curación úlceras (10-24 días).
Foscavir 1 vial de 250 ml a 24 mg/ml- 51,54 €.
- *Efectos secundarios:* alteración de la función renal (menos frecuente si hidratación 2,5 litros de suero fisiológico al día), úlceras peneanas perimeatales, anemia, convulsiones, hipocalcemia, fiebre, náuseas, hiponatremia, edemas en extremidades inferiores, transaminitis, incremento de LDH y fosfatasa alcalina, cefalea, parestesias.
Si aún así no mejora: IFN $\alpha 2\alpha$ 3 MU 3 veces/s e ir subiendo hasta 9 MU 3 veces por semana.
Roferon A (Roche) 6 jeringas de 0,5ml con 3 MUI. 139,87€
Roferon A 6 jeringas de 0,5 ml con 4,5 MUI. 182,72 €.
Roferon A 6 jeringas de 0,5 ml con 6 MUI. 226,75 €.
Roferon A 6 jeringas de 0,5 ml con 9 MUI. 312,21 €.
Roferon A 1 vial monodosis de 18 MUI-127,33 €; 3 viales-299,42 €.
(Ver Intron A (*Schering-Plough*) en Melanoma):
- Efectos secundarios: transaminitis, disnea, proteinuria, hipotensión, HTA, alteraciones de la visión, hiperuricemia, insuficiencia renal, neuropatía, confusión, alopecia, alteraciones del gusto, depresión, aumento de creatinina, mielosupresión, síndrome pseudogripal.

Herpes simple genital (recomendaciones MMWR)

- **Primer episodio:** (El tratamiento no previene las recurrencias).
 - Aciclovir 400/8h/7-10d; 200/4h/7-10días.
 - Famciclovir 250/8h/7días
 - Valaciclovir 1g/12h/7días.(Ver presentaciones, efectos secundarios, precios e interacciones en Herpes zóster).
- **Recurrencias:**
 - Aciclovir 400 mg cada 8 horas x 5 días ó 200 mg cada 4h x 5días.
 - Famciclovir 125 mg cada 12 h x 5 días.
 - Valaciclovir 500 cada 12 h x 5 días.Si es resistente, foscarnet o IFN $\alpha 2\alpha$ (ver arriba).
Según el fabricante, y en contra de los resultados expuestos en algunas comunicaciones aisladas, imiquimod no es superior a placebo (*Arch Dermatol* 2002; 138: 534). Una nueva molécula, resiquimod en gel, sí ha mostrado ser eficaz en ensayos clínicos en fase II (*J Infect Dis* 2001; 184: 196-200).
- **Supresión:** (Tratamiento indicado si hay > 6 episodios al año).
Aciclovir 400/12 ó Famciclovir 250/12 ó Valaciclovir 250/12h ó 500/24h (si >10 episodios/año: 1.000/24h).
Pueden ser útiles los AINEs y el fotoprotector solar (*JAAD* 1999; 41(4); 524).
- **Perinatal:** El 25% se reactiva último mes de embarazo. Si es primoinfección, se afectan el 50% de fetos, y si es una recurrencia, el 4%. En todo caso, si hay lesiones visibles se debe hacer cesárea, porque la mortalidad del recién nacido afectado es del 50%.

Secar con linimento oleocalcáreo, *Cytelium* o *Tannosynt* (tanino 1%: polifenol hs + ZnO).

Herpes zóster

(Justifica tratamiento >72h si aun hay vesículas y tiene >50 años, trigeminal o en inmunodeprimidos).

- Huésped normal:** El tratamiento sólo está indicado si existe afectación trigeminal y en los pacientes de más de 50 años de edad, si el cuadro lleva menos de 72 horas de evolución. (Ver presentaciones comerciales en Herpes simple).

 - Famciclovir (*Famvir*) 750 mg una vez al día ó 250 mg/8h/7d. Biodisp 75%. Redujo la NPH vs. placebo en pacientes mayores de 50 años (63 días *versus* 163 días). Puede producir cefalea, náuseas y diarrea de forma ocasional (citas en *Manual Sanford* 2001).
 - Valaciclovir (*Valtrex, Valherpes, Virval, Valpridol*) 1 g/8h/7días. Biodisponibilidad 65%. Reduce el dolor más rápidamente que ACV. En HIV trasplantados que recibieron altas dosis de valaciclovir se han descrito casos de síndrome hemolítico urémico (*Sanford* 2001). Resto de efectos secundarios similares a aciclovir. (Ver presentaciones en Herpes).
 - Aciclovir (análogo guanósina, inhib. Competitiva) 800 mg/4 horas/7 días. La biodisponibilidad v.o. es del 20%. El VVZ o HVS3 no tiene timidín quinasa para activar ACV. *Efectos secundarios:* cefalea, náuseas, diarrea, artralgias, fiebre, odinofagia, adenopatías. Cuando se administra endovenoso puede producir nefrotoxicidad (por cristalización en túbulos renales; aparece aumento de creatinina y hematuria; es más frecuente si se hacen infusiones rápidas, hay deshidratación, si se emplean dosis altas y en nefrópatas) y neurotoxicidad (vértigos, desorientación, delirio, crisis, temblor, verborrea). Más raramente neutropenia y transaminitis.
No mejora NPH.
- Paciente inmunodeprimido:**

 - *No grave:* siempre tratamiento vía oral con uno de los tres fármacos citados arriba. Si hay progresión, cambiar a tratamiento endovenoso.
 - *Paciente grave* (>2 dermatomas, trigémino, zóster diseminado): aciclovir 10 mg/kg/8h/7-14 días; en el anciano 7,5 mg/kg/día, y si hay nefrotoxicidad bajar a 5 mg/kg/día. Cada 8 horas. La infusión se debe hacer en más de una hora.
Si es resistente foscarnet a dosis habituales durante 14-21 días.
- Idoxuridina:** Es antimetabolito de timidina, inhibe síntesis ADN tras ser fosforilada. Tóxico sistémico, se usa al 40% en DMSO tópico.
Virexen solución al 2% 5 ml-3,40 €; 10% 5 ml-10,29 € y 40% 5 ml-20,92 €. Reembolsable SS. Beneficioso en el *rash* y el dolor. Resultados contradictorios sobre NPH.
- Corticoides:** No disminuyen la incidencia de NPH a los 6 meses. Sólo mejoran la calidad de vida.

Neuralgia postherpética:

Los antidepresivos tricíclicos como amitriptilina, nortriptilina y desipramina son el tratamiento de elección. Se empieza a 10-25 mg/noche y se sube 25 cada semana hasta 75-150 mg/día. Son útiles sobre todo si el dolor es continuo. Ver en Psicodermatosis.

Caso de no controlarse el dolor, y sobre todo si hay crisis de dolor lancinante, se asocia:

Carbamacepina: de 100-200 mg/día hasta 600-800 mg/día. O la oxcarbazepina (*Trileptal* 300 mg/12 h y aumentar hasta respuesta, máx 1.200 mg/día). No requiere analíticas.

Gabapentina (ver Eritromelalgia) hasta 800-1.200 mg/8h.

Capsaicina tópica cada 4 horas (tiene el inconveniente de la sensación urente que produce, por lo que se puede aplicar previamente EMLA).

ISRS no son eficaces.

Tramadol: *Tralgol* sol 30 ml 4-8 pulsaciones 3-4 veces al día (=50-100 mg). 18,6 €. Fentanilo parches de 25, 50 y 100 $\mu\text{g}/\text{hora}$. Se cambian cada día. Empieza a actuar en menos de una hora. Puede producir somnolencia y discreto estreñimiento. Se necesitan recetas especiales (*Durogesic*).

Se puede asociar la gabapentina a topiromato (*Topamax*) hasta 50 mg/12 horas.

Hidroa vacciniforme

Fotoprotección solar estricta. Se puede llegar a recomendar ventanas opacas. Se ha usado PUVA, β -carotenos, cloroquina, ciclosporina A, azatioprina y talidomida, pero últimamente parece que el tratamiento de elección es la inducción de tolerancia con ultravioletas de banda estrecha TL-01 en primavera (*JAAD* 2000; 42: 208-213).

Hidrocistomas ecrinos

Atropina tópica al 1% en solución acuosa.
Escopolamina.

Hidrosadenitis supurativa

Tandas largas de antibióticos suele ser el tratamiento más usado.

Los retinoides orales (Isotretinoína) a dosis altas de casi 1 mg/kg/día pueden ser útiles.

Dejar de fumar también puede ser útil (*Dermatology* 1999; 198: 261-264).

Finasteride 5 mg/día durante un mes fue útil en 2 casos resistentes a otros tratamientos (*Br J Dermatol* 1999; 141: 1138-1139).

En casos muy severos se puede considerar la posibilidad de exéresis radical de los tejidos afectos. Algunos autores han empleado con éxito la liposucción superficial con curetaje de la dermis profunda, con éxito.

Hiperhidrosis

- **Las soluciones astringentes** con ácido tánico, glutaraldehído, formalina 1% no se usan por producir hiperpigmentación y hoy en día son cosméticamente inaceptables por el paciente.

- **Sales de aluminio**

El cloruro de aluminio hexahidratado al 20% es el tratamiento más empleado en la hiperhidrosis. El coste es bajo, pero su eficacia en hiperhidrosis moderadas y severas es escasa. Además puede ser irritante, sobre todo si aplicarlo la piel está húmeda, pues se produce una reacción química entre agua y aluminio que da lugar a cristales que irritan mucho. Por lo tanto conviene advertir al paciente de que se aplique estas soluciones con la piel muy seca.

Una fórmula clásica es:

Clorhidrato de aluminio hexahidratado 40

Alcohol de 90 mínima csp disolver

Alcohol absoluto csp 200

(El pH debe ser <1)

Hay muchos productos en el mercado que utilizan el cloruro de aluminio: *Anhidrol*, *Dryses*, *Martiderm driosec*, *Spirial crema antitranspirante*, *Zonium crema*.

Hiposudol en toallitas y spray.

El tratamiento en cura oclusiva, tras buen secado, durante 2-7 noches seguidas mejora algo los resultados, pero aumenta el riesgo de irritación.

- **Iontoforesis**

Aunque ya Kratzenstein y el mismísimo Galvani usaron la electricidad para el tratamiento de enfermedades, el primer médico que empleó la iontoforesis fue Pivati en 1740, en un caso de artritis. Los experimentos se fueron sucediendo, y se llegó a demostrar que la iontoforesis es un método capaz de conseguir la penetración de fármacos al plasma llegando a concentraciones con efectos biológicos, y evitando el efecto de primer paso del hígado. Ichikasi ya describió entonces en 1936 que las zonas en que se suministraban fármacos por iontoforesis no sudaban. En 1942 Takata y Shelley publicaron por separado los primeros casos de efecto anhidrótico mediante iontoforesis con agua del grifo. Pero hasta 1968 Levit no introdujo el procedimiento en la práctica clínica dermatológica.

La iontoforesis consiste en un tratamiento transcutáneo por el que se aplica una corriente eléctrica. Se puede emplear una corriente continua de 20-50 voltios y amperaje máximo de 15-30 mA. La corriente alterna (AC/DC) consigue resultados similares con corrientes más bajas, de 8-12 mA y un voltaje fijo de sólo 16 V. Dicha corriente se pone en contacto con unas alfombrillas que a su vez contactan con los electrodos.

La corriente moviliza los iones sodio de una solución acuosa (debe ser agua del grifo, no agua destilada, porque ésta es pobre en iones). El gradiente eléctrico creado induce el reposo de las glándulas sudoríparas, aunque no se ha conseguido dilucidar la razón final de dicho efecto.

Se puede añadir bromuro de glicopirronio (anticolinérgico) en la solución acuosa.

Se usa 3-6 veces por semana durante 10-20 minutos (el efecto es dosis-dependiente). Después se puede dar una aplicación de mantenimiento 1-3 veces por semana durante 10 minutos.

Existen comercializados varios dispositivos, como por ejemplo Drionic (www.drionic.com), Idrostar (www.stdpharm.co.uk/iontophoresis/iontophoresis2.html) y Neurosan 100 (www.stelec.com/rehab/electroterapia/neurosan100.htm).

La eficacia de la iontoforesis ha sido evaluada en pocos estudios. Un estudio en nuevos pacientes chinos consiguió una reducción objetiva de la sudoración en un 49% de media a las 3 semanas, 51% a las 6 semanas, 26% a las 10 semanas y 22% a las 12 semanas. Se cuantificaba el sudor producido pesando unas compresas que se aplicaban a las palmas durante 10 minutos antes y después del procedimiento. En ningún momento, sin embargo, se dan cifras absolutas de producción o de reducción de la sudoración.

El tratamiento puede producir parestesias, eritema, sensación de quemazón, reacción urticariforme local, vesiculación, pequeñas quemaduras alrededor de heridas inadvertidas. En las axilas y en los niños se deben emplear amperajes más bajos, de 5-6 mA, pues no se toleran superiores. Este tratamiento está contraindicado en portadores de marcapasos. Hay contraindicación relativa en portadores de prótesis, en fibrilación auricular, embarazo y DIU. Se recomienda quitarse anillos, brazaletes, relojes y joyas.

- **Anticolinérgicos**

La diana ideal de un tratamiento para la hiperhidrosis es el subtipo M3 de receptor muscarínico de las glándulas sudoríparas. Sin embargo, este receptor muscarínico se halla presente en otros tejidos, por lo que estos fármacos suelen provocar efectos secundarios: en el músculo liso del tracto gastrointestinal (estreñimiento), respiratorio (broncodilatación) y en algunas glándulas (xerostomía).

El problema se agrava si, como sucede hoy en día, los fármacos de que disponemos ni siquiera son selectivos para los receptores M3 sino que también tienen cierto efecto bloqueador sobre los M2 (bradicardia, retención de orina) y M1 (somnia).

Los anticolinérgicos comercializados se usan sobre todo para la incontinencia urinaria de urgencia y para la inestabilidad del detrusor. Bloquean los efectos muscarínicos de la acetilcolina sobre el músculo de la vejiga, lo que origina una relajación del detrusor, aumentando, en los pacientes con vejiga inestable, la capacidad de la vejiga.

La propantelina y la hiosciamina son antimuscarínicos poco selectivos con muchos efectos secundarios anticolinérgicos y poco efecto en la sudoración.

La oxibutinina (*Dresplan*[®] y *Ditropan*[®], cajas de 60 comprimidos de 5 mg, con lactosa como excipiente) a dosis de 5-15 mg/día ha sido el anticolinérgico, y seguramente también el fármaco por vía oral más usado en hiperhidrosis. Se debe tomar en ayunas.

Los efectos secundarios son frecuentes y atribuibles en la mayoría de casos a su efecto anticolinérgico: sequedad de boca, visión borrosa (especialmente al comienzo del tratamiento: cuidado al conducir), estreñimiento, taquicardia, palpitaciones, etc. Los ancianos pueden ser más sensibles a los efectos anticolinérgicos del fármaco (retención urinaria y parálisis intestinal). La hipertensión ocular (glaucoma) y la hiperplasia prostática pueden ser motivo de contraindicación. En pacientes predispuestos puede haber un deterioro de la memoria.

Todo esto hace que a los 6 meses del inicio del tratamiento el 88% de pacientes lo haya abandonado.

Es un fármaco de categoría B de la FDA en relación al embarazo. Los estudios sobre animales no han registrado anomalías fetales. No hay estudios adecuados y bien controlados en humanos.

Se ignora si este medicamento es excretado con la leche materna. No se han descrito efectos adversos en el lactante. No obstante, son potentes anticolinérgicos, por lo que pueden reducir la producción de leche materna.

La oxibutinina está contraindicada en pacientes con glaucoma, uropatía obstructiva, especialmente adenoma prostata, miastenia grave, bronquitis crónica y atonía intestinal, especialmente en ancianos.

Se debe administrar con precaución en pacientes con colitis ulcerosa, insuficiencia hepática y/o insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, hipertensión arterial y en ancianos.

En EEUU está próximo a comercializarse la oxibutinina transdérmica en parches (dos a la semana).

En los últimos años han aparecido algunos anticolinérgicos con un tropismo más selectivo por los receptores muscarínicos del músculo detrusor la vejiga (M2 y en menor medida M3), con el objetivo final de que apareciesen menos efectos secundarios que con la oxibutinina.

La tolterodina (*Urotrol*[®] de Almirall y *Detrusitol*[®] de Pfizer, cajas de 56 de comprimidos recubiertos de 2 mg de L-tartrato de tolterodina, a un precio 8 veces superior a la oxibutinina) es un antagonista competitivo de los receptores colinérgicos. Muestra in vivo mayor selectividad por la vejiga urinaria que por las glándulas salivales. El metabolito activo principal de la tolterodina contribuye al efecto terapéutico, que aparece en 4 semanas.

La tolterodina se absorbe rápidamente. Tanto la tolterodina como el metabolito 5-hidroxi-metilico alcanzan su concentración sérica máxima 1-3 horas después de la dosis. La tolterodina es metabolizada principalmente por el enzima polimórfico CYP2D6, dando lugar a la formación de un metabolito 5- hidroximetílico, farmacológicamente activo.

La dosis recomendada en la incontinencia urinaria es de 2 mg/12h excepto en pacientes con función hepática deteriorada, para los que la dosis recomendada es de 1 mg/12h. En caso de efectos adversos intolerables la dosis debe ser reducida de 2 mg a 1 mg/12h.

NO DISPONEMOS DE DATOS RESPECTO A SU EFICACIA EN LA HIPERHIDROSIS. Mi experiencia individual es que no son mejores que los antimuscarínicos no específicos.

Interacciones:

- Anticolinérgicos: puede resultar un efecto terapéutico y efectos secundarios más pronunciados. A la inversa, el efecto terapéutico de la tolterodina puede reducirse por la administración concomitante de agonistas de los receptores colinérgicos muscarínicos. El efecto de metoclopramida y cisaprida puede verse disminuido por la tolterodina.
- Inhibidores enzimáticos: es posible que se produzcan interacciones farmacocinéticas con otros fármacos metabolizados por o que inhiben el citocromo P450 2D6 (CYP2D6) o CYP3A4, como la fluoxetina (un potente inhibidor de CYP2D6, el cual se metaboliza a norfluoxetina, un inhibidor de CYP3A4), que produce únicamente un incremento menor en la exposición combinada de tolterodina libre y el metabolito 5-hidroximetílico equipotente. Esto no da lugar a una interacción clínicamente significativa.

Sí se han registrado datos que indican una posible interacción con ketoconazol que produjo incrementos en los niveles plasmáticos de tolterodina. Hasta que no se disponga de más datos deberán ser tratados con precaución los pacientes con medicación concomitante con inhibidores CYP3A4 más potentes, tales como antibióticos macrólidos (eritromicina y claritromicina) o otros agentes antifúngicos (itraconazol y miconazol).

Efectos secundarios:

La tolterodina puede causar efectos anticolinérgicos leves o moderados, como sequedad de boca, dispepsia, xeroftalmia, xerosis y disminución de la secreción lagrimal, flatulencia, estreñimiento y dolor abdominal. Más raramente aparecen parestesias, alteraciones de la acomodación, dolor de pecho, retención urinaria, confusión.

La tolterodina está incluida en la categoría C de fármacos por la FDA en el embarazo.

Sus contraindicaciones son la colitis ulcerosa severa, el glaucoma de ángulo estrecho, el adenoma de próstata con retención urinaria, megacolon tóxico, miastenia grave, y debe administrarse con precaución en insuficiencia renal (se elimina mayoritariamente por orina) e insuficiencia hepática, obstrucción de la vejiga urinaria, trastornos obstructivos gastrointestinales. Se debe evitar el tratamiento concomitante con inhibidores cyp3a4 potentes, tales como antibióticos macrólidos (eritromicina y claritromicina) o agentes antifúngicos (ketoconazol, itraconazol y miconazol).

• **Bloqueadores beta**

El propanolol (Sumial 10 y 40 mg) es 1-[(1-Metiletil)amino]-3-(1-naftalenilo)-2-propanol.

Bloqueante beta adrenérgico no cardiosselectivo, sin actividad simpaticomimética intrínseca y marcada actividad estabilizadora de membrana. El bloqueo beta le confiere actividad cronotropa e inotropa negativa, base fundamental de sus principales efectos farmacológicos cardíacos. Es sin embargo sin acción específica sobre la glándula sudorípara. Sus efectos eliminan los síntomas de la ansiedad y por lo tanto mejoran (en algunos casos y de forma moderada) la hiperhidrosis.

La biodisponibilidad del propranolol es del 36%, debido a que sufre un importante metabolismo de primer paso. Es absorbido rápidamente. El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 90-95%.

Es metabolizado en el hígado, con formación de metabolitos activos, siendo eliminado mayoritariamente con la orina, el 1-4% en forma inalterada.

Interacciones:

- *Acido ascórbico*: posible disminución de los niveles de propranolol por disminución de la absorción oral, debido a inducción del metabolismo.
- *Antagonistas del calcio*: aumento de la toxicidad del antagonista del calcio con depresión miocárdica.
- *Antiácidos*: reducción de la absorción del propranolol.
- *Antiarrítmicos (amiodarona, flecaína, lidocaína, procainamida, propafenona, quinidina)*: un aumento de la toxicidad del propranolol.
- *Antidiabéticos (insulina, clorpropamida, glibenclamida, tolbutamida)*: se ha registrado una reducción de su efecto por acción del propranolol.
- *Antiinflamatorios no esteroídicos (indometacina, ácido acetilsalicílico, flurbiprofeno)*: hay estudios en los que se ha registrado que puede provocar una disminución del efecto hipotensor del propranolol, debido a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas.
- *Benzodiazepinas (diazepam)*: hay estudios en los que se ha registrado una potenciación del efecto y de la toxicidad del agente benzodiazepínico.
- *Bupivacaína*: hay estudios en los que se ha registrado toxicidad por inhibición del metabolismo de la bupivacaína por parte del propranolol.
- *Carbonato de litio*: hay un estudio en el que se ha registrado un caso donde se puede dar toxicidad, con presencia de bradicardia.
- *Cimetidina*: hay estudios en los que se ha registrado disminución del efecto del propranolol debido a una inhibición de su metabolismo hepático.
- *Clometiazol*: hay algún estudio en el que se ha registrado aparición de toxicidad (bradicardia).
- *Doxorrubicina*: hay estudios en los que se ha registrado un posible incremento de la cardiotoxicidad, por inhibición de enzimas cardíacas.
- *Ergotamina*: hay estudios en los que se ha registrado una potenciación de su efecto vasoconstrictor.
- *Fenilpropranolamina*: hay algún estudio en el que se ha registrado un aumento de la presión arterial.
- *Fenotiazinas (clorpromazina, tioridazina)*: hay estudios en los que se ha registrado un incremento de la acción de ambos fármacos, con aumento de toxicidad.
- *Fluoxetina*: hay algún estudio en el que se ha registrado un incremento en la toxicidad del propranolol.
- *Fluvoxamina*: hay algún estudio en el que se ha registrado aumento de los niveles plasmáticos de propranolol con posible incremento de su efecto, por posible inhibición de su metabolismo hepático.
- *Haloperidol*: hay un estudio en el que se ha registrado un caso donde se produjo toxicidad con hipotensión y depresión cardiopulmonar.
- *Heparina*: hay estudios en los que se ha registrado desplazamiento del propranolol de su unión a proteínas plasmáticas.
- *Hidralazina*: aumento de la biodisponibilidad oral del propranolol con aumento del riesgo de toxicidad.
- *Imipramina*: aumento de sus niveles séricos, por inhibición del metabolismo hepático.

- *Isoniazida*: aumentos en sus concentraciones por inhibición de su metabolismo.
- *Maprotilina*: hay estudios en los que se ha registrado toxicidad por una reducción del metabolismo de maprotilina.
- *Nefazodona*: aumento en los niveles de nefazodona y disminución en los de propranolol, aumentando la toxicidad por nefazodona y reduciendo la actividad del propranolol.
- *Prazosina*: posible potenciación de la toxicidad, con presencia de hipotensión ortostática.
- *Rifampicina*: pérdida de eficacia terapéutica debido a la inducción de su metabolismo por parte de la rifampicina.
- *Salbutamol*: antagonismo con la acción del salbutamol, pudiendo dar broncoespasmo.
- *Simpaticomiméticos (epinefrina, fenilefrina)*: elevación de la presión arterial, bradicardia o arritmias.
- *Teofilina*: hay estudios en los que se ha registrado un bloqueo de los efectos inotrópicos de la teofilina por parte del propranolol.
- *Tabaco*: disminución de los niveles plasmáticos de propranolol por inducción de su metabolismo hepático por los hidrocarburos policíclicos presentes en el tabaco.
- *Alimentos*: los alimentos con alto contenido proteico pueden provocar un aumento en la biodisponibilidad oral de propranolol de hasta el 53%. Se recomienda no variar los hábitos en la dieta durante el tratamiento a fin de evitar variaciones en las concentraciones plasmáticas del fármaco.

Efectos secundarios: son más frecuentes al inicio del tratamiento y, por lo general, desaparecen después de 1-2 semanas. El 10% de los pacientes tratados con este medicamento se ven obligados a suspender el tratamiento. Los efectos adversos más característicos son:

- *Frecuentemente (10-25%)*: fatiga, mareos, cefalea, insomnio, depresión, broncoespasmo, vasoconstricción periférica con extremidades frías y con hormigueo.
 - *Ocasionalmente (1-9%)*: alteraciones cardiovasculares graves (bradicardia, bloqueo auriculoventricular, insuficiencia cardíaca e hipotensión), alucinaciones, somnolencia, confusión, parestesia, neuropatía periférica, miopatía, visión borrosa e hipoglucemia.
 - *Raramente (<1%)*: náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, calambres abdominales, erupciones exantemáticas, prurito, alopecia reversible, trombocitopenia, agranulocitosis, púrpura no trombocitopénica, eosinofilia pasajera, impotencia, reducción de la libido, fibrosis pulmonar y pleuresía.
- Los betabloqueantes están contraindicados en el asma u otras enfermedades broncoespásticas y en las arritmias cardíacas.

Precauciones:

- *Anestesia/Cirugía*: en el caso de que se decida suspender el medicamento antes de una intervención quirúrgica, le retirada tendrá que hacerse 48 horas antes de la misma. si por el contrario se continúa la medicación, deberá tenerse cuidado especial con anestésicos como ciclopropano, tricloroetileno o éter, con efectos depresores miocárdicos. en caso de aparecer predominio de acción vagal, puede corregirse con atropina.
- *Diabetes*: puede enmascarar la taquicardia asociada a hipoglucemia, influyendo de manera adversa en la recuperación de la hipoglucemia y alteración de la circulación periférica.

- *Enfermedad de Raynaud y otras enfermedades vasculares periféricas*: los betabloqueantes pueden disminuir la circulación periférica.
- *Hipertiroidismo*: puede enmascarar los síntomas de taquicardia. la retirada brusca de los betabloqueantes puede agravar los síntomas.
- *Insuficiencia hepática y renal*: dado que se metaboliza en el hígado y se excreta mayoritariamente por vía renal, deberá ajustarse la posología de acuerdo al grado de insuficiencia.
- *Miastenia grave*: los betabloqueantes pueden potenciar un estado miasténico, incluyendo debilidad muscular y visión doble.

• **Benzodiazepinas.**

Las benzodiazepinas son sustancias liposolubles. Poseen un núcleo químico común, con los átomos de nitrógeno en las posiciones 1 y 4 del anillo B (1, 4- benzodiazepinas). Son tres anillos: A-B-C. Las benzodiazepinas con actividad farmacológica, tienen sus modificaciones básicamente en el anillo B.

Actúan sobre el complejo receptor GABA: tienen un receptor propio que facilita la unión del GABA a su propio receptor y este complejo produce la apertura de un canal de cloro anejo. Se trata en concreto de un ionóforo. Al activarse se produce la entrada de cloro con lo que baja el potencial de membrana (se hace más negativo) y así se dificulta la despolimerización de la misma y por lo tanto la transmisión del impulso nervioso.

Este proceso lleva en concreto a la inhibición sobre todo del sistema serotonina/noradrenalina y en menor grado de los dopa/Ach. El efecto final es sedante, miorelajante y ansiolítico.

Se debe instruir al paciente (para mejorar el cumplimiento) explicándole que se trata de aliviar su ansiedad, no de provocarle sueño, y que debemos buscar una dosis tal que le mejore la ansiedad sin llegar a darle sueño.

Nunca se deben suspender de forma brusca para minimizar el riesgo de síntomas de abstinencia. Se aconseja reducir un cuarto de la dosis cada semana.

La elección de una benzodiazepina se hace según la vida media, y la presencia o no de metabolitos activos. Triazolam, bromazepam, alprazolam y diazepam tienen metabolitos activos por lo que la acción es más larga y hay riesgo de acumulación.

En hiperhidrosis siempre emplearemos benzodiazepinas de vida media larga o mediana, como por ejemplo el clordiazepóxido (Huberplex 5 mg, 10mg y 25mg, Omnalio comp 10mg), el clorazepato dipotásico (Tranxillium cáps 5 mg, 10mg y 15mg, comp 50mg; Dorken comp 5 mg, comp 10 mg y 25mg) o el clobazam (Noiafren 10mg y 20 mg). La benzodiazepina "tipo" en este grupo, en cualquier caso, es el diazepam. El diazepam (Valium comp de 5 mg y 10mg; Diazepam Leo comp de 2 y 5mg; Diazepam Prodes comp de 2.5, 5 mg) es 7-Cloro-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona.

En ansiedad se usa a 10-30 mg/día repartidos en dos o tres tomas. Vida media de 14-100 horas. Concentración pico en 1 hora en adultos y 30 minutos en niños. Su biodisponibilidad es del 99%. El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 98%. Es ampliamente metabolizado en el hígado, dando lugar entre otros metabolitos activos a: desmetildiazepam, oxazepam y temazepam. Se elimina mayoritariamente con la orina en forma metabolizada y un 1% en forma inalterada. Su semivida de eliminación es de 43 h, en insuficiencia renal aumenta a 48 h.

Por tanto, aquellos fármacos capaces de inhibir su metabolismo hepático, pueden aumentar los niveles plasmáticos de diazepam, pudiendo potenciar su acción y/o toxicidad. Existen datos clínicos de esta interacción con los siguientes fármacos:

- *Anticonceptivos orales* (estrógenos), *betabloqueantes* (metoprolol, propranolol), *cimetidina*, *disulfiram*, *fluoxetina*, *fluvoxamina*, *omeprazol*, *valproico*.
- *Antidepresivos tricíclicos*: potenciación de la toxicidad, con deterioro de la alerta mental.
- *Antituberculosos* (*isoniazida*, *rifampicina*): variación de los niveles plasmáticos de diazepam, por inhibición e inducción de su metabolismo hepático respectivamente.
- *Carbamazepina*: aumento del aclaramiento y disminución de la semivida plasmática de diazepam, con inhibición de su efecto, por inducción de su metabolismo hepático.
- *Ciprofloxacina*: aumento de los niveles de diazepam, por inhibición de su metabolismo hepático.
- *Digoxina*: aumento de los niveles plasmáticos del digitálico, por posible incremento de su unión a proteínas plasmáticas.
- *Fenitoína*: aumento de los niveles plasmáticos de fenitoína.
- *Fentanilo*: potenciación de la toxicidad.
- *Heparina*: aumento de la fracción de diazepam libre, con posible potenciación de su efecto, por desplazamiento de su unión a proteínas plasmáticas.
- *Levodopa*: inhibición del efecto antiparkinsoniano.
- *Tabaco*: aumento del aclaramiento de diazepam, por inducción de su metabolismo hepático por los hidrocarburos policíclicos del tabaco.
- *Teofilina*, *aminofilina*: disminución de los niveles de diazepam, por inducción de su metabolismo hepático.

Categoría D de la FDA (diazepam atraviesa la placenta). Algunos estudios han sugerido un riesgo incrementado de malformaciones congénitas con el uso de benzodiazepinas (clordiazepóxido, diazepam) durante el 1er trimestre: labio leporino, fisura palatal, cardiopatías, estenosis pilórica, anomalías en las extremidades. No obstante, otros estudios no han confirmado estas observaciones. Se ha atribuido síndrome de abstinencia neonatal (temblores e irritabilidad) así como flaccidez neonatal y problemas respiratorios con el uso crónico de benzodiazepinas durante el embarazo. Contraindicaciones: miastenia grave, insuficiencia respiratoria severa, glaucoma de ángulo estrecho, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia hepática (por el riesgo de encefalopatía), historia de drogodependencias.

Consideraciones especiales:

- **Dependencia**: El riesgo es mayor a mayores dosis y duración del tratamiento y en pacientes con antecedentes de consumo de drogas de abuso o alcohol. Una vez instaurada la dependencia física, la finalización brusca del tratamiento puede acompañarse de síntomas de retirada como cefaleas, mialgias, ansiedad, confusión e irritabilidad. Se han descrito hormigueo y calambres en las extremidades, intolerancia a la luz, sonidos y contacto físico, alucinaciones o convulsiones.
 - **Insomnio de rebote y ansiedad**: la probabilidad de aparición de un fenómeno de retirada/rebote es mayor después de finalizar el tratamiento bruscamente. Disminuir la dosis de forma gradual.
 - Las benzodiazepinas pueden inducir una amnesia anterógrada.
 - **Reacciones paradójicas**: agitación, irritabilidad, delirios, pesadillas, alucinaciones, psicosis.

- **Otros fármacos:**

Dos pacientes tratados con una infusión endovenosa lenta en 6 horas de 100 mg de mesilato de fentolamina disuelto en 500 ml de suero fisiológico consiguió una reducción

significativa del sudor durante 8 semanas y 3 meses en cada caso. Aunque no se cuantificó el efecto, es interesante el hecho de que en ambos casos se tratara de pacientes pendientes de simpatectomía torácica endoscópica por hiperhidrosis. El autor de la carta, que emplea dicho tratamiento en una clínica del dolor en casos de pancreatitis y enfermedad vascular periférica, asegura que el tratamiento es eficaz en un tercio de los casos, y seguro, y que el único riesgo es el de flebitis. Este riesgo se minimiza si se diluye la medicación.

La **ciproheptadina** a dosis de 4 mg cada 12 horas se mostró eficaz en 5 casos de hiperhidrosis asociada al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Con la misma indicación se han comunicados buenos resultados en dos casos de hiperhidrosis inducida por venlafaxina que respondieron a la **benztropina**.

La **clonidina** se ha empleado también en la hiperhidrosis por amitriptilina e ISRS.

- **Simpatectomía** por diatermia o tijeras de cadena desde borde superior de 2ª a 4ª costilla: T2, T3 y si axilar también T4.

La hipersudoración compensadora sobre todo en tronco o eei ocurre en el 50-65% de los casos (es más frecuente en casos palmoaxilares; disminuye con el tiempo) pero a veces es tan severa que en cuestionarios de satisfacción muchos pacientes afirman que de haber sabido que sería tan importante no se hubieran intervenido. El riesgo de síndrome de Horner es del 0.5-9% (por afectación de las fibras de Huntz) y el número de recidivas oscila alrededor del 5%.

- **Toxina botulínica tipo A:**

Botox 1 vial de 100 UI -219.80€.

Dysport 500 U 2 viales de 3 ML- 428.23€.

(*Neurobloc* es la toxina tipo B).

En la toxina botulínica hay siete tipos de neurotoxina (A, B, C, D, E, F y G). Se usa en esta patología desde 1996. Todas las toxinas botulínicas son polipéptidos inactivos de 150 kd (una cadena pesada o H de 100 kd unida por puentes no covalentes y puentes disulfuro termolábiles a una cadena ligera de 50 kd) que se activan por una proteasa. La cadena pesada se une de forma selectiva a un gangliósido de membrana de la terminación axonal de neuronas colinérgicas. Entonces se facilita la entrada de la toxina, que una vez en el axón se divide: la cadena pesada se destruye y la ligera es la que ejerce el efecto final: bloquea la liberación de acetilcolina desde la terminal presináptica de fibras colinérgicas que inervan la glándula sudorípara. Lo hace inactivando la proteína SNAP-25 que media en la fusión entre las vesículas de acetilcolina y la membrana plasmática.

Los aminoglucósidos, los bloqueantes de los canales de calcio, la ciclosporina y la penicilamina podrían potenciar el efecto de la toxina. Los antipalúdicos y los derivados del curare podrían interferir.

A parte de los pacientes que reciban este tratamiento, otras contraindicaciones serían: embarazo, lactancia, enfermedades neuromusculares, hipersensibilidad a la albúmina, perfil psicológico inestable. Se debe suspender la administración de AAS, ibuprofeno o vitamina E si se están tomando una semana antes del tratamiento.

Se procede a la anestesia troncular de los nervios mediano, cubital y radial. Son menos eficaces la anestesia con crema de EMLA, o las compresas frías durante 15 minutos, o crioterapia durante 5 segundos antes de las inyecciones.

Los viales de *Botox* (Allergan) se conservan a -5° C. Se preparan 3-4 horas antes de la sesión (*Dermatol Surg* 1998; 24: 1179-80). Se deben reconstituir los viales, que contienen 100 U de toxina (una unidad o MU -mouse unit- es la dosis media que administrada en

peritoneo produce la muerte del 50% de un grupo de ratones Swiss-Webster en 2-4 días), con 5 ml de suero fisiológico 0,9%. La reconstitución debe ser lenta porque la toxina es muy frágil, dejando que el vacío "aspire" el líquido. No se debe agitar el frasco ni se debe producir espuma. Una vez reconstituído, el vial se puede conservar a 2-5 grados de temperatura durante una semana o incluso más.

De esta disolución, 0,1 ml equivalen a 2 unidades de toxina. Con una aguja de 30G con el bisel hacia arriba se reparte la toxina por toda la palma, hasta un total de 90 U. El resto se inyecta a razón de 2U por falange. En la eminencia tenar la dosis debe ser la mitad (1U/cm²) para evitar la paresia. En la zona central se pueden dar 5U por cm². En la falange distal, en el pulpejo de los dedos, el efecto es menor por el rápido "lavado" que ejercen los plexos vasculares. Las agujas "ADG" permiten controlar mejor la profundidad a la que estamos inyectando la toxina, que debe de ser de 2,6 mm (*Dermatol Surg* 2000; 26: 230).

Otra manera es dar pinchazos sucesivos. Los efectos se notan a veces casi de inmediato, y son máximos a los 2-7 días, pero reaparecen a los meses.

El estudio de Solomon conseguía anhidrosis durante 5-9 meses e hipohidrosis de más de un año. Una segunda tanda podría lograr efectos de más de un año y la tercera sesión puede ser definitiva. La duración de la anhidrosis varía entre 3 y 12 meses según las series.

Las infiltraciones en axila se puede hacer sin anestesia de ningún tipo (*JAAD* 2000; 42: 1026-1029. *Piel* 2000; 15: 344-350). Si se hace una única inyección con 7 agujas mediante una placa de mesoterapia el dolor total disminuye mucho.

En la axila se usan 50U por cada lado. El empleo de dosis altas (200 U en cada axila) consiguió una remisión prolongada de 19 meses de media, con 4/47 pacientes en que la recidiva se produjo antes del año, y 43/47 más allá del año, e incluso con casos en que la recidiva se produjo a los 29 meses. Todas las recidivas respondieron correctamente a nuevas tandas de tratamiento (*Arch Dermatol* 2002; 46: 536-40).

La dosis letal 50% es de 2500-3000 MU para una persona de 70 kg (habría que inyectar 25-30 viales). Se han descrito cefaleas graves e intratables asociadas al uso cosmético de la toxina (*JAAD* 2002; 46: 62-5).

Dysport es otra TB-A con viales de 500 MU pero con mayor capacidad de provocar la aparición de anticuerpos y mayor capacidad de difusión. 1 U de *Botox*= 3-5 U de *Dysport*. La producción de anticuerpos se produce en el 5% de pacientes con distonía cervical. Se puede minimizar no llegando a 200 U por tratamiento y no reinyectando antes de un mes.

- *Cromhidrosis*: axila es quirúrgico, ectópico (10% azul, amarillo o verde x lipofuscinna): expresión manual.
- *Bromhidrosis (olor a transpiración)*: lavado, antitranspirantes, desodorantes germicidas como "triclosan" 0.2-2% (2-4-4' tricloro hidroxifenil éter), triclorocarbam o amonios cuaternarios. *Spirial pan* (206037). Si no resuelve puede ser útil rasurar. No usar fibras sintéticas.
- *Hiperhidrosis gustatoria*: toxina botulínica. Parasimpatectomía. Exéresis del nervio aurículo-temporal no se recomienda porque recidiva siempre.

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia

Existen múltiples alternativas terapéuticas: infiltración de corticoides, radioterapia, electrocoagulación, extirpación de las lesiones. Sin embargo, la tasa de recidivas post-tratamiento es elevada. En estos casos se ha ensayado el tratamiento con interferón- α 2a 3 MU cada dos semanas (*Arch Dermatol* 2000; 136: 837-838).

Hiperplasia sebácea

Electrocoagulación con aguja de depilación de cada lóbulo durante menos de un segundo (JAAD 2000; 42: 127-128). Otros: isotretinoína, *peelings* con TCA, crioterapia, láser de CO₂, colorante pulsado o erbio-YAG.

Hiperpigmentación periorcular (“ojeras”, “bolsas”)

Cremas comercializadas disponibles (no existen estudios controlados):

- *Martiderm* cytokin contorno ojos (CN 203661).
- *Normocutan* contorno de ojos con citrato de cafeína y ASCIII.
- *Cernor* con vitamina K al 1%, retinol al 0,15% y filtro solar (CN 359737) diseñado para las “ojeras”. Mañana y noche 2/3 meses.

Hirsutismo SAHA

Análítica >2 meses después de dejar ACO.

Debe inyectarse en la 1ª mitad del ciclo, midiendo testosterona total (N= 0,3-0,5 ng/ml), androstendiona, SDHEA, 17-OH-Prog, prolactina, SHBG.

- **Flutamida:** 125-250 mg/día durante 6 meses-1 año. Es un antiandrógeno puro, su metabolito hidroxilo bloquea receptor androgénico. Advertir del riesgo de malformaciones fetales. Se deben hacer controles analíticos de la función hepática pues con 500 mg/día se produce hepatitis en 1-3% de casos.

Eulexin, *Grisetin* comp 250 mg, cajas de 50 comp-60,92 € y 84 comp-101,70 €.

Flutamida Merck, *Eflar* y *Smaller* EFG 50 comp-56 € y 84 comp-82,08 €.

Algunos autores combinan con anticonceptivos.

- **Acetato de ciproterona:**

Androcur 45 comprimidos de 50 mg-45,55 €.

Los primeros 10 días del ciclo (1º día de regla; si es amenorreica, cualquier día, pero no antes de 8 semanas después de FUR) se administran 50 mg cada 12 horas. Es una molécula con acción progestágena, antigonadotropa y antiandrogénica que inhibe competitivamente el receptor citosólico. Además se impide el paso de testosterona a 5αDHT asociando *Diane 35* (etinilestradiol 40 mg + acetato de ciproterona 2 mg) los primeros 21 días (aumenta SHBG y por lo tanto baja los andrógenos libres). Si se consigue efectos, bajar la dosis a 1 comprimido al día en los siguientes ciclos (50 mg/día).

A partir del día 22: no tratamiento. Se produce hemorragia por privación.

Mujeres postmenopáusicas o histerectomizadas 50 mg/día continuo. Seguridad aún en usos muy prolongados.

- **Espirinolactona:** 100 mg día combinado con un anticonceptivo. Bloquea receptor androgénico, inhibe la 5α-reductasa, inhibe el citocromo p450. (Ver en Acné, las presentaciones, precios y efectos secundarios).
- **Agonistas de liberadores de gonadotropinas (GnRH):** Leuprolide 3,75 mg/mes i.m. y nafarelin en investigación.
- **Fotodepilación:** Definitiva.
- **Eflornitina:** Inhibe la ornitín decarboxilasa, enzima clave en la síntesis de poliaminas, presente a nivel folicular donde es importante en el desarrollo del pelo. Se usa en crema al 13,9%-15%. La eflornitina o difluorometilornitina (DFMO) se sintetizó en la década de los 70 como agente anticanceroso. Se usa para la tripanosomiasis. Entre los efectos secundarios que tiene están la toxicidad auditiva por su efecto sobre las células pilosas del órgano de Corti y la pérdida de cabello.
- **Finasteride:** En mujeres da resultados peores que la flutamida.

Ictiosis

- **Alfahidroxiácidos:** Son queratolíticos y emolientes: láctico al 5-12%.
- **Ácido salicílico:** 5-10%. Riesgo de salicilismo porque el 20% es absorbido (hiperventilación con alcalosis respiratoria, vómitos, fiebre, deshidratación isotónica e hipotatemia. En lactantes acidosis metabólica). CI en lactantes.
- **Urea:** 5-20% emoliente al retener agua, proteolítica. No en menores de un año (comunicadas elevaciones de urea plasmática).
- **Retinoides:** Tópicos (ácido retinoico 0,1% o ácido 13-cis-retinoico al 0,1%; se deben emplear con precaución porque son muy irritantes) o sistémicos (sobre todo acitretino 0,5 mg/kg/d). En la ictiosis laminar es muy eficaz, y algo menos en la EICA e ictiosis X. El síndrome de Netherton empeora). Últimamente el tazaroteno 0,05% se usa en *I. lamelar*, *I. vulgar* e IRX.
- **Emolientes:** Aumentan suavidad y elasticidad de la piel por su efecto humectante y en menor grado queratolítico. Propilenglicol 40-60%, parafina, vaselina, derivados avena, aceites vegetales. Cuidado en bebé colodion por la alta absorción.
- **Otros:** Algunas comunicaciones calcipotriol fue eficaz en ictiosis X y congénitas. Liarazol (imidazólico que inhibe la hidroxilación del ácido retinoico por el citocromo p450 aumentando su concentración endógena). Dieta: carente de fitánico y fetol (vegetales, carnes de rumiantes y productos lácteos) y plasmaféresis por doble filtración (en cascada) en el síndrome de Refsum.
 - La ictiosis vulgar suele mejorar mucho con la edad y puede llegar a desaparecer. Se suele manejar bien con emolientes, urea tópica... Aunque hay que tratar la atopia.
 - En la ictiosis X hay que tratar a los varones afectados de forma similar, aunque pueden no responder tan bien. Algún autor recomienda el uso de colesterol tópico al 10%. Recordar que hay que descartar opacidades corneales y criptorquidia.
 - Netherton: los retinoides orales, a diferencia de en otros trastornos de la queratinización, no son útiles. Se ha observado mejoría con PUVA y re-PUVA, pero no con ciclosporina (Piel 2000; 15: 480-483).
 - En la EICNA se suelen emplear en los recién nacidos corticoides sistémicos y tópicos.

Se requieren en el niño unos 20 g/día.

Bebé colodion: incubadora con mucha humedad. Hidratación. Emolientes, cultivos 2v/s, baños diarios con antisépticos. Control de evolución: puede ser un niño normal, una ictiosis lamelar o un EICNA.

Evitar queratolíticos por riesgo de absorción.

Feto arlequín: UCI, incubadora caliente y húmeda, hidratación, acitretino 0,5-1 mg/kg/d desde el nacimiento es lo que ha mejorado el pronóstico. La mayoría pasan a ictiosis laminar.

Incontinencia pigmenti

Descartar patología asociada.

Control evolutivo.

Infiltrado linfocítico de Jessner

Tratamiento parecido al lupus cutáneo: las formas leves se pueden llegar a manejar con corticoides tópicos. Formas más severas con antipalúdicos de síntesis. Recomendar siempre fotoprotección estricta. (Ver Lupus).

Intertrigo

(Ver Candidiasis).

En la práctica diaria lo más frecuente es el intertrigo irritativo con o sin candidiasis.

Se suele recomendar higiene local con jabones suaves, utilizar ropa amplia, evitar el roce continuado y mantener la piel seca sin sudor.

Como tratamiento se prescriben cremas polivalentes:

- *Beta micoter* (dipropionato de betametasona 0,5% y miconazol 10%) crema 30 g 4,52 € y 60 g-6,49 €.
- *Brentan* (hidrocortisona 10% y miconazol 20%) crema 30 g-3,64 €.
- *Clotrasone* (dipropionato de betametasona 0,5% y clotrimazol 10%) crema 30 g-4,06 €.
- *Bexicortil* (fluorometolona, neomicina, miconazol) crema y pomada 30 g-3,08 €.
- *Interderm* crema (gentamicina 1%, nistatina 100.000 UI, triamcinolona acetónido 0,1%) crema 30 g-3,40 €.
- *Hongosan* (acedoben 10 mg, hidroxiclورو de aluminio 80 mg, bromuro de cetrimonio 1 mg, dexametasona 0,2 mg, AS 10 mg) solución 150 ml-4,06 €.
- *Positon* (neomicina, nistatina, triamcinolona) ungüento y crema 30 g-4,51 € y 60 g-7,21 €.
- *Trigon Tópico* (triamcinolona, anfotericina B, gramicidina, neomicina) pomada 10 g-1,58 € y 30 g-3,70 €.

Se pueden dar también astringentes como *Fungusol* polvos 60 g-3,57 € (clorocresol 1%, óxido de zinc 10%, ácido bórico 10%).

Tratamiento de la hiperhidrosis
(Ver en Ecema otros secantes).

Kawasaki, enfermedad de

Ácido acetilsalicílico a 100 mg/kg/día bajando después a 20-30 mg/kg/d, y si afebril 10 mg.

Gammaglobulinas: 2g/kg en una sola dosis en infusión de 10 horas, o bien 400 mg/kg/día durante 4 días.

- *Endobulin* 1 vial de 10 g-316,18 €; 1 vial 5 g-184,76 €.

- *Flebogamma* 1 vial de 10 g/200 ml-359,24 €; 1 vial 5 g/100 ml-201,39 €.

- *Gammagard* 1 vial de 10 g/192 ml-312,31 €; 1 vial de 5 g/98 ml-182,29 €.

- Efectos secundarios: reacciones pseudogripales que se suelen solventar disminuyendo la velocidad de infusión.

Tratamiento específico de las posibles complicaciones cardíacas, etc.

Larva *currens*

Tiabendazol 25 mg/kg cada 12h 4-6días.

- *Triasox* suspensión de 312,5/5 ml; frasco de 110 ml-2,73 €.

Puede provocar epigastralgias, vómitos y vértigo, somnolencia, insomnio, hepatotoxicidad, tinnitus, hipotensión, olor de la orina a espárragos.

Alternativas:

Metronidazol (ver Rosácea).

Albendazol 400 mg/día durante tres días (*Eskazol* 60 comp de 400 mg-100,99 €).

Tiene menos efectos secundarios que el tiabendazol: estreñimiento, diarrea, náuseas, mareo, dolor abdominal.

Ivermectina 150-200 mg/kg/día por dos días. (Ver en Sarna).

Si hay hiperinfección repetir las tandas de forma mensual durante 6 meses.

Corre >10 cm/hora.

S. stercoralis. Cuando hay afectación cutánea son por autoinfección o como ETS en homosexuales.

Larva *migrans* cutáneo

Ancilostoma braziliensis. Debuta una media de 6 días después del retorno.

La crioterapia es poco eficaz porque la punta de la lesión no corresponde al parásito y la inflamación cutánea es reactiva.

El tratamiento de elección es tiabendazol 25 mg/kg dos veces al día durante 2-5 días. (Ver en Larva *currens* las presentaciones).

Si las lesiones son poco extensas se puede prescribir tratamiento tópico con tiabendazol al 15% en ungüento, preferentemente en oclusión (ungüento 24 g + DMSO 35 g + Tiabendazol 15% -se obtiene rompiendo las tabletas-).

También se emplea el albendazol (400 mg en dosis única ó 200 mg dos veces al día 3 días; ver en Larva *currens*) y la ivermectina 200 microgramos/kg en dosis única (ver en Sarna).

Leishmaniasis

La desesperación lleva a los indígenas a intentar curar sus lesiones cauterizándolas con metales ardiendo, con fuego o mediante aplicación de orina hirviendo. Otros aplican plantas ricas en alantoína, con propiedades cicatrizantes.

Los estudios ofrecen a veces diferencias sorprendentes porque no hay criterios uniformes para definir curación, fracaso terapéutico, recidiva, etc. Además de la curación clínica, hay otros criterios: parasitológico, histológico y serológico.

- **Cutánea:**

***L. infantum*, *L. major*:** El tratamiento de elección son las infiltraciones con 0,3-1ml de antimoniato de meglumina (*Glucantime* 10 ampollas de 5 mL con 1.500 mg de antimo-

niato de meglumina cada una, que son 425 mg de antimonio-4,93 €) o *Pentostam* (0,3 ml a 100 mg/ml).

Se puede aplicar previamente crioterapia.

Las lesiones se infiltran hasta que se blanquee a intervalos de 4 semanas.

Hay que descartar zimodema viscerotropa. En lesiones de > de 4 cm y difusas se debe considerar el tratamiento parenteral.

Leishmania es sensible a temperaturas superiores a 37° C. El calentamiento de la lesión a 42° C durante algunas horas o a 52° C durante 30 segundos tres veces al día a intervalos semanales produce resultados parecidos a los antimoniales (*Piel* 2001; 16: 253-257). También se han empleado radiaciones infrarrojas y ultrasonidos para inducir hipertermia. Algunos autores han usado radioterapia a dosis inferiores a 15 Gy.

En un estudio a doble ciego, controlado con placebo, randomizado, 200 mg al día de flucanazol durante 6 semanas demostró una mayor eficacia frente a *L. major* en Arabia Saudita (*N Engl J Med* 2002; 346 (12): 891-895). Se curaron 63/80 (79%) a los tres meses, comparado con 22/65 (34%) del grupo placebo.

Se ha utilizado sulfato de paromomicina (aminosidina) al 15% + cloruro de metilbenzetonio 12% o DMSO al 12% en vaselina dos veces al día fue eficaz en 77% vs. 12% del grupo placebo en un estudio randomizado controlado en Israel en 1992. Sin embargo, hay muchos estudios que no han logrado los mismos resultados. Algunos autores han modificado la fórmula asociando paromomicina 15% con gentamicina 0,5%.

Para algunos autores se puede aplicar a días alternos combinando entonces con itraconazol 200 mg/día por 6 semanas y luego 100 mg/día durante un mes. El ketoconazol e itraconazol podría ser eficaz en estas formas de leishmaniasis pero no hay una evidencia suficiente como para asegurarlo.

L. tropica: (*L. cutánea* recidivante, Asia Menor). Básicamente el mismo tratamiento pero alargándolo por la posibilidad de que tenga un curso tórpido. El sulfato de zinc podría ser eficaz.

L. peruviana, L. mexicana: Se suele administrar *Glucantime* intralesional. Más del 20% de tratamientos de leishmaniasis por *L. peruviana* fracasan. En 12 pacientes en los que previamente había fracasado el esquema convencional de *Glucantime*, la adición de una crema de imiquimod al 5% a días alternos consiguió la curación del 50% de pacientes durante el período de tratamiento. En el resto de pacientes la mejoría fue de más del 50% en todos los casos, y a los 2-4 meses de finalizado el tratamiento todos habían curado. A los 6 meses sólo un paciente había experimentado recidiva. Los mismos autores no habían conseguido ninguna curación en un estudio previo no publicado con imiquimod como único tratamiento. Los autores llaman la atención sobre dos hechos. Primero: las segundas tandas de *Glucantime* en pacientes en que la primera tanda fracasó muestran una tasa de curación muy baja (<20%). Segundo: en todos los casos se apreció una reepitelización muy rápida, a los 10 días de tratamiento (cosa que no se ve en ningún otro tratamiento). El 40% de pacientes experimentó eritema, el 30% edema y el 10% quemazón local, pero desaparecieron tras la primera semana de tratamiento (*CJ Infect Dis* 2001; 33: 1847-1851).

L. brasiliensis: Ver más adelante en formas mucocutáneas, pues siempre debe tratarse por vía endovenosa.

L. cutánea difusa por L. aethiopica y L. amazonensis: antimoniales parenterales + isoniácida, rifampicina o paromomicina tópica. Para algunos autores la pentamidina (*Pentacarinat*, ver más adelante) sería de elección.

- *Inmunoterapia:* en Venezuela el Ministerio de Salud ha favorecido el uso preferente de la inmunoterapia con una combinación de BCG viable y promastigotes muertos

mediante calor de *Leishmania amazonensis* (6,4 millones de promastigotes). Según un estudio de Convit *et al.*, en Miranda (*J Infect Dis* 1989; 160: 104-115), este tratamiento es tan eficaz como la quimioterapia habitual: 91,9% (114/124) vs. 94,2% (48/51), con menor coste y escasa frecuencia de efectos secundarios (<5%: reacciones locales, cicatrices de 7 mm, febrícula). No obstante, en Venezuela la prevalencia y la incidencia de leishmaniasis es inferior a otros países andinos, y además la tasa de leishmaniasis mucocutánea es baja (1 de cada 263 casos) comparado con otros países como Bolivia (1:4) y Perú (1:7).

- **Mucocutánea:** (*L. brasiliensis*, *guyanensis*, *panamensis*).

Antimoniales: Gaspar Vianna y Macado fueron los primeros en usarlos, en 1912-3, sólo 8 años después del reconocimiento del parásito como agente causal de la enfermedad. Fueron Plimmer y Thompson, quienes en 1905 usaron por primera vez el tartrato sódico y potásico de antimonio para la tripanosomiasis en ratas. En la década de 1920 Brahmachari, Scjmidt, Kikuth y otros empezaron a usar derivados pentavalentes. El primero en comercializarse fue el gluconato de antimonio (*Solustibosan*) en 1937. Hoy disponemos de derivados del antimonio formando un complejo con un azúcar derivado de la meglumina (*Glucantime*) o del ácido glucónico (*Pentostam*). Este último, el estibogluconato sódico se usa desde 1945.

El antimonio es una molécula con mucha afinidad por grupos sulfhidrilo, con gran capacidad para unirse a enzimas. No se conoce bien su mecanismo de acción. Se cree que la forma activa es la trivalente. Se cree que interfiere la síntesis de ATP (fosforilación, ADN I topoisomerasa) e inhibe enzimas de la cadena de la glicolisis y el ciclo del ácido nítrico.

Cada vez hay más resistencias, que se describen por ahora en leishmaniasis viscerales, y que se sospecha que se puede deber a la no reducción del metal a la forma activa trivalente o a transportadores "ABC" que bombean el antimonio fuera de las leishmanias.

Glucantime (antimoniato de meglumina). Cajas de 10 ampollas de 5 mL-4,93 €.

Contiene 1.500 mg de antimoniato de meglumina (son 425 mg de antimonio), y como excipientes metabisulfito potásico 8 mg y sulfito de sodio 0,90 mg.

- *Farmacocinética, administración:* no se absorbe por vía oral, por lo que hay que administrarlo vía i.m. (aunque requiere inyectar un volumen considerable de líquido -14 ml/día para una persona de 70 kg- y duele mucho) o preferiblemente endovenoso sin diluir en 5'.

- *Contraindicaciones:* alergia al medicamento, tuberculosis pulmonar, cardipatías graves (insuficiencia cardíaca o coronaria), insuficiencia renal o hepática grave.

- *Posología:* la OMS recomienda la administración una vez al día a dosis de 20 mg de Sb/kg/día durante 20 días, pero se han usado dosis de entre 5 y 50 mg/kg/día. Aunque algunos trabajos y revisiones clásicas como la de Berman (*Clin Inf Dis* 1997; 24: 684-703) afirman que las dosis de 20 mg/kg/día han demostrado ser más eficaces que dosis inferiores, para otros grupos (sobre todo del Hospital Evandro Chagas de Río de Janeiro) las dosis bajas de 5 mg/kg/día durante 30 días son eficaces en formas cutáneas y mucosas (*Am J Trop Med & Hyg* 1997; 57: 651-655; *Int J Dermatol* 2000; 39: 506-514) aunque en sus series las lesiones son menos y más pequeñas que en otras. Aún así se curan 120/143 (84%).

La mayoría de autores e instituciones (p. ej., Ministerio de Salud peruano) recomiendan 20 días de duración total. El Ministerio de Salud brasileño recomienda 15 mg/kg/día durante 20 días para LC y 20 mg/kg/día durante 30 días para LMC. Otros autores administran dos o tres ciclos de 10 días intercalando 7-15 días entre los ciclos. A diferencia de lo que ocurre con la LV en India, aumentar el número de días de tratamiento a 40 días no mejoró la tasa de curaciones (63%) en el estudio de Franke *et al.*, con estibogluconato (10/16 curados con 20 días; 12/19 con 40 días) (*Am J Trop Med & Hyg* 1994; 51: 77-82).

En general la eficacia es elevada, con tasas de respuesta superiores al 90%. El tiempo de evolución y el número de mucosas afectadas son factores de riesgo para fracaso terapéutico. Sólo el 20% de recidivas responden a los antimoniales. La adición de 400 mg/8horas de pentoxifilina al tratamiento convencional con *Glucantime* durante 30 días consiguió la curación en 9 de 10 pacientes refractarios a una primera tanda de antimoniales (*Am J Trop Med & Hyg* 2001; 65 (2): 87-89). Asimismo, la adición de GM-CSF al estibogluconato sódico también mejora la eficacia global de éste, aunque a un coste hoy por hoy inasumible.

Contraindicado en embarazo, insuficiencia renal, hepática o cardíaca. En estos casos se suele administrar intralesional.

- *Efectos secundarios*: son frecuentes, y suelen aparecer a la segunda y tercera semana de tratamiento, pero casi nunca obligan a parar el tratamiento.

- Son frecuentes las mialgias y las artralgias (83%).

- A menudo transaminitis con elevación de valores hasta del triple de lo normal (26%).

- Alteraciones del ECG (aplana o invierte la onda T y alarga el QT hasta el 90% de casos; bradicardia). Es especialmente importante descartar enfermedad de Chagas en zonas donde coexisten ambas enfermedades.

- Insuficiencia renal.

- Pancreatitis química: puede ser asintomática, es reversible aún manteniendo el tratamiento, pero que llegó a afectar al 94% (16/17) de los soldados americanos y al 100% (32/32) pacientes peruanos en un estudio realizado con estibogluconato sódico (*Clin Infect Dis* 1994; 18: 83).

- Trombopenia (sólo la produce el *Pentostam*).

- Inmunosupresión con disminución del recuento de linfocitos CD4 de hasta un 67% durante la primera semana de tratamiento con estibogluconato, y aumento de incidencia de herpes zóster.

- Otros: náuseas, vómitos, pirosis, dolor abdominal hasta en el 28% de casos, cefalea (21%), tos, fiebre, erupciones urticariformes, vesiculosas acrales, erupción papular fina del tronco, edema, hiperemia, sangrado de las lesiones y a veces febrícula al inicio del tratamiento: se asume que es una reacción similar a la de Jarisch Herxheimer, por destrucción masiva de parásitos. Ocurre sobre todo en placas grandes verrucosas, pacientes con positividad importante a la leishmanina. A veces requiere parar el tratamiento y administrar corticoides, sobre todo cuando hay afectación laríngea y puede producirse estrechamiento de la vía aérea.

Como es sabido, los efectos secundarios en HIV+ son mucho más graves. Algunos lotes en los que el fármaco está contenido en soluciones a alta osmolaridad también han asociado a elevada toxicidad.

- *Pentostam* (estibogluconato sódico).

El *Pentostam* contiene 0,1% m-chlorocrescol en el excipiente, que tiene actividad leishmanicida. En general se puede decir que es más tóxico (trombopenia, pancreatitis, inmunosupresión) aunque algo más barato que el *Glucantime*. 10-20 mg/kg/d i.m. o endovenosos durante 28 días. Eficacia del 90%. Recientemente se ha desarrollado una formulación en vesículas surfactantes no iónicos que han demostrado mayor eficacia *in vitro* y en un modelo murino. No disponible en España.

Pentacarinat (pentamidina): Se comercializa en viales de 300 mg en forma de isotonato. Se puede administrar vía intramuscular o endovenosa. Esta última es la vía de elección. La pentamidina se debe diluir previamente en 50-250 ml de suero glucosado al 5% porque en suero fisiológico precipita. Dosis de 2 mg/kg (1 semana si sólo piel, 5

semanas para LMC o LCD) a 3-4 mg/kg a días alternos hasta curación. Máximo de 10 vias. Total de entre 2.000 y 4.000 mg.

En un estudio de Soto *et al.*, 7 inyecciones a días alternos a 2 mg/kg consiguieron la curación del 95% de casos (19/20), siendo tan eficaz como los antimoniales (91%; 21/23 casos curados) (*Clin Infect Dis* 1993; 16: 417-425).

A pesar de esto, la pentamida es cara. Tiene además efectos secundarios: frecuente dolor local, náuseas, vómitos, insuficiencia renal en 20% (aunque si aparece no se reduce la dosis); raramente leucopenia, hipo o hiperglucemia o incluso diabetes, pancreatitis, hipotensión-síncope, taquicardia, anafilaxia.

Pentamida es de elección en niños para el Instituto de Medicina Tropical en Manaos. Se administra después de las comidas.

Aminosidina: Es un aminoglucósido obtenido de diferentes especies de *Streptomyces*. Romero *et al.*, (*Rev Soc Bras Med Trop* 1998; 31 (6): 511-516) trataron en 1994 a 21 pacientes con LMC con 16 mg/kg/día intramusculares de sulfato de aminosidina durante 20 días. Clínicamente se curaron 14 de 21 pacientes (66,7%). Se reevaluaron a los dos años, y de los 14 pacientes en remisión completa clínica, la mitad había recidivado. Puede provocar dolor local, proteinuria (24%) y aumento de la creatinina (0,5%). Hubo pérdida auditiva en uno de los dos pacientes a los que se practicó audiometría.

Anfotericina B:

Anfotericina B Combino Pharm 1 vial de 50 mg-3 €.

Fungizona endovenosa 1 vial de 50 mg-3,86 €.

Anfotericina complejo sulfato sódico de colestirilo.

Amphocil 1 vial de 50 mg-145,28 €.

Amphocil 10 viales de 50 mg-1061,03 €.

Amphocil 1 vial de 100 mg-247,03 €.

Amphocil 10 viales de 100 mg-2078,52 €.

Anfotericina complejo lipídico

Abelcet 10 viales de 50 mg/10 ml-677,39 €

Abelcet 10 viales de 100 mg/20 ml-1057,50 €.

Anfotericina liposomal

Ambisome 10 viales de 50 mg/30 ml-1484,28 €.

Es un macrólido poliélico que se obtiene de *Streptomyces nodosus*. De la misma forma que ocurre en los hongos, el ergosterol es el componente principal de los esteroides de la membrana celular de Leishmania. La Anfotericina B se encuentra en solución isotónica de 5 mg (5000 U) x ml. 10 viales de 20 ml= 100 mg/vial. Se empieza por 1 mg (prueba anafilaxis) en 15-30', disueltos en 20 ml de SG. Ir subiendo hasta 0,5-1 mg/kg/d hasta dosis total de 20-30 mg/kg (la dosis total 1-3 g es lo que más importa), sin pasar de 50 mg/d. Se perfunde en >2 h (4-6) una vez al día con 50 mg de hidrocortisona, 5-50 mg de heparina sódica y al acabar dar 500 ml SF para prevenir nefrotoxicidad. La dosis acumulada final no guarda relación con los efectos secundarios. La dosis total recomendada es de 20-40 dosis de 1 mg/kg/día.

- *Efectos secundarios:* escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos, generalmente sólo en los primeros días. Muchos pacientes desarrollan insuficiencia renal. Casi siempre es reversible, pero a veces tarda meses en recuperarse. Se recomienda detener el tratamiento si la creatinina sube >3,5. Hipopotasemia hasta en el 25% casos, a veces refractaria al tratamiento. Anemia normocítica-normocroma hasta en 75% de casos, debida a la inhibición de la producción de eritropoyetina.

Las formas liposomales (*Ambisome*, *Amphocil* y *Abelcet*) tienen muchos menos efectos secundarios. Se requieren dosis acumuladas de 3.333 mg (2.000-5.300 mg).

Imidazoles: El ketaconazol eficaz en 90% de casos por *L. mexicana* en América Central pero no en *L. panamensis* ni *L. braziliensis*. Amato *et al.*, (*Int J Infect Dis* 2000; 4: 153-157) administraron 4 mg/kg/día (máximo de 400 mg) de itraconazol durante 6 semanas. A los 3 meses de finalizado el tratamiento, 6/10 (60%) habían curado. Sin embargo estos datos contrastan con los de Soto-Mancipe *et al.*, (*CI Infect Dis* 1993; 16: 417-425), en el que en un estudio randomizado con 92 soldados colombianos, en que no se identificó la especie, en 15/20 que recibieron itraconazol el tratamiento fracasó.

Otros: La sulfona, la mefloquina y la paromomicina tópica no han sido eficaces en la leishmaniasis americana cutánea. Están en evaluación la arovacuona, sitamaquina.

Miltefosina: Un análogo de la fosfocolina (hexadecilfosfocolina) despierta muchas expectativas porque se emplea por vía oral y es eficaz hasta en casos de resistencia a antimoniales. El mecanismo de acción es desconocido aunque se cree que interfiere con la síntesis de membranas celulares y la transmisión de señales intracelulares.

Tiene un índice terapéutico muy bajo. Es abortivo y teratogénico. Produce vómitos y diarrea en muchos pacientes, de forma dosis-dependiente. Tiene una vida media larga (150-200 horas), se tarda 4 vidas medias (25-33 días) en alcanzar niveles >90% plateau y los niveles plasmáticos no son proporcionales a la dosis, por lo que se cree que puede favorecer la aparición de resistencias. En estudios fase II en Colombia (*L. braziliensis* y *L. panamensis*) ha conseguido curaciones del 94% (30 de 32 casos) a dosis de 150 mg/kg/día 28 días (2,5 mg/kg/día) (*CI Infect Dis* 2001; 33: e57-61). Recientemente se ha propuesto iniciar ensayos con combinaciones de fármacos como miltefosina + paromomicina, azoles + alopurinol.

Lentigos solares

Crioterapia. Láser de alexandrita.

Es frecuente la recidiva.

Los tratamientos tópicos son ineficaces. El fabricante afirma que el recientemente introducido rucinol o Iklén 1 (30 ml-45 €) mejora la pigmentación. (Ver en Melasma).

Lepra

El aceite de hydnocarp (chaulmoogra) fue utilizado en China e India durante siglos. Era de poca utilidad.

En 1941 Guy Faget utilizó un derivado de la dapsona (Promin) ev en Carville (EE.UU.).

La ingente cantidad de bacilos en LL (7 billones de bacilos por g cutáneo) hacían prever que aparecerían mutantes resistentes. Desde años 70 existe evidencia de resistencia secundaria, sólo apareció en los enfermos multibacilares. En países de endemia, la aparición de resistencias secundarias dio lugar a infección de otros individuos susceptibles con este tipo de bacilos y casos de lepra con resistencia primaria a la sulfona. La resistencia primaria se da en todas las formas de lepra.

- *Fenómeno de persistencia bacilar.* Pequeñas poblaciones de bacilos, perfectamente sensibles a las sulfonas, son capaces de sobrevivir durante muchos años a pesar de un tratamiento regular.

- **Lepra MB:** La OMS recomienda sulfona (100 mg/día), rifampicina (600 mg/mes, supervisados) y clofazimina (50 mg/d + 300 mg/mes, supervisados).

Niños: 10 mg/kg/día de rifampicina, clofazimina 1mg/kg/día, dapsona 1,5 mg/kg/día. La sulfona madre o dapsona se usó en monoterapia durante cuatro décadas. El 1º fue Cochrane en 1946 en India (suspensión i.m.), y el 2º Lowe en 1947 en Nigeria (vía oral). Dosis de 100 mg/día da concentraciones séricas 500 veces superiores a CIM.

Sulfona Orsade 25 comprimidos de 100 mg-1,66 €.

Se absorbe en el estómago y máximas concentraciones plasmáticas 3-6 h siendo de lenta excreción renal. Actúa por interferencia en la síntesis del ácido fólico.

- *Efectos secundarios*: anemia hemolítica (dependiente de la dosis), metahemoglobinemia, agranulocitosis, hepatitis, exantema cutáneo, psicosis y neuritis. También puede producir náuseas, vómitos, dispepsia, cefalea, insomnio, taquicardia, albuminuria y síndrome nefrótico.

(Ver clofazimina y rifampicina más abajo).

El tratamiento debe durar 2 años. Caso de falta de cumplimiento, no se deben dar las 24 dosis de rifampicina en más de 36 meses.

Algunos recomiendan alargar el tratamiento en pacientes con IB > 4 hasta los 4 ó 5 años de tratamiento.

En todo caso, se puede dar por acabado el tratamiento si al finalizarlo, y sobre todo siendo todas las baciloscopias negativas, no hay nuevas lesiones, aumento de tamaño de las lesiones existentes, ni aparición de lesiones neurológicas nuevas.

Seguirlos durante 10 años. En series largas de pacientes MB se vio que hasta un 25% de ellos había que tratarlos 4 años para la negativización bacteriológica.

Con la MDT de la OMS tras 9 años de seguimiento se presentan 0,77% de recidivas en MB (75% de casos dentro de los 6 años posteriores).

Pueden aparecer leprorreacciones tipo I ó tipo II.

- **Lepra PB:** La pauta de la OMS es sulfona (100 mg/día) y rifampicina (600 mg en dosis mensuales) durante 6 meses. Muchos prolongan un año en lepra BT. Se debe seguir al paciente durante 3 años.

En niños 12-15 mg/kg/mes de rifampicina supervisados y 1-2 mg/kg/día de sulfona autoadministrada.

Respecto a la sulfona, ver en Lepra MB. Clofazimina y rifampicina, ver más abajo.

No puede haber más de tres faltas consecutivas en la administración de rifampicina. Las seis dosis deben administrarse como máximo en 9 meses. El tratamiento se da por finalizado si al finalizarlo no hay lesiones nuevas, si las preexistentes no han aumentado de tamaño (cuidado: hay que avisar al paciente que las lesiones a veces persisten, y que la anhidrosis y la anestesia seguramente no se recuperarán) y si no hay lesiones neurológicas nuevas.

La posibilidad de recidiva en 9 años 1,07% en PB (75% en los 5 primeros años).

Conviene vigilar mucho la posibilidad de leprorreacción tipo I.

Este esquema es aplicable en pacientes con TBC (con lo que la dosis de rifampicina es diaria y no se precisa la dosis mensual supervisada), en embarazadas y en HIV+.

- **Esquemas especiales**

1. Cuando se detectan intolerancia, toxicidad o resistencia a los fármacos

Dapsona: en MB cambiar por clofazimina 50 mg/día + minociclina 100 mg/día, claritro 500 mg/día o ofloxacino 400 mg/día, sin dejarse el refuerzo mensual de Clofazimina 300 mg y Rifampicina 600 mg.

En PB cambiar por Clofazimina 50 mg/día o y refuerzo mensual supervisado de Rifampicina 600 mg.

Rifampicina: el refuerzo mensual se hará tanto en PB como en MB con ofloxacino 400 por su alto poder bactericida.

Clofazimina: sólo hay cambio en MB: cambio por ofloxacino 400/d y sulfona 100/d, sin variar el refuerzo mensual.

2. IFN γ se incrementa la estructura granulomatosa de los infiltrados compensando el defecto de activación de los macrófagos en los enfermos de LL

3. **ROM:** la OMS desde 1997 propuso en India, Bangladesh, Nepal y Brasil para lepra PB con una única lesión (países con >1.000 casos anuales detectados). Rifampicina 600 +

ofloxacino 400 + minociclina 100 en dosis mensuales. Revisiones a los 6, 12 y 18 meses.

También en casos aislados de lepra MB que no aceptan clofazimina: 24 dosis mensuales de rifampicina 600 mg, ofloxacino 400 mg + minociclina 100 mg.

4. Ampicilina-Sulbactam + Claritromicina + Sulfona 3 meses en paciente resistente a tratamiento convencional lepra MB.

5. Isoprodian-RPM: en 1979 Paraguay aplicó esquema diferente: isoniacida, protionamida, rifampicina y dapsona, con la misma duración de 6 m en PB y 24 en MB. Con 1846 casos de alta, 0.6% de recaídas y 6% de hepatotoxicidad.

6. CROM: pauta ROM (ver más arriba) más clofazimina.

7. Esquemas cortos para lepra PB: la combinación de minociclina (100 mg/día) + claritromicina (500 mg/día) u ofloxacino (400 mg/día) durante 2 meses equivale a tomar durante 2 años la combinación de sulfona + clofazimina (OMS). Si se aplica esta pauta, hay que mantener la dosis mensual de rifampicina 2 años. Otra posibilidad es dar rifampicina 600 mg/día y ofloxacino 200 mg/12 horas durante sólo 4 semanas.

8. Otra posibilidad: una dosis mensual de 400 mg ofloxacino + 100 mg minociclina + 500 mg claritromicina = tan bactericida como dosis mensual de 600 mg de rifampicina, simplifica el tratamiento y permite supervisar su admón. debe ser de 2 años.

9. La lepra histioide: es resistente a sulfona.

Rifampicina: El mayor poder bactericida de la PQT, > 99%. Inhibe síntesis del ARNm (inhibe la polimerasa ARN bacteriana, pero no actúa sobre la polimerasa de mamíferos). Mejora absorción en ayunas, con el estómago vacío. Pico sérico al cabo de 2 h. Alcanzó los tejidos rápidamente. La dosis diaria es tan bactericida como la administración mensual: fue incluida en el esquema como mensual y dada su importancia se la da bajo control. Disminuye la eficacia de esteroides y de los aco, importante en fértiles a las que se le administra talidomida.

(Ver dosis y presentaciones en Granuloma de las piscinas).

Rifaldin 24 cápsulas 300 mg-10,72 €; 12 grageas de 600 mg-10,85 €.

Rimactan 60 cápsulas de 300 mg-22,75 €; 10 comprimidos de 600 mg-8,46 €..

- *Efectos secundarios:* anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, transaminitis, ictericia, urticaria, miopatía, leucopenia, fallo renal y púrpura trombocitopénica si tratamiento intermitente, orina rojiza, exantema cutancomucoso, pruriginoso; cuadro seudogripal con mialgias, cefalea y escalofríos; anenúa hemolítica, púrpuras; hepatitis (el daño hepático es más frecuente si se combina la terapéutica con isoniazida, en dosis elevadas tiempo prolongado) y cuadro abdominal: náuseas, vómitos, diarreas.

Clofazimina: *Lampren*, 100 cápsulas de 100 mg-13,23 €.

Colorante de Uniofenazina sustituido con efecto contra el *M. leprae*; de absorción variable, preferentemente en tejido adiposo, sistema reticuloendotelial y sistema nervioso. La excreción urinaria es despreciable (el 0,1% de la dosis en 24 h), en cambio la excreción fecal alcanza 35%. Pequeña porción se excreta por sebo, esputo y sudor. Su acción comienza a los 50 días de la administración. Biodisponibilidad aumenta cuando se ingiere con alimentos o con leche. Interfiere con síntesis de ADN bacteriano al intercalarse con bases de guanina; su acción antibacteriana es similar a dapsona, cuya biodisponibilidad no la afecta. Efecto antiinflamatorio a 200-300 mg diarios; en estas dosis no superar los 3 meses.

- *Efectos secundarios:* en piel se observa pigmentación pardusca reversible de mayor intensidad en áreas expuestas al sol, sequedad de la piel (xerodermia) y prurito. En los ojos pigmentación conjuntival que no interfiere en agudeza visual. Anorexia, náuseas, vómitos, diarrea. Este cuadro puede ser precoz (a los pocos días) o tardío (después de

varios meses) con dosis superiores a 300 mg diarios. Es atóxico a dosis convencionales.

Fluorquinolonas: Ofloxacin a en pacientes con toxicidad o intolerancia, a una dosis de 400 mg/día y pefloxacin a 800 mg/día, destruyen el 99,999% de micobacterias viables, a 1 y 2 meses de tratamiento; incluso de bacilos mutantes.

Lo mismo sucede con la administración de 100 mg/día de minociclina ó 500 mg/día de claritromicina el mismo tiempo.

Minociclina: Es ésta la única tetraciclina que demostró actividad bactericida contra *Mycobacterium leprae*, quizá porque sus propiedades lipofílicas le permiten penetrar en pared celular. Más bactericida que claritromicina pero menos que rifampicina. Una dosis de 100 mg/día logra una concentración sérica que excede la CIM de este fármaco contra la micobacteria 10 a 20 veces. (Ver en Acné).

Rehabilitación: mano de predicador (cubital), mano caída (radial), mano de mano (mediano).

Leporreacción (LR) I: Formas leves: AINEs ± cloroquina (150 mg/8h/d).

Con afectación neurológica (menos persistentes que en LR II pero más graves): PDN suele ser suficiente 0,5 mg/kg/d, g 1 m). La dosis debe ser suficiente para reducir el dolor y la inflamación en 24-48 h. También corticoides: uveítis y orquiepididimitis.

LR II: d.e. talidomida 200-300 mg/día (100 mg, 4 v/d, reduciendo una toma cada semana), aunque g sin reacciones con 100 mg/día. Pueden utilizarse también en la neuritis y la iritis.

Cuadros crónicos y recidivantes: clofazimina, a dosis > a 300 mg/día, al menos inicialmente; no olvidar que tarda > 2s en empezar a actuar como antiinflamatorio, por lo que que durante este período dar talidomida o corticoides.

Si cursa con iritis, orquitis, neuritis intensas dar corticoides a 1 mg/kg y descender lentamente asociando AINEs por el riesgo de rebrote.

Las LR II corticodependientes se deben tratar con clofazimina y talidomida juntas.

En la LRI pero también en la II se ha dado CS-A, pero al ser citocromo p450-dependiente, la rifampicina disminuye sus niveles séricos.

Pentoxifilina 400 mg/8h.

AINEs (+cloroquina base 150 mg/8h son eficaces).

Antimoniales en ENL leves, sobre todo para las artralgias.

El Zn SO₄ (220 mg/día) después de las comidas, se puede dar en ENL recurrente que requiere altas dosis de clofa y cortis.

Después de dar el zinc, se reduce la clofazimina a 100 mg/d y retirar corticoides.

Linfogranuloma venéreo

De elección el clorhidrato de tetraciclina 500 mg ó 1 g/6 h/2 semanas o Doxiciclina 100/12 horas 3 semanas. (Ver Acné).

Sulfadiazina o sulfisoxazol dosis inicial de 4 gramos y después 4 gramos al día durante 1 mes.

Cotrimoxazol 4 comp/día/2 semanas. (Ver Piodermitis).

Azitromicina 1 g dosis única o eritromicina 500/6h/21 días. (Ver Piodermitis).

El diagnóstico es serológico. La afectación rectal puede requerir retratamiento quirúrgico.

Linfomas

- **Papulosis linfomatoide:** En casos asintomáticos o con pocas lesiones puede bastar la observación. En casos sintomáticos o con muchas lesiones el tratamiento de elección es el MTX a bajas dosis (15-20 mg/semanales). Si fracasa se recomienda PUVA. La tercera línea de tratamiento serían la QT tópica, el interferón alfa, los retinoides (targretina) (*Sem Cut Med Surg* 2000; 19 (2): 109-117).
- **Micosis fungoides:** En estadios T1 la supervivencia global es de 30 años, similar a la población general. Ningún tratamiento alarga la supervivencia y las tasas de remisión son similares entre todos los tratamientos. En un estudio aleatorio, multicéntrico, doble-ciego y controlado por placebo, éste consiguió tasas de remisión del 24% (*JAAD* 2001; 44: 940-947). El tratamiento se elige de forma individualizada. Hay varias opciones:

a) Corticoides clase III-IV en estadios IA (*Arch Dermatol* 1998; 134: 949-954).

b) Radioterapia local (20 Gy en 3-6 semanas).

c) PUVA o UVB: remisiones > 60% en T1-T2. Los UVA1 (UVA de banda estrecha, de 340-400 nm) son útiles en estadios IA. En un estudio con 8 pacientes en estadio IB, 4 en IIB y 1 en estadio III, un total de 11 pacientes presentaron remisión completa (clínica e histológica) empleando dosis altas (100 J/cm²) diarias, y 2 una respuesta parcial (*JAAD* 2001; 44: 629-633).

d) Quimioterapia tópica (60% de respuestas en T1):

- Mostaza nitrogenada tópica: NH₂; mecloretamina: alquilante que interrumpe el ciclo en fase M o G1; produce a menudo eccema de contacto, aunque menos a menudo si se usa en excipiente anhidro; xerosis, hiperpigmentación; telangiectasias; favorece aparición de epitelomas; riesgo nulo de fibrosis pulmonar.

- Carmustina (BCNU). Produce menos frecuentemente eccema. También produce hiperpigmentación, telangiectasias, edema. Puede dar mielosupresión si damos dosis >10-25 mg/día. Nunca se debe dar como tratamiento de mantenimiento). Es un medicamento de dispensación hospitalaria.

- El peldesine (BCX-34) es un inhibidor de la PNP (fosforilasa de nucleósidos de purina). En un estudio multicéntrico a doble ciego controlado con placebo no demostró ser superior a placebo, aunque otros fármacos que actúan por esta vía se están investigando (*JAAD* 2001; 44: 940-947). Al inhibir la PNP, se acumulan inosina, desoxiinosina, guanosina y desoxiguanosina. Como los linfocitos T son ricos en deoxicitidina quinasa, fosforilan la desoxiguanosina que se convierte en trifosfato de desoxiguanosina, la cual inhibe alostéricamente la ribonucleósido difosfato reductasa, que es necesaria para la síntesis de ADN.

e) Bexaroteno es un retinoide con afinidad selectiva para los receptores retinoides X. De momento reservado a estadios IA-IIA refractarios a otros tratamientos. El 54-67% de 58 pacientes respondieron en dos meses (> 50% de desaparición de las lesiones). Dosis habitual: 300 mg/m² (a dosis superiores es mal tolerado). 47% tuvieron cefalea. El 79% presentó hipertrigliceridemia (y 2 casos de pancreatitis). Se deben mantener los niveles de triglicéridos en ayunas por debajo de 4,52 mmol/litro. En caso contrario, bajar la dosis o dar hipolipemiantes (ver en Acné, manejo de la hiperlipemia por isotretinoína).

El 28% presenta hipercolesterolemia.

El 29-40% de los pacientes sufre hipotiroidismo.

En algún caso se produjo leucopenia. También puede producir anemia y transaminitis, cefalea (27%), prurito (20%), astenia (19%), erupciones y dermatitis exfoliativa (16%), dolor (12%), síndrome gripal (Ficha técnica y en *Arch Dermatol* 2001;137: 581-593, 649-652).

El bexaroteno es teratogénico y además reduce la eficacia de los anticonceptivos orales.

Targretin 100 cápsulas de 75 mg-1.375,82 €.

A nivel tópico en gel al 0.1% dos veces al día consiguió remisión completa en el 21% de 67 pacientes en estadio IA-IIA y respuesta global en el 63%. Los pacientes que no habían recibido ningún tratamiento previo respondieron hasta en el 75% de casos. En 14 pacientes (21%) las lesiones desaparecieron completamente. El tiempo para el inicio de la respuesta fue de 20 semanas. Al principio se debe ensayar la aplicación cada 48 horas para valorar la irritación (Arch Dermatol 2002; 138: 325-332).

f) Interferón $\alpha 2a$ o $\alpha 2b$:

Dosis de ataque (12 semanas): días 1-3: 3 MU.

días 4-6: 9 MU.

días 7-84: 18 MU.

Fase de mantenimiento: máximo 18 MU 3 veces por semana por vía subcutánea o intramuscular: mínimo 1 año.

La respuesta se valora a los 3-6 meses.

En fases precoces puede bastar el empleo de dosis bajas de 3-9 MU tres veces por semana. Ver en Melanoma y Herpes, presentaciones y precios del interferón.

g) Combinaciones de los tratamientos previos:

Interferon $\alpha 2a$ (ver en Herpes, presentaciones) o $\alpha 2b$ solo o asociado a acitretino (*Neotigason*; ver en Psoriasis) o a bexaroteno o PUVA.

h) Metotrexate a 2,5-10 mg/día vía oral o a 50 mg/semana intramuscular. (Ver en Psoriasis, presentaciones y manejo).

Si hay afectación ganglionar o visceral demostrada, lesiones tumorales, eritrodermia... se emplean tratamientos más agresivos:

a- La combinación fotoquimioterapia extracorpórea + IFN α produce 50% de respuestas (21,6% RC y 28,6% RP) (*JAAD* 2001; 44: 253-260).

b- Irradiación corporal total con electrones (electron beam): 80% de remisiones.

c- Poli quimioterapia: ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona.

d- 2-Clorodesoxiadenosina (*Cladribina*, 7 viales de 10 mg/10 ml-2.338,99 €) es un análogo de las purinas. Se dan ciclos de 5 días de 0,06 mg/kg en bolus endovenosos cada 4 semanas (*Arch Dermatol* Octubre 1999). Mielosupresión > 50% casos. Cefalea, astenia, rash, raquicardia, malestar, eritema, prurito, estreñimiento, dolor abdominal, mialgias, diaforesis.

e- Ontak es una proteína de fusión (toxina diftérica y IL-2) para estadios Ib-IVa de LCCT. Consigue un 20% remisiones parciales y 10% de remisiones completas.

f- Trasplante de médula ósea autólogo. Trasplante alogénico de células madre hemopoyéticas de médula ósea y de sangre periférica (ricas en CD 34) (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1359-1365).

- **Mucinosis folicular asociado a MF:** Electron beam.
- **Reticulosis pagetoide:** Radioterapia o exéresis quirúrgica.
- **LCCT de células grandes CD30+:** A diferencia de la papulosis linfomatoide, sólo el 25% de estos casos regresa espontáneamente, pero esto es suficiente para que se recomiende una actitud expectante las primeras 4-6 semanas. Además la poli quimioterapia con esquemas que incluyan doxorubicina en fases iniciales produce resultados decepcionantes. Se administra radioterapia si hay lesiones escasas o localizadas (electrón beam 4-10 millones eV hasta 40 Gy). En caso de lesiones generalizadas se recomienda intentar MTX a dosis más altas porque ya se ha dicho que la poli quimioterapia no consigue remisiones prolongadas. También se ha propuesto etopósido v.o. en casos muy recidivantes. Otras alternativas son la pentostatina, los retinoides, el interferón gamma y la interleuquina 12. En todos los casos, cabe recordar que es importante buscar neoplasias asocia-

das y descartar diseminación visceral. En tales casos se administra poliquimioterapia tipo CHOP o similar.

- **LCCT pleomórfico de células pequeñas o medianas:** RDT si lesiones escasas, CFM solo o Interferón a (3-9 mill 3-7v/s IM o SC) si las lesiones son más extensas.
- **Paniculitis like LCCT:** Se mueren a pesar de poliquimioterapia agresiva.
- **Síndrome de Sézary:** Régimen de Winkelman: Clorambucilo 2-8 mg/día + Prednisona 10-30 mg/día.

Las pautas nuevas intermitentes consiguen resultados similares con una dosis total inferior al 50% y menos efectos secundarios: cada dos semanas clorambucilo 10-12 mg/día x 3 días + flucortolona (1^{er} día 75 mg, 2^o día 50 mg, 3^{er} día 25 mg). 10 ciclos/año de media. (*Br J Dermatol* 2000; 143: 127-131).

Leukeran 100 comprimidos de 2 mg-3,67 €.

Leukeran 100 comprimidos de 5 mg-7,67 €.

El clorambucilo no se debe administrar con alimentos sino en ayunas.

- *Efectos secundarios (del clorambucilo):* mielosupresión dosis-dependiente, azoospermia o anovulación-amenorrea, hiperuricemia, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, leucemia? (0,8%), *drug fever*, neumonitis y fibrosis pulmonar, alteraciones neurológicas (confusión, ataxia, alucinaciones, convulsiones, neuropatía periférica), queratitis.

- *Monitorización:* control de hemograma y bioquímica hepática cada 2-4 semanas.

Una alternativa válida es la fotoféresis extracorpórea (suele ser ineficaz si CD8<15%). Respuestas en 50-88% casos.

Metotrexate puede ser eficaz en algunos casos. (Ver presentaciones y manejo en Psoriasis).

- **LCCT células grandes CD30-:** Poliquimioterapia. Si 1 sola lesión o la enfermedad está localizada dar RDT. Supervivencia 5 años: 15%.
- **Linfoma B cutáneo primario:** En el 95% de casos la cirugía o la radioterapia local permite la remisión completa (sólo el 5% tienen afectación sistémica). Se administra generalmente radioterapia con electrones de 6 MeV en campos directos amplios, a razón de 2 Gy por sesión, cinco sesiones semanales, hasta un total de 40 Gy. Se administra poliquimioterapia sólo en casos de diseminación cutánea extensa, diseminación extracutánea o LBCGP.
- **Linfoma B de células grandes de las piernas (LBCGP):** Poliquimioterapia. Se ha empleado el rituximab (anticuerpo monoclonal anti CD20 quimérico ratón-hombre; el CD 20 está en > 90% de células de linfomas B; es un canal de calcio o un controlador de canales de calcio que regula la progresión del ciclo celular. El rituximab induciría apoptosis). Para algunos autores es mejor que CHOP.

Mabthera 2 viales de 100 mg/10 ml-599,21 €.

Mabthera 1 vial de 500 mg/50 ml-1.424,90 €.

Infusión de 375 mg/m² semanal durante 4 semanas. Infundir a 50 mg/hora. A los 30 minutos se puede incrementar la velocidad a razón de 50 mg/hora cada 30 minutos hasta un máximo de 400 mg/hora. En infusiones posteriores 100 mg/hora con incrementos de 100 mg/hora a intervalos de 30 minutos hasta un máximo de 400 mg/hora.

Retirar medicación antihipertensiva 12 horas antes de la infusión.

- *Efectos secundarios:* mielosupresión, muy grave en 2% de casos, fiebre y escalofríos durante la infusión en un 50% de casos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, disgeusia, hipotensión, arritmias, dolor precordial, artromialgias, cefalea, mareos, empeoramiento de cardiopatía isquémica.

Casos de muerte por broncoespasmo y angioedema por lisis tumoral masiva. (*Br J Dermatol* 2000; 143: 157-161).

Liquen amiloide

Es fundamental corregir el prurito, que para muchos autores es la causa principal. Son siempre imprescindibles los antihistamínicos sedantes. Se suelen prescribir empíricamente junto a corticoides tópicos potentes.

Etretinato: es el tratamiento sistémico más usado en la literatura, pero con resultados discordantes. Probablemente se deba usar cuando haya asociada un trastorno de la queratinización.

Calcipotriol dos veces al día durante 12 semanas fue tan eficaz como el 17-valerato de betametasona al 0,1%, aunque la eficacia global era tan discreta que para los autores era "difícil de apreciar clínicamente" (*Int J Dermatol* 1999; 38: 539-541).

Una mujer de 64 años con dermatitis atópica severa y LA fue tratada con 4 mg/kg/día de ciclosporina (300 mg/día) con resolución total de las lesiones (*Arch Dermatol* 2001; 13: 553-554).

UVB y PUVA tópicos fueron superiores a corticoides tópicos, pero no se hallaron diferencias significativas entre ambos en un estudio de 20 pacientes (*Photodermatol, Photoimmunol* 2001; 17: 42-43).

Otros tratamientos: cirugía, dermoabrasión, excisión con escalpelo, láser de CO₂ o Q-switched Nd: Yag. El DMSO tópico al 50% en solución acuosa: mejoró a 9 de 10 casos en 11 semanas (*Hautarzt* 1997; 48: 31-37), aunque otros autores no consiguen estos resultados. En mi experiencia personal el resultado fue espectacular en el único caso que he tratado.

Liquen esclero-atrófico

- Corticoides tópicos logran mejorar las lesiones.
- Testosterona al 2%. Riesgo de aparición de vello en cara interna de muslos.
- Progesterona al 0,3-1% en prepúberes (*J Reprod Med* 1993; 38: 37-40).
- Acitretino en casos severos.
 - En un estudio no controlado de 10 pacientes con liquen escleroso y lesiones extra-genitales la aplicación de 4 sesiones semanales de 20 J/cm² de UVA-1 durante 10 semanas mejoró los parámetros clínicos (induración y pigmentación), los hallazgos histológicos y ecográficos (*JAAD* 2002; 46(2): 251-255).

Liquen plano

- Los corticoides tópicos son el tratamiento de elección. En casos concretos con mucha extensión, falta de respuesta al tratamiento tópico, afectación facial, etc., puede considerarse individualmente el tratamiento con corticoides sistémicos, por vía oral, a dosis de 25-40 mg/día durante 3 semanas. Se procede después a la disminución progresiva de la dosis.
 - Los retinoides aromáticos también son muy eficaces. El etretinato es superior a la isotretinoína.
 - Algunos autores han empleado griseofulvina, sulfona, o metronidazol. Este último fármaco, a dosis de 500 mg cada 12 horas, de 20-60 días fue útil en 15 de 19 pacientes (*JAAD* 2000; 43: 260-262).
 - Se puede considerar en casos extremados el tratamiento con PUVA, ciclofosfamida, ciclosporina.
 - Liquen plano erosivo de la boca: tacrolimus tópico al 0,1% en pomada de parafina acuosa dos veces al día: en un estudio abierto no controlado de 17 pacientes, en todos se produjo una reducción significativa de los diferentes parámetros evaluados, tanto subjetivos como objetivos (destaca una reducción media del área erosionada del 73,3%) a las 8 semanas de tratamiento. El 59% tuvo algún efecto secundario: hormigueos en la

boca, sensación urente en la boca, disgeusia, náuseas, cefalea, estreñimiento. En 8 de los 17 pacientes se observó absorción sistémica de tacrolimus dentro del rango terapéutico. El 76,5% presentaron recidiva al suspender el tratamiento (*JAAD* 2002; 46: 35-41). En un estudio abierto no comparativo prospectivo en 10 pacientes, los enjuagues con una solución acuosa de tacrolimus al 0,1% aplicados cuatro veces al día durante 6 meses, 9 mejoraron, con un descenso del 63,29% de la escala que valoraba el dolor y la superficie afectada a los 5 meses. No hubo efectos secundarios significativos ni absorción detectable de tacrolimus. Hubo recidiva en todos los casos a los 3 meses de dejar el tratamiento (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1335-1338).

Lobomycosis

El tratamiento antifúngico es ineficaz. Se debe proceder a la exéresis quirúrgica de las lesiones siempre que se pueda. Puede ensayarse la clofacinina. (Ver en Lepra).

Lupus eritematoso discoide

En todos los casos es obligatoria la fotoprotección estricta.

En casos leves, la aplicación de corticoides tópicos o infiltraciones de triamcinolona pueden ser suficientes para controlar la enfermedad.

Algunos autores han obtenido buenos resultados con tratamiento tópico con tacrolimus al 0,3% combinado con propionato de clobetasol 0,05% dos veces al día (*Br J Dermatol* 2002; 147: 405).

En los casos moderados-severos y en casos en los que fracasen los tratamientos tópicos se suele utilizar como tratamiento de primera línea los antipalúdicos de síntesis (APS):

- Cloroquina (*Resochin*; 50 comp-2,44 €) a dosis de 3,5-4 mg/kg/d (generalmente 250 mg/12 horas x 3-4 semanas y luego bajar a 250 mg/24 horas si hay buena respuesta).

- Hidroxicloroquina (*Dolquine* 30 comp-12,46 €) a 6-6,5 mg/kg/día (200 mg cada 12 ó 24 horas). Respuesta valorable a las 4-8 semanas.

Nunca se deben combinar ambos APS.

Es importante calcular la dosis en función del peso ideal como medida primordial para evitar la retinopatía (porque se acumula muy poco en tejido adiposo: riesgo de dosis excesivas en personas obesas). Son muy hidrosolubles y la absorción es muy rápida, casi total a las 2 horas de la administración.

- *Efectos secundarios*: hasta el 25% de pacientes que toma cualquier de los 4 APS desarrolla una pigmentación azulada oscura pretibial. Puede afectar también al lecho ungueal, nariz, cara, paladar y pabellones auriculares. Es debida a un depósito de hemosiderina y melanina y es reversible aunque de forma muy lenta.

La mepacrina y raramente la amodiaquina puede provocar una falsa ictericia "anaranjada" que respeta las conjuntivas, que afecta también a la secreción salival y lacrimal, y que desaparece a los 4 meses de dejar dichos fármacos.

Hasta un 10% de las personas con pelo claro que reciben cloroquina pueden ver que su cabello se aclara aún más.

La toxicidad retiniana es rarísima (para la hidroxicloroquina: 0,08%: en dosis acumuladas totales altas o/y diarias superiores a 6,5 mg/kg/día -*Arthritis Rheum* 1997; 40: 1482-1486- sobre 1207 casos) pero es irreversible cuando da clínica y puede agravarse aún después de haber detenido el tratamiento, e incluso puede debutar meses después de haberlo dejado. La retinopatía debe ser detectada en la fase preclínica. Es en rigor una maculopatía. Los primeros síntomas son fotofobia, dificultad para leer, estrías luminosas y escotomas intermitentes pericentrales o anulares. El fondo de ojo muestra una pigmentación granulosa en anillo perimacular rodeada de una franja hipopigmentada y a su vez de otra franja pigmentada (ima-

gen en ojo de buey). En estas fases la agudeza visual y la angiografía fluoresceínica son normales. En fases aún más avanzadas se instaura una pseudoretinitis pigmentaria con visión tubular, disminución de la agudeza visual, y acromatopsia. Es rarísima la ceguera por APS.

Los APS también pueden producir visión borrosa por trastorno de la acomodación (dosis dependiente y reversible, por disfunción del cuerpo ciliar), edema corneal, depósitos corneales opacos y reversibles de la propia cloroquina (los pacientes refieren brillo, y más raramente pero de forma patognomónica halos coloreados alrededor de las luces y visión borrosa. La hidroxicloroquina prácticamente nunca produce estos depósitos) y diplopia por parálisis del músculo ocular externo.

Otros efectos secundarios son: neuropa-miopatía (simétrica, bilateral, proximal con elevación de CPKs, reversible), leucopenia y trombopenia (en los tres primeros meses de tratamiento), intolerancia gastrointestinal, esteatosis hepática, vértigo, tinnitus, nistagmo, sordera, convulsiones, ataxia, psicosis y trastornos emocionales; miocarditis.

Puede agravar psoriasis, porfirias, miastenia *gravis*, y provocar anemia en pacientes con déficit de G-6-P deshidrogenasa. Puede provocar también prurito, toxicodermias y erupciones liquenoides.

Se recomienda control oftalmológico (fondo de ojo, agudeza visual, campo visual y pruebas de colores) previo al inicio del tratamiento y luego cada 6 meses y hemograma y bioquímica cada 3 meses. El signo más precoz y sensible de retinopatía es la aparición de un escotoma paracentral en el campo del rojo. Algunos autores recomiendan usar gafas oscuras (*Ann Dermatol Venereol* 1990; 975-990).

Está demostrado que el tabaco disminuye mucho la tasa de respuesta a los antimaláricos en pacientes con lupus discoide (*JAAD* 2000; 42: 983-987).

Como interacción sólo destaca que la cloroquina aumenta los niveles de digoxina.

Otros antipalúdicos son la mepacrina o quinacrina 100 mg, que puede ser añadido o sustituir a los dos anteriores, y la amodiaquina (*Flavoquine*, disponible en Francia).

Los antipalúdicos se desarrollaron a partir de la quinina, uno de los alcaloides del polvo de la corteza de cinchona. Este polvo se utilizaba ya por los jesuitas misioneros del Perú, que descubrieron sus virtudes antipiréticas. El nombre de la cinchona viene de la Condesa Ana de Chinchón, esposa del virrey del Perú, que curó de unas "fiebres" con este polvo.

Actúa a múltiples niveles sin que se conozca cuál es el más importante: unión al ADN inhibiendo la replicación y transcripción, inmunosupresión (evita formación de células LE), inhibición enzimática, efecto antiinflamatorio, efecto fotoprotector (disminución del eritema actínico), antiagregante plaquetario, estabilización de membranas y lisosomal.

Contraindicados en esclerosis múltiple, déficit de G6PD, tesarismosis, retinopatía. Relativas: psoriasis, obesidad, hepatopatías, insuficiencia renal, miastenia *gravis*.

Otros tratamientos son la talidomida y la dapsona (d.e. urticaria-vasculitis, úlceras orales, vasculitis y le ampolloso).

Los retinoides (que para algunos autores es el tratamiento de elección en lupus hipertrófico), serían tan eficaces como los antipalúdicos de síntesis (*The Cochrane Library*, 1, 2001).

La azatioprina se ha empleado en lesiones refractarias hiperqueratósicas palmoplantares. El metotrexate fue eficaz en un caso de lupus subagudo rebelde a antipalúdicos y corticoides (*JAAD* 2002; 46: 600-603).

Otros: Sales de oro 3 mg/12h, clofacimina 100 mg/d, vitamina E.

Máculas café con leche

Los análogos de vitamina D₃ las mejora y pueden impedir el desarrollo de neurofibromas en NFM (*Eur J Dermatol* 1999; 9: 202-206) 2 veces/día durante 6 meses.

Las MCL responden al láser de Nd:YAG y colorante pulsado, pero la recidiva es la regla.

Mastocitosis

- El tratamiento es sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos H1. No modifican el curso de la enfermedad. Se dan antihistamínicos H2 si existen síntomas gastrointestinales o úlcera gastroduodenal.

- En principio el tratamiento antihistamínico regular, diario, se administra sólo a los pacientes con varias reacciones anafilácticas.

- Todos los pacientes deberían conocer los síntomas de la anafilaxia, y en casos extensos o con antecedentes de anafilaxia, deberían llevar consigo "sets" de emergencia con adrenalina, corticosteroides y antihistamínicos. (Ver presentaciones en Urticaria).

- Evitar los factores que provocan degranulación de los mastocitos:

- Alcohol.

- Estímulos físicos: calor, frío (especialmente exposiciones bruscas en el baño), exposición solar, fricción.

- Toxinas bacterianas.

- Venenos: serpiente, *hymenoptera*.

- Polipéptidos biológicos: ascaris, mariscos.

- Polímeros (compuesto 48/80, dextrano).

- Fármacos: ácido acetilsalicílico, diclofenaco, alcohol, narcóticos (codeína, morfina), polimixina B, anfotericina B, D-tubocurarina, quinina, contrastes radiológicos yodados, escopolamina, reserpina, clortetraciclina.

- Alimentos: pescados (atún, sardinas, anchoas, crustáceos, caballa, arenques), quesos (emmental, Tilsiter, Parmesano, Camembert), frutas (fresas, cítricos, bananas, frutos secos), verduras (espinacas, tomate, berenjenas, setas), carnes (salchichas y carne ahumada), huevos y chocolate.

- En casos severos se ha administrado interferón-alfa 2a y 2b (resultados contradictorios), ciclosporina y corticoides sistémicos.

- Pacientes que se deben someter a intervención con anestesia: se debe preparar al paciente con antihistamínicos el día previo a la intervención, y 1 mg/kg de prednisona 30 minutos antes de la misma.

- En pacientes con antecedente de reacción inducida por alimentos, se puede recomendar una dieta libre en histamina.

- La inmunoterapia con veneno de himenóptero se usa habitualmente en pacientes que presentan reacciones de anafilaxia tras picaduras, pero puede ser eficaz incluso en aquellos pacientes en los que no se consigue demostrar IgE específica por RAST y pruebas cutáneas (*BJD* 2001; 144: 682-695).

- El cromoglicato disódico sólo es útil en la clínica gastrointestinal porque sólo se absorbe el 1-2%, con lo que sólo puede producir algún beneficio en el prurito, a partir de las dos semanas.

- El PUVA y UVA1 mejora el prurito y con el bronceado disimula las lesiones cutáneas.

- Los mastocitomas autoinvolucionan y generalmente no se tratan. En casos aislados se pueden prescribir corticoides potentes en cura oclusiva o incluso proceder a su exéresis o a PUVA local.
- Ampollas: curas locales, antihistamínicos y corticoides tópicos.
- La aspirina, curiosamente, puede mejorar el *flushing*, aunque su uso es peligroso si desconocemos si el paciente es sensible al AAS.

BMO en todo adulto. Sobre todo si hay plaquetopenia, anemia, mastocitosis, visceromegalia o aumento de FA o LDH.

Suero: Triptasa, alfa-protriptasa

Orina 24h: 1-metil-4-imidazol acético; n-metilhistamina (que tienen relación con actividad enfermedad); 11-dehidroxi-tromboxano B₂ en orina.

Seriada ósea y en algunos casos gammagrafía Tc-99.

Melanoma maligno

Protocolo Ciutat Sanitària de Bellvitge; *Health consensus melanoma* 1992 (estudios de la OMS y Balch) y *Task Force Guidelines Committee AAD (JAAD 2001; 45: 579-86)* y *UK Guidelines (Br J Dermatol 2002; 146: 7-17)*.

Estadio I de la AJCC:

IA: < 1 mm sin ulceración.

IB: < 1 mm con ulceración.

1.01-2 mm sin ulceración.

Estadio II de la AJCC

IIA: 1,01-2 mm con ulceración ó 2,01-4 mm sin ulceración.

IIB: 2,01-4 mm con ulceración ó > 4 mm sin ulceración.

IIC: >4 mm con ulceración.

Estadio III de la AJCC

IIIA: micrometástasis ganglionares + MM de cualquier Breslow sin ulcerar.

IIIB: micrometástasis ganglionares + MM de cualquier Breslow ulcerado.

MM de cualquier Breslow no ulcerado + hasta 3 adenopatías palpables.

MM de cualquier Breslow sin adenopatías pero con M1 en tránsito o satelitosis.

IIIC: MM de cualquier Breslow con ulceración + hasta tres adenopatías.

4 ó más adenopatías o metástasis en tránsito y adenopatías.

Estadio IV de la AJCC

M1: metástasis cutáneas, subcutáneas o adenopatías a distancia.

M2: pulmón.

M3: cualquier otra localización o cualquier sitio con niveles elevados de LDH.

• **Márgenes quirúrgicos:**

- *MM in situ*, lentigo maligno: 0,5 cm. En caso de lentigo maligno, se pueden considerar otros tratamientos como la crioterapia o radioterapia, pero siempre se deberá documentar el motivo para tomar esta opción.

- < 2 mm: 1 cm desde el margen lateral incluyendo en profundidad la fascia muscular subyacente. No hay diferencias significativas en recurrencia ni supervivencia entre márgenes de extirpación de 2 cm y 0,5 cm; no obstante, en los estudios realizados cuatro de los pacientes en que se hicieron márgenes de sólo 1 cm hubo recurrencia local precoz, por lo que algunos autores son partidarios de hacer márgenes de 2 cm, sobre todo en tumores de entre 1 y 2 mm de Breslow (IB). No obstante, en lesiones de 0,75 mm se pueden hacer márgenes de 1 cm o incluso menos.

- ≥ 2 mm de Breslow (II): 2 cm. Muchos autores emplean 3 cm.
- Satelitosis y metástasis en tránsito: 3 cm.

- **Linfadenectomía/Ganglio centinela:**

- La disección ganglionar inmediata en ausencia de ganglios palpables sólo mejora la supervivencia en los casos en que los ganglios estaban invadidos. Para detectar a los pacientes que tienen ganglios invadidos pero que no son palpables antes se debía proceder a la linfadenectomía regional de todos los pacientes. Ello conllevaba considerable morbilidad. Sin embargo, hoy sabemos que el MM invade los ganglios "en oleadas" y que siempre hay un primer ganglio invadido: si demostramos que este ganglio está indemne de enfermedad, en principio el resto de ganglios también estará indemne. Morton diseñó en 1992 una técnica que permite identificar este primer ganglio.

- La técnica del "ganglio centinela" se realiza inyectando alrededor del tumor, en cada uno de los puntos cardinales, 0,1 ml de *Nanocol* (sulfuro coloidal marcado con tecnecio 99). Originalmente se usaba azul patente-V o azul isosulfán al 1% de Zenith parenteral. Se espera 30 minutos. Con radiosonda se identifica el área de máxima emisión, y se hace una incisión, identificando el ganglio y extirpándolo. Se procesa el ganglio con tinciones de H/E, HMB-45 y S-100, aunque es sabido que el 4,1% de los ganglios negativos con esta técnica presentan recidiva en esa área. La técnica de identificación de tirosinasa con RT-PCR es mucho más sensible.

En general, los MM de >1 mm tienen una posibilidad del 14% de presentar ganglio centinela positivo.

Por lo tanto, la técnica del ganglio centinela se indica:

- En tumores de más de 1 mm.
 - Cualquier tumor con presencia de adenopatías, satelitosis o metástasis en tránsito.
- **Interferón:**

Son factores sintetizados por células de vertebrados con efectos inmunomoduladores sobre células tumorales. Su nombre deriva de su capacidad de "interferir" la infección celular por virus. Facilita la respuesta inmune por células T y B, NK, células LAK, neutrófilos, macrófagos y células dendríticas; incrementa la expresión de antígenos tumorales y de los del sistema HLA.

Existen 2 tipos de IFN: tipo I (alfa, beta, tau y omega) y II (gamma).

En el mercado hay 3 tipos de IFN (ver efectos secundarios en Herpes).

IFN alfa-2a (*Roferon A, Roche*, ver en Herpes).

IFN alfa-2b (*Schering-Plough*).

Introna viales de 10 MUI- 77,56 €.

Introna viales de 18 MUI- 133,58 €.

Introna 6 dosis en pluma con 1,2 ml con 18 MUI- 156,08 €.

Introna 6 dosis en pluma con 1,2 ml con 30 MUI.- 230,05 €.

Introna 6 dosis en pluma con 1,2 ml con 60 MUI.- 414,75 €.

IFN alfa-2c (Boehringer).

En MM de riesgo intermedio (Breslow 1,51-4 mm; estadio II; Sv5 66%) IFN α en pautas (α 2a-*Roferon* o α 2b-*Intron A*) bajas (3 MU al día ó 3 veces semana, 12-18 meses) sólo aumenta el intervalo libre de enfermedad en el tercio de pacientes que recidivará en los dos estudios publicados.

En MM de alto riesgo se usan dosis altas de IFN. Está indicado en MM con ganglios positivos, metástasis en tránsito y/o recidivas locales que quedan libres de enfermedad después de la cirugía, y en los MM primarios de > 4 mm; estadio III.

Criterios de exclusión: MM primario desconocido, mayores de 70 años, enfermedad cardíaca, renal, hepática o neurológica grave, neoplasias secundarias y gestación.

Se debe iniciar el tratamiento antes de 56 días del diagnóstico o de la cirugía.

El protocolo de Kirkwood ECOG 1684 con IFN α -2 β endovenoso a 20 Muxm², 5 días por semana el primer mes, y 10 MU subcutáneas 3 días semana los siguientes 11 meses demostró (n = 287) aumento del intervalo libre de enfermedad de 0,98 a 1,72 años, supervivencia de 2,78 a 3,82 años y la tasa de enfermos libres de enfermedad subió del 26 al 37% a los 5 años. Este beneficio afecta sobre todo a los pacientes con adenopatías más que a los de Breslow > 4 mm. Sin embargo, murieron 2 pacientes por efectos secundarios y 2/3 tuvo toxicidad grado III. 3 millones por tratamiento.

El ECOG 1690 con 642 pacientes, que comparaba un grupo con dosis altas de IFN, otro con dosis bajas y otro que no recibió tratamiento, no confirmó el aumento de supervivencia pero sí el aumento del tiempo libre de enfermedad (44% vs 35% a los 52 meses). Sin embargo había un sesgo de selección en el brazo que sólo fue observado.

El ECOG 1694, que comparaba IFN con vacunas anti GM2, sí que demostró mejor intervalo libre de enfermedad y de supervivencia en el grupo tratado con IFN.

En un estudio meta-analítico reciente se recomienda que el uso de interferón α 2 β tiene una eficacia incierta en pacientes con MM primario intermedio (2,01-4 mm) que presentan ulceración histológicamente. Se llega a la conclusión de que es inapropiado para tumores no ulcerados de menos de 4 mm y con ganglios negativos (*Arch Dermatol* 2001; 1217-1224).

Está en marcha el protocolo ECOG 1697 con 1.420 pacientes.

- **Quimioterapia**

Eficacia no demostrada. Se usa como tratamiento paliativo.

Dacarbazina (DTIC) 850 mg/m²/día endovenoso cada 3 semanas.

Alternativa: esquema Darmouth con DTIC + CDDP + BCNU + tamoxifeno cada 3 semanas.

- **Radioterapia**

En Lentigos malignos melanoma después de extirpación de lesión nodular con restos de tumor o exéresis de melanoma con márgenes positivos microscópicos no ampliables.

Radioterapia complementaria a cirugía en localización ganglionar cervical, extensión ganglionar extracapsular y diámetro de adenopatías superior a 6 cm.

Melasma

- **Hidroquinona:** La HQ es un hidroxifenol (1,4-bencenedioparahidroibenceno) que inhibe la tirosinasa y así el paso de DOPA a melanina. Su eficacia en el melasma llegaría al 80%. Puede producir irritación, hipopigmentación (reversible) y aplicada largo tiempo, ocronosis por daño de fibras elásticas y depósito de pigmento en dermis media (generalmente con HQ >6%), que provoca el característico aspecto reticulado castaño-azul irreversible. La leucodermia en *confetti* la produce el monobencil-éster de hidroquinona pero no la HQ pura. Si se formula hay que añadir antioxidantes (bisulfito sódico 0,1% o ácido ascórbico 0,1% o vitamina C al 2% o sólo poner "antioxidante" c.s.p.) porque en caso contrario se debe desechar el preparado en 3 semanas. La HQ es incompatible con bases alcalinas tipo "crema fría". Debe protegerse del sol (envase ámbar o con papel metálico). No introducir los dedos en el frasco. Indicar al farmacéutico que sirva un tubo de boca muy estrecha. Instruir al paciente a sospechar oxidación de la HQ caso de ennegrecimiento del preparado.

La asociación de HQ con glicólico no es tan eficaz como con retinoides. El kójico (2-4%) es un derivado pirónico de una levadura, *Coji-aspergillus oryza*, que inhibe la tirosinasa por la quelación del cobre. Es más débil que HQ.

La HQ se suele formular al 3-5% + hidrocortisona 1% o dexametasona 0,1% o indometacina 3% + tretinoína 0,05-0,1% o ácido retinoico 0,01-0,05% en solución hidroalcohólica (propilenglicol y etanol absoluto a partes iguales) o en crema base Beeler. La asociación inicial fue creada por Kligman. Se aplica por las noches, unas 18 semanas. La tretinoína puede añadirse a partir de la 2ª visita (3ª semana) al 0,01-0,025%, y si se tolera incrementar la concentración a partir de la 3ª visita (6ª semana).

Existe HQ comercializada al 4%: *Pigmentasa* crema 25 g-16 €.

Al 2%:

1. *Hidroquildaude*: 30 ml hidroquinona 2%, cítrico, kójico, glicirético y dos plantas.
 2. *Babé despigmentante*: glicólico 10%, rumex 1%, salicílico 0,3%, cítrico 0,3% (CN 399238). 2.600 ptas.
 3. *Hidroquinona 2% gel Isdin despigmentante*: glicólico 10%, hidroquinona 2%, kójico 1%, camamilla (CN 762922).
 4. *Licostrata gel*: hidroquinona 2%, glicólico 10%, ácido cítrico. (CN 668376).
 5. *Melanasa crema*: hidroquinona 2%. 11,30 €.
- **Azelaico**: Al 20% es para algunos autores tan eficaz como HQ al 4% y más eficaz que HQ al 2%. Se suele dar en pacientes que no toleran HQ. Usar por el día, aplicando retinoico por las noches, o por las noches aplicando ácido glicólico al 5-12% si la piel es sensible. Un estudio encontró mayor eficacia de AZ 20% + AR 0,05% que AZ 20% solo. Sea como sea, el azelaico es despigmentante sólo en células anómalas, por lo que se puede aplicar en toda la cara. (Ver en Acné).
 - **Otros**: Betacarotenos en nanotalsferas, extracto de Bearberry, isopropilcatecol, ácido fítico, mercurio amoniacal... (*Piel* 2000; 15: 182-187).
 - **Rucinol**: *Iklen 1* (30 ml-45 €) es una solución al 0,3% de 4-n-butilresorcinol que se aplica dos veces al día. Según estudios del fabricante (no publicados en revistas indexadas) es superior a hidroquinona al 2%, al ácido kójico y a la arbutina. Efectos visibles en 6-8 semanas. De momento poca experiencia.
 - **Peelings y láser**: Son muy peligrosos en el melasma por el elevado riesgo de hiperpigmentación post-inflamatoria. Se puede hacer un *peeling* con TCA al 25% (seguido de la fórmula indicada de hidroquinona; contraindicado en pacientes de piel oscura) o Jessner (14 g de resorcinol + 14 g de salicílico + 14 cc de láctico al 85% y cantidad suficiente de etanol de 95% para 100 cc) o de glicólico al 50-70%.
 - **Maquillajes**:
 - *La Roche Posay Unifiance* corrector de rojeces.
 - *Couvance (Avène) Stick* antirrojeces (verde) de avène o antiojeras (amarillo); *Couvance* crema correctora opalo, marfil, arena, dorado, bronceado. Crema correctora y crema correctora *oil-free*.

Miasis

En nuestro medio siempre traumáticas por parasitación de grandes heridas o úlceras descuidadas, por *Lucilia*, *Calliphora*, *Muscay* y *Sarcophaga*.

- **Miasis forunculoides**: *Dermatobia hominis* (iberoamérica: "torcel" o "tórso") y *Cordylobia antropophaga* (África: "mosca Tumbu"): extraer por presión de las lesiones. Si no se puede, se ocluye con un excipiente graso o se sumerge la zona en agua, y la larva se verá obligada a salir para respirar, y entonces se puede extraer por presión. En caso de que tampoco podamos así, exéresis quirúrgica.
- **Miasis rampantes, hipodérmicas, migatorias**: *Gasterophilus* (mosca zumbadora del caballo): muere solo. *Hipoderma bovis* (mosca zumbadora del ganado, miasis hipodérmica): antibióticos.

Micetoma

- **Eumicetoma** (*Madurella mycetomatis*, *M. grisea* y *Scedosporium apiospermum*): A menudo los tratamientos antimicóticos no son eficaces y se requiere amputación quirúrgica, que siempre es necesaria si hay afectación ósea. En algunos casos se emplea Ketoconazol 300-400 mg/día durante por lo menos 1 año (resultados superiores a itraconazol) asociado o no a tratamiento quirúrgico (*Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 727-728).
- **Actinomicetoma** (*Actinomyces madurae*, *Streptomyces somaliensis* y *Nocardia brasiliensis*): Sulfato de estreptomina 1.000 mg/día i.m.
Estreptomina y cotrimoxazol, dos comprimidos por la mañana y dos por la tarde.
Infección debida a *A. madurae* y *S. somaliensis*: estreptomina + dapsona 200 mg/día.
Si no hay respuesta: estreptomina + rifampicina 600 mg/día. O estreptomina + sulfadoxina-pirimetamina en forma de un comprimido de Fansidar dos veces a la semana. Cada comprimido contiene 500 mg de sulfadoxina y 25 mg de pirimetamina.

Micosis

Apuntamos algunas preparaciones que tienen interés histórico: la solución de Castellani (resorcina 8% + ácido bórico 0,8% + ácido fénico 4% + dimetilacetona 4% + solución alcohólica de fucsina 8 ml + agua destilada csp 100 ml) y el ungüento de Whitfield (salicílico 6 g + benzoico 12 g + lanolina anhidra 5 g + vaselina filante 77 g).

Hoy en día los antifúngicos disponibles son muchos.

Aun se comercializan las clásicas *Dermomycoze* líquido 50 ml-1,42 € (combina ácido bórico 800 mg, resorcinol 8 g, rosanilina 8 ml, fenol 1,6 g, acetona 4 g) y *Fungosol* polvos 60 g-3,57 € (clorocresol 1%, óxido de zinc 10%, ácido bórico 10%).

- **Polienos**: Anfotericina B (ver en Leishmaniasis) y Nistatina (ver en Candidiasis). Nunca se usan en infecciones por dermatófitos.
- **Tiocarbamatos**: Tolnaftato al 1%: solución incolora insoluble en agua. No es eficaz frente a candidas ni en dermatofitias de uña y cabello.
 - *Tinaderm* crema o solución 30 ml-3,57 €.
 - *Micoisdin* nebulizador 50 ml-6,74 €.
- **Piridonas**: Ciclopirox 1%. Activo frente a bacterias Gram positivas, Gram negativas y tri-chomonas). Interfiere la captación celular de macromoléculas (aminoácidos, potasio...) por lo que se puede dar con tratamientos vía oral que actúen por otra vía.
 - *Fungowas* crema 30 g-4,61 € y solución 30 ml-4,31 €.
 - *Ciclochem* crema 30 g-5,22 € y solución 30 ml-4,88 € y polvos 30 g-4,83 €.
- **Alilaminas**: Naftitina, Butenafina y Terbinafina. Inhiben escualeno epoxidasa (no pertenece al complejo del citocromo p450 y por eso no tiene tantas interacciones, aunque sí puede ser hepatotóxica por ser de metabolismo hepático). *In vitro* son antimicóticos de amplio espectro pero *in vivo* sólo han demostrado eficacia frente a dermatófitos. La eficacia ante levaduras y hongos filamentosos (*Hendersonula*, *Scopulariopsis*, *Acremonium*... es discreta). Alcanza niveles tisulares 75 veces superiores a las concentraciones plasmáticas.
 - *Efectos secundarios* (son infrecuentes): Pérdida transitoria del gusto (disgeusia), náuseas, vómitos, diarrea, letargia, rash, hepatitis y colestasis.
No interacciona con fármacos metabolizados por el citocromo p450 excepto aquellos metabolizados por la enzima 2D6 (antidepresivos tricíclicos). La cimetidina aumenta el nivel de terbinafina, y fenobarbital y rifampicina lo disminuyen.
 - *Lamisil* 1% crema 30 g-11,74 €; solución y spray 30 ml-13,28 €.
 - *Lamisil* comprimidos de 250 mg (14 comp-32,31 €; 28 comp-60,79 €).
 - *Posología adultos*: 250 mg/día durante 14 días para las dermatofitosis.

En niños <20 kg: 62,5 mg/día.

Niños de entre 20-40 kg: 125 mg (1/2 compr con comidas).

Niños >40 kg: 250 mg/día.

Coste de 2 semanas de terbinafina es parecido a 6 semanas de griseofulvina.

En uñas 250 mg/d 6-12 semanas cura 88% de manos y 70% de pies, aunque en caso de recidiva el retratamiento cura 94%. La pauta pulsátil para onicomicosis es de 500 mg/día una semana al mes. Se necesitan más estudios para determinar su eficacia (*Medicine* 1999; 133: 74; *Arch Dermatol* 2001; 137: 1253).

- **Griseofulvina:** Descubierta 1939 a partir de *penicillium griseofulvum*, hasta 1958 no se utiliza en hombre, muy parecida químicamente a colchicina (derivados del benzofurano). Mecanismo de acción desconocido: inhibe microtúbulos? Replicación ADN?

Es fungistático de bajo espectro: no sirve para las levaduras (*Candidas* y *Pitiriosporum*). Se distribuye en todo el organismo, alcanzando altas concentraciones en la capa basal, donde evita la infección de la nueva célula, por lo que la curaciones al madurar y renovarse la epidermis hasta que todo su grosor está libre del dermatófito.

- *Greosin* 125: 25 compr 2,12 €; 100 compr-3,89 €.

- *Fulcin* 125: 25 compr-2,22 €; 100 compr-3,96 €.

- *Fulcin* 500: 20 compr-3,86 €.

Hay preparaciones en suspensión líquida, pero los comprimidos se pueden pulverizar y disolver con los alimentos.

Posología: 15-25 mg/kg/día si es griseofulvina micronizada. Si es ultramicronizada, la dosis es de 10-15 mg/kg/día. En adultos la dosis habitual es de 1.000 mg/día de la variedad microcristalina, y de 500 mg/día de la ultramicronizada. En menores de 3 años, 125 mg/día; 4-7 años: 250 mg/día; 8-12 años: 375 mg/día. En todos los casos se da en dosis única diaria, con las comidas, preferentemente grasas (mantequilla, cacao) ya que así se absorbe mejor.

La duración del tratamiento es individualizada, hasta la curación clínica, aunque suele bastar con 4 semanas, pero en tiñas tonsurantes suelen ser necesarias 6-8 semanas. Ocasionalmente se requieren 3-4 meses. Hay casos comunicados de éxito en 80% de casos en dosis única de 3 gramos en *M. audinii* (recomendado en el tercer mundo; menos en el primer mundo porque además *T. tonsurans* es menos sensible).

Hay casos de resistencia (sobre todo *M. canis*) que se pueden tratar a dosis mayores: 20-25 mg/kg/día.

La tolerancia es excelente y no son necesarios los controles analíticos.

- *Efectos secundarios:* gastrointestinales, transaminitis, cefalea, vértigo, insomnio, depresión, *rash*, fotosensibilidad, puede desencadenar lupus subagudo, liquen plano, anemia, leucopenia, mactocitosis, enuresis. Contraindicado en porfiria agua intermitente, lupus y embarazo (se ha asociado a gemelos unidos).

- *Interacciones:* baja la eficacia de los anticonceptivos, aumenta eficacia anticoagulantes, puede dar efecto disulfiram, y la ciclosporina y los inductores tipo fenobarbital reducen la eficacia de la griseofulvina.

- **Imidazoles:** Inhiben la síntesis de lanosterol inhibiendo la citocromo p450 dimetilasa (paso de lanosterol a ergosterol). La membrana del hongo queda defectuosa y permeable. Son innumerables los imidazólicos disponibles para su uso tópico.

Destacamos:

- Clotrimazol 1% (genérico: *Clotrimazol Bayvit EFG* polvos 30 g-2,30 €, crema 30 g-2,23 €, solución 30 ml-2,34 €; *Canesten* crema 30 g-2,76 €; polvo 30 g-2,84 € y solución 30 ml-2,89 €).

- Miconazol 2% (*Daktarin* crema 40 g-3,65 € y polvos 20 g-2,95 €; *Fungisdin* aerosol 125 ml-5,09 € y gel 30 g-3,53 €).

- Flutrimazol 1% (*Micetal, Funcenal y Flusporan* todos en gel 100 g-8,09 €; crema 30 g-8,09 € y 60 g-14,71 €; solución 30 ml-7,96 €; polvos 30 g-8,15 €).
- Fenticonazol 2% (*Lomexin y Laurimic* ambos crema 30 g-6,02 €).
- Tioconazol 1% (*Trosid* crema 30 g-3,35 € y spray 30 ml-2,87 €).
- Sertaconazol 2% (*Dermofix, Zalain y Dermoseptic* todos crema 30 g-7,39 € y 60 g-13,44 €; gel 100 g-7,88 €; polvos 30 g-7,28 € y solución 30 ml-7,74 €).

A nivel sistémico:

- **Ketoconazol:** *Ketoisdin; Fungarest; Panfungol; Fungo Hubber y Micoticum* 10 compr de 200 mg- 7,58 €, 30 compr-20 €.

Imidazol con dos nitrógenos unidos al azol. Alcanza capa córnea 1 hora tras administración por la secreción ecrina. Mejor administrar con zumo de naranja pues la absorción mejora con pH ácido, y por lo tanto cuidado si toma antiácidos. 3-6 mg/kg/d. 200 mg/d x 4-8 semanas para dermatófitos, 400 x 5 días para *Candidas*. No activa frente hongos filamentosos. La similitud del citocromo p450 del hepatocito humano hace que puede provocar una transaminitis en el 6% casos (hepatitis por idiosincrasia, no dosis-dependiente en 1-3:10.000 sobre todo en mujeres y tratamientos de más de 2 semanas, por lo que es obligado practicar analíticas de control); suprarrenal: ginecomastia, disminución libido, impotencia; ovario y testículo: teratogenia. A nivel cardíaco *torsade de pointes* con terfenadina y astemizol.

- **Itraconazol:** *Sporanox, Hongoseril, Canadiol* 6 cápsulas de 100 mg-13,64 € y 18 cápsulas de 100 mg-36,32 €.

- Se absorbe mejor con las comidas, preferiblemente grasas. La absorción también es mejor con bebidas ácidas (cola). Se deposita en los tejidos y a las 4 semanas de dejar el tratamiento persisten concentraciones tisulares significativas. Es 100 veces más activo que ketoconazol por su mayor afinidad por el citocromo p450 del hongo. No es activo frente a *Hendersorulla* ni frente a *Scytallidium*.

- *Efectos secundarios:* Transaminitis, hipopotasemia con dosis altas, aumento del ST y TV si se asocia a antiH1.

- Interacciones múltiples (itraconazol inhibe la isoenzima 3A4 del citocromo p450): Entre todas destaca que nunca debe asociarse a pimocide, quinidina, dofetilida ni cisaprida porque se han descrito graves efectos secundarios cardiacos.

a) Medicamentos que bajan los niveles plasmáticos de itraconazol: Rifampicina, isoniacida, fenitoína, antiácidos, antihistamínicos H2, anticolinérgicos, fenobarbital y carbamacepina.

b) Medicamentos que aumentan los niveles de itraconazol: macrólidos y anti-retrovirales.

c) El itraconazol aumenta los niveles plasmáticos de warfarina, ciclosporina, ADO, digoxina y otros antiarrítmicos (dofetilide, quinidina); antineoplásicos (docetaxel, busulfán, alcaloides de la vinca); estatinas; inmunosupresores (ciclosporina, tacrolimus); hipoglucemiantes; carbamacepina; benzodiacepinas; antipsicóticos (pimocide); bloqueantes de canales de calcio (verapamilo, dihidropiridinas).

d) Disminuye la concentración de anticonceptivos orales y antipirina.

- **Fluconazol:**

Diflucan 7 cáps de 50 mg-24,08 €, de 100 mg-47,53 €, de 200 mg-93,93 €. 1 cáps 150 mg-10,42 €.

Loitin respectivamente 19,58 €, 38,18 €, 74,98 €, 8,60 €. Cajas de 4 150-28,37 €.

Solacap 4 cápsulas de 150 mg-28,37 €.

Lavisá ídem.

Fluconazol Bayvit.

El derivado azólico con mejor absorción, con biodisponibilidad > 90%, independiente del pH. Baja unión a proteínas (11%) a diferencia de los otros azoles. Buena penetración LCR y orina. Poco metabolizado en el hígado, > 80% excretado sin cambios por la orina.

- *Interacciones:* Potencia antidiabéticos orales y anticoagulantes, fenitoína, tiazidas, y CS-A. La rifampicina baja los niveles de fluconazol.

- ***Tinea capitis:*** Griseofulvina (el mejor para *M. audinii*); Itraconazol 100 mg/día 6 semanas (3-5 mg/kg/día). La terbinafina a 250 mg/día en adultos y 10 mg/kg/día en niños durante 6 semanas también es eficaz. En el Querion es importante dar fomentos de permanganato potásico (ver en Eccema) e incluso antiinflamatorios no esteroideos o corticoides vía oral (1 mg/kg/día durante una semana), así como retirar los pelos. En todas las tiñas del cuero cabelludo se debe tratar a los contactos familiares y escolares con champús antifúngicos para tratar a los portadores asintomáticos.
- ***Tinea Corporis:*** Una semana de tratamiento con cualquiera de los antifúngicos explicados.
- ***Tinea Pedis:*** Itraconazol 400 mg/día 1 semana consigue 85% de curaciones clínicas y 84% de negativizaciones micológicas, porcentaje superior al que se obtiene a 100 y 200 mg/día durante 2-4 semanas (*JAAD* 1997; 36: 789). Fluconazol 150 mg/semana da un 78% de negativizaciones micológicas. Terbinafina 250 mg/d durante 2 semanas consigue un 86% de negativizaciones micológicas.

La pauta corta de terbinafina tópica, dos veces al día durante una semana, consigue hasta un 94% de curaciones. El ajoene al 1% cura el 100% de los casos. Es un organosulfurado obtenido del extracto alcohólico del ajo (*JAAD* 2000; 43: 829).

- ***Tinea Unguium:*** (Las tasas de eficacia no se pueden comparar por utilizar diferentes criterios de curación en cada estudio. Muchos de estos estudios están financiados por la industria farmacéutica y podrían estar sesgados).
 - Griseofulvina sólo consigue 3-38 % de curaciones (*Derm Clin* 1997; 15: 121-126).
 - Fluconazol 150 mg semana x 6-9 meses. En un ensayo con 450 mg/semana la curación fue del 62% a los 9 meses y 34% a los 4 meses (*JAAD* 1998; 38: 95-102).
 - Itraconazol 400 mg/día una semana al mes 3-6 meses ó 200/día/3 meses. 71% en manos- 68% en pies.
 - Terbinafina 250 mg/día continua 3-6 meses . Cura 95% en manos. 82% en pies. En un estudio reciente a doble ciego con 151 pacientes, las tasas de respuesta fueron superiores a itraconazol pulsátil. Las curaciones micológicas fueron 46% vs. 13%, la recidiva micológica 23% vs. 53%. En un subgrupo que recibió una segunda tanda de terbinafina la tasa de curación micológica fue del 88% (*Arch Dermatol* 2002; 138: 353-357).

Queda por comprobar la eficacia de las pautas pulsátiles a 500 mg/día una semana al mes. Alpsy no detectó diferencias (74% vs. 79% del tratamiento continuo) en un ensayo de 47 casos (*J Dermatol* 1996; 23: 259-262). En un meta-análisis de 32 ensayos, se concluye que los resultados terapéuticos a los 3 meses son irrelevantes, y que se evalúan mejor a los 9 meses. El mejor tratamiento es la terbinafina (*Arch Dermatol* 2002; 138: 811-816).

Los mejores resultados se obtienen combinando tratamientos por vía oral y amorolfina tópica: itraconazol + amorolfina (*Br J Dermatol* 2001; 145: 21) o terbinafina + amorolfina (*Br J Dermatol* 2001; 145: 15).

Tratamientos tópicos: Son casi siempre insuficientes. El que ha demostrado mayor eficacia es la amorolfina, que puede llegar a curar onicomicosis incipientes.

- Amorolfina 5% una o dos veces a la semana 6-12 meses. Viene presentado con limas y toallitas impregnadas para limpiar la uña antes de aplicar la laca.

Odenil laca ungueal 5ml-39,09 €.

Locetar laca ungueal 5 ml-38,90 €.

- El tratamiento tópico con bifonazol-urea 40% no es superior pero tiene la ventaja de su coste y que produce onicectomía química con lo que mejora las onicodistrofias. Se recomienda una aplicación al día durante 7-10 días.

Mycospor onicosect 10 g-12,53 €.

También se puede hacer la onicectomía con *Rebladerm* (urea al 30% y AS 2%; 125 ml-4,56 €) y posteriormente aplicar una laca con antifúngicos.

- Otros tratamientos tópicos no han demostrado tasas de eficacia aceptables:

Ciclochem laca ungueal (ciclopiroxolamina 8%) 3 g-15,84 €.

Trosid laca ungueal (tioconazol 28%) 12 ml-25,27 €.

Millium coloide

Electrocoagulación, crioterapia, exéresis. El cuadro se estabiliza en 2 años de media.

Miofibromatosis

Exéresis quirúrgica porque la resolución espontánea de las lesiones deja mucha atrofia y los resultados estéticos son peores. Previamente hay que excluir la afectación ósea que es frecuente, o visceral (hasta el 30% si son lesiones múltiples).

Molluscum contagiosum

El legrado con cucharilla dermatológica sigue siendo el tratamiento más usado. Si se puede previa aplicación del anestésico tópico EMLA (prilocaína 5% + xilocaína 5% + crema o/w).

En casos puntuales se puede aplicar crioterapia (que debe ser más intensa y mantenida que lo que es para las verrugas vulgares) o ácido tricloroacético.

También se ha usado cidofovir: 0,3 al 3% en gel o crema una vez al día 5-15 días. De momento sólo usado en pacientes HIV. Es un análogo del nucleósido deoxicitina monofosfato activo contra virus ADN (papilomavirus, hepadnavirus, poxvirus).

Para muchos autores el tratamiento de elección (por ser indoloro) es la cantaridina, por ejemplo formulada así: cantaridina 1% + verde brillante 0,003% + colodion elástico 3 ml (\pm podofilino 3%). Es un extracto de veneno del escarabajo *Cantaris vesicatoris*, usado antiguamente como abortivo y afrodisíaco. Actúa como inhibidor de fosfatasa que penetra la epidermis e induce vesiculación por acantolisis. Debe ser aplicada por el médico. Tiene la ventaja de que duele menos que el legrado, y de que no duele hasta que el niño no llega a su casa. Se debe lavar a las 4 horas de la aplicación (si hay mucha quemazón o vesiculación, antes). No hacer más de 20 lesiones por sesión. Repetir cada 2 semanas. Puede producir vesiculación, cicatrices, linfangitis, linfedema. Casi todos los pacientes prefieren este tratamiento al legrado (*JAAD* 2000; 43: 503-507).

Duración media 6 meses a 4 años (*JAAD* 2000; 43: 503-507).

Moniletrix

Evitar el peinado y cepillado bruscos. El cuadro mejora progresivamente con la edad. No existen estudios controlados, pero en la literatura queda reflejado que se han ensayado L-cistina a 500 mg/12 h durante 3 meses, griseofulvina, ZnSO₄, retinoico tópico.

La administración de etretinato sistémico puede conseguir una repoblación que suele ser sólo frontovertical y no occipital, pero la hiperqueratosis folicular se resuelve. Suelen necesitarse tratamientos mantenidos con 25 mg/día. (Ver manejo y presentaciones en Psoriasis).

Moni= collar. Descartar defectos Nrl/Oft/Dentarios/Uñas.

Morbihan

Isotretinoína combinada con ketotifeno o bien con clofacimina (*Br J Dermatol* 1997; 137: 1011).

Mordeduras y picaduras

- **Humana:** Si no hay signos de infección: amoxi-clavulánico 500 mg/8 horas. Si se infecta (3-24 h después), cefoxitina 2 g ev/8 h o piperacilina/tazobactam 3.375 g/6 h ev. Alternativa: macrólidos. Si alergia a penicilina: clindamicina + ciprofloxacino o TMT/SMX.
- **Mono:** *Herpes simiae*: aciclovir 12 mg/kg tid o ganciclovir 5 mg/kg bid.
- **Perro:** Sólo se infectan el 5%. Amoxi-clavulánico. Alternativas como en el hombre. La profilaxis es útil. Considerar tratamiento antirrábico con inmunoglobulina (sólo si hay clínica por el riesgo de anafilaxia y vacuna).
- **Gato:** Alta probabilidad de *Pastereulla Multocida* (resistente a cloxacilina): Amoxicilina-clavulánico. Se infectan el 80%. También se pueden dar tularemia y osteomielitis sobre todo en los dedos.
- **Ratas:** *S. moniliformis*. Amoxi-clavulánico. Tratamiento antirrábico no indicado.
- **Murciélago, mofeta y mapache:** Tratamiento antirrábico en América y alguna área de Europa.
- **Sanguijuelas:** Medicinal= *Hirudo medicinalis* (sepsis x Aeromonas, mionecrosis, celulitis), tierra (vegetación tropical)= *Haemadipsa*. Retirar manualmente con tracción suave y constante. Más fácil con alcohol, sal, vinagre o llama.
- **Serpiente:** Suero antiofídico + profilaxis antitétanos + ceftriaxona (superior a penicilina).
- **Celentéreos (Medusas, hidras, corales y anémonas):** Lavado con agua tibia salada. Amoniaco. Arena seca.
- **Viuda negra (*Latrodectus tredecimguttatus*):** Analgésicos + relajantes musculares. Gluconato cálcico es útil para tratamiento de espasmos y rigidez muscular. Sólo si todo esto no es útil se debe usar el suero específico, porque la tasa de enfermedad del suero provocado por el antídoto (3%) es alto, y sólo el 0-1% casos son mortales. El latrodecitismo resuelve sólo en 1-7 días (*Med Clin* 1996; 106: 343-346).
- **Loxoscelismo:** Aplicación lo antes posible de frío, porque la actividad de la esfingomelinasa D aumenta con la temperatura. Suero antiloxosceles (es eficaz sobre todo si se aplica a las 2-4 horas): 1-2 ampollas s.c o im o ev.

Los corticoides y los antihistamínicos también deben emplearse de forma muy precoz, y vía parenteral por lo menos los 3 primeros días. Se ha empleado la dapsona a 50-200 mg/día durante 10-25 días (ver su manejo en Lepra y Pénfigos).

Caso de afectación sistémica tratar la hemólisis, la insuficiencia renal y las coagulopatías que pueden aparecer. Se recomienda dar aspirina a dosis antiagregantes de 100 mg/día (*Piel* 2001; 16: 333-340).

Necrobiosis lipóidica

La mayoría de dermatólogos y sobre todo los pacientes opinan que los tratamientos son decepcionantes. Se usan los corticoides tópicos potentes (a veces en oclusión) o intralesionales.

Algún autor describe respuestas espectaculares con la administración sistémica de corticoides (*Br J Dermatol* 1992; 22: 885).

Muchos autores utilizan diferentes tratamientos: ticlopidina, dipiridamol o/y pentoxifilina. Ácido acetilsalicílico. Crioterapia de los márgenes. Heparina inyectada en márgenes. Ciclosporina en forma ulceradas graves. Clofazimina. PUVA.

Cirugía casos extremos: incluir fascia o recidiva (*Piel* junio 99).

Neurodermitis

Corticoides tópicos potentes aplicados en oclusión asociados a antihistamínicos sedantes (*Atarax*, ver Urticaria) o incluso a benzodiazepinas u otros ansiolíticos (ver Psicodermatosis).

Es importante motivar al paciente y hacerle comprender la importancia fundamental para el éxito terapéutico de evitar el rascado. Para ello se puede recomendar llevar las uñas cortas, tapar las lesiones por las noches para evitar el rascado inconsciente.

En un estudio reciente la toxina botulínica consiguió la remisión total del prurito en 3 pacientes (*JAAD* 2002; 46: 617-619).

Cuando el paciente no sabe evitar el rascado puede ser útil la psicoterapia.

NEVIL

Algunos autores tratan las lesiones queratósicas con ácido tricloroacético, aunque generalmente no da buen resultado. Otros han empleado ditranol tópico en contacto corto, con alivio del picor y blanqueamiento de las lesiones, aunque debemos advertir que en tales casos cabe plantearse la duda de si nos hallamos ante una psoriasis lineal.

Los corticoides tópicos o infiltrados no suelen dar buenos resultados.

Varios autores prescriben una combinación de 5-fluorouracilo 5% con tretinoína al 0,1%.

El calcipotriol 0,005% en ungüento es el tratamiento de elección para muchos dermatólogos. Se debe aplicar de forma discontinua porque muchas veces durante las primeras semanas aumenta el prurito y el aspecto inflamatorio, pero a los 2-4 meses se resuelven estos inconvenientes con buenos resultados (*Piel* 2002; 17 (7): 316-22).

En lesiones pequeñas o fácilmente abordables quirúrgicamente, la excisión es una buena opción. La crioterapia y la electrocoagulación consiguen la desaparición de las lesiones hiperqueratósicas de forma transitoria.

Cuando el nevo es muy hiperqueratósico se utiliza el láser de argón o el de CO₂. El láser de colorante pulsado de 585 nm consigue aliviar el picor y mejorar algo las lesiones.

Nevus melanocíticos

Los NM adquiridos se pueden extirpar por motivos estéticos.

En caso de sospecha de MM, se procederá a una exéresis simple con fines de análisis histopatológico.

En este sentido, es interesante recordar algunos aspectos en cuanto al riesgo de MM (ver JAAD 2001; 45: 260-276). Del 20 al 30% de MM se asocian con un NM en continuidad en el examen histológico.

Los pacientes con 50 a 100 NM tienen un RR 3,2 respecto a los que tienen entre 0 y 4.

Los que tienen más de 100 tienen un RR de 7,7.

Los NM clínicamente atípicos (NMCA) no se asocian de por sí a un mayor RR de MM en ausencia de historia familiar de MM, y los individuos con NMCA múltiples tienen mayor RR pero sólo atribuible a tener muchos NM.

Los NM en nalgas, dorso de pies, parte anterior del cuero cabelludo tienen mayor RR de provocar MM.

Los MM sobre NM congénitos (NMC) pequeños (< 1,5 cm) son muy infrecuentes, de origen epidérmico y casi nunca aparecen antes de la pubertad. Por todo ello la mayoría de autores no recomiendan la extirpación sistemática de estos NMC.

En cambio, los MM que aparecen sobre NMC medianos (1,5-20 cm) y grandes (> 20 cm) son más frecuentes (5-20% en NMC grandes), lo hacen a menudo a partir de células ubicadas en dermis profundas e hipodermis (por lo que clínicamente no los vamos a detectar hasta que lleven un tiempo de evolución considerable), y en un 60% de casos se desarrollan en los primeros 5 años de vida, por lo que sí se recomienda su extirpación sistemática.

En cualquier caso, se recomienda en NMC de tamaño intermedio una biopsia cutánea para valorar mejor la presencia de melanocitos en dermis profunda, pues este dato tiene más valor que el tamaño del NMC.

Nevus de Ota

Q-switched rubí o alejandrita láser.

Notalgia parestésica

Descartar patología de columna con compresión nerviosa. Muchos dermatólogos emplean tratamientos sintomáticos con corticoides tópicos y antihistamínicos sedantes. Se ha empleado también la capsaicina tópica y la gabapentina. (Ver Neurodermitis).

Oncocercosis (ceguera de los ríos)

Ivermectina d.u. 150 µg/kg en ayunas por la mañana (1-2 comprimidos de 6 mg para adulto; ver Sarna), lactona macrocíclica semisintética derivada de *Streptomyces avermiltis*, con amplísimo espectro frente arácnidos, insectos y parásitos. Produce la denominada reacción de Mazzotti con alto valor diagnóstico: fiebre, rash prurito, edema facial, aparición de nuevas lesiones... que puede requerir administrar corticoides. Se pueden repetir cada 6 meses si hay alta endemia.

Onicodistrofia

- **“Uñas frágiles”:** Onicorexis, estrías transversales y onicosquisicia lamelar: biotina? (Berker & Baran p16) *Medebiotin fuerte* compr. de 5 mg (40 compr-4,12 €; 10 comprimidos-3,14 €). 1-2 compr. al día. Se han dado múltiples tratamientos: vitamina A, E, C, pirodoxina, gelatina por vía oral (7 g/d), tiroglobulina. A nivel tópico se debe recomendar hidratación con cremas grasas con urea en oclusión (*Piel* 2000; 15: 227-233) o lacas como:
 - *Neoceuticals* cutícula 7 ml-8,87 €.
 - *Vernis Silicium* con silicio 0,4% en colores mate, pastel beige, rosa (*La Roche Posay*).
 - *Coraza* ungueal OTC 2,49 €.
 - *Si-Nails* (con dimeticonol -derivado del silicio orgánico- y ácido mercaptopropiónico-derivado del tiol-). 7,81 €.

Se aplican cada dos días y se deben retirar con disolventes no cetónicos, como Pur *Dissolvant* de *La Roche Posay* o el *Disolvente no cetónico* de *Promo*.

- **Onicosis:** Eliminar cosméticos, humedad, manipulación excesiva. Según el *Rook* si se recortan mucho las uñas y se usan cremas “polivalentes” (*Interderm*, *Positon*, *Quatroderm*... ver en Intertrigo) puede mejorar. Descartar fotooncolisis. Una dieta rica en beta-carotenos, por ejemplo tomando un zumo de papaya diario y varias zanahorias pueden conseguir niveles séricos de 10 mg/día de beta-caroteno, lo que curó a dos pacientes de Taiwán (*Br J Dermatol* 2002; 147: 389-391).
- **Mordedura habitual de uñas:** Pimienta roja pulverizada 5 g + glicerina 2 gotas y alcohol etílico y agua en partes iguales para 10 ml. (Ver Psicodermatosis, técnicas psicoterapéuticas de ayuda).
- **Onicogrifosis:** Onicectomía quirúrgica o química con ureas al 30% como *Queraderm*, *Xerial 30* (lleva salicílico y glicólico también; 50 ml-5,23 €) o *Rebladerm* (con AS2%; 125 ml-4,56 €) en cura oclusiva todo el día durante 7-10 días. Es difícil de hacer una buena emulsión pero se puede prescribir la siguiente fórmula: urea 40% + parafina 5 + lanolina anhidra 20 + petróleo blanco 25 + gel tipo H 10%. Se suele recomendar aplicar una pasta Lassar o una laca de uñas en la piel sana que circunda a la uña, como por ejemplo: *lacadura Promo* (3,38 €) periungueal + pasta Lassar. A partir del 5º día raspar uña horizontalmente eliminando toda la queratina sobrante.
- **Onicocriptosis (uña incarnata):** Tratamiento conservador con fomentos astringentes. Considerar antibióticos. Tratamiento quirúrgico si fracasa.
- **Paroniquia:** Aguda: tratamiento antibacteriano (*S. aureus*, *Streptococcus*, *Pseudomona*). Crónica: tratamiento tópico anticandidiásico.

Orzuelo

Externo: S. aureus. Fomentos calientes son el tratamiento de elección. Suele drenar espontáneamente.

Interno o meibomitis: S. aureus. Cloxacilina 125 mg cada 6 horas vía oral + fomentos calientes. Drenaje quirúrgico.

Oxiuros

- Mebendazol: 100 mg en dosis única.

- *Lomper* 6 comprimidos de 100 mg-2,92 €. Suspensión 30 ml a 100 mg/5 ml-3,03 €.

- *Mebendan* 8 cápsulas de 100 mg-2,23 €. Suspensión 30 ml a 100 mg/5 ml-1,39 €.

- *Sufil* 8 cáps 100 mg-1,98 €; 30 comp 500 mg-10,47 €. Susp 30 ml a 100 mg/5 ml-1,61 €.

- *Efectos secundarios:* dolor abdominal, diarrea, cefalea, tinnitus.

Se debe practicar hemograma en las primeras semanas de tratamiento.

Contraindicado en menores de 3 años, en los que se debe dar pamoato de pirantel.

- Pamoato de pirantel: dosis única a 11 mg/kg:

- *Lombriareu* 30 ml de suspensión 250 mg/5 ml-2,84 €

- *Trilombrin* 6 comprimidos masticables 250 mg-3,02 € y 30 ml de suspensión 250 mg/5 ml-2,92 €.

- *Efectos secundarios:* coloración roja de las heces, náuseas, vómitos, fotosensibilidad, diarrea.

El pamoato de pirvinio (*Pamoxan*) no se recomienda por ser menos eficaz y por producir fotosensibilidad y coloración de los dientes y de la ropa.

Se aconseja repetir el tratamiento a las 2 semanas y tratar a toda la familia.

Paraqueratosis axilar

Aunque no se conoce con certeza la causa, se recomienda dejar de usar desodorantes y evitar la fricción.

Patomimias

Psicoterapia conductista. (Ver Psicodermatosis).

Pediculus

- **Benzoato de bencilo:** 5-25% en emulsión o crema o/w.
- **Monosulfiram:** 25% en solución alcohólica.
- **Lindane:** 1%. Perteneció al grupo de los organoclorados, derivados del etano clorado (como el DDT). Para las parasitosis se usa el metoxiclor (para-metil-DDT) y sobre todo el lindano, que es uno de los 8 isómeros, el gamma, del hexacloruro de benceno o hexaclorociclohexano. Actúa como inhibidor de la colinesterasa. Se decía que es eficaz en unos minutos en matar a los adultos, pero en realidad en un estudio reciente en 3 horas sólo había matado el 17%. Por eso se debe dejar toda la noche. Además es poco ovicida (mata sólo el 24% de los huevos), por lo que debe aplicarse varias semanas seguidas. Todo esto, unido a que cada vez hay muchas resistencias y a los efectos secundarios potenciales (convulsiones) ha hecho que en EE.UU. (California) se haya retirado del mercado. Además es liposoluble. Si se ingiere puede provocar convulsiones, degeneración grasa hepática y necrosis vascular miocárdica, cerebral, renal y pulmonar.
 - *Kife* loción, gel y champú (1%; el champú también alcohol fenilético) 100 ml-3,34 €.
 - *Quellada* loción y champú (1%) 60 ml-4,48 €.
 - *Brujo* insecticida (0,25%) loción 50 ml.
 - *Yacutin* emulsión 100 g-5,86 € (1%).
 - *Lintestol* (1%; champú con ácido acético 6% y loción con alcohol etílico 60%- 100 ml).
- **Piretrinas:** Son sustancias neurotóxicas derivadas del crisantemo (*Chrysanthemum cinerariaefolium*). El piretro es un extracto alergénico obtenido de la flor y la piretrina un extracto muy refinado que contiene las 6 piretrinas naturales, de las cuales la más insecticida es la 1. Los piretroides son derivados sintéticos menos tóxicos para el hombre. Su eficacia aumenta 2-12 veces si se usa con piperonyl-butoxido (BP) o con bucorpalato, que inhiben enzimas hidrolíticas del citocromo p450 que degradan las piretrinas. Además el BP es de por sí acaricida e insecticida. Son mucho más rápidas que el lindane (con aplicaciones de 10 minutos es suficiente) pero aún menos ovicida, y algunos parásitos aparentemente muertos "resucitan" después de unas horas. Han aparecido muchísimas resistencias últimamente.
 - *Sarpex* loción y champú: fenotrin al 0,3%. 2,38 €.
 - *Cusitrín plus:* fenotrin al 0,3% + BP 2%. 3,59 €.
 - *Brevis:* fenotrin 0,3% + p-amino benzoato de benzilo. Champú y loción. 100 ml-3,64 €.
 - *Antipiox:* sumitrín 0,4% (champú) y 0,2% (loción). 150 ml-3,20 €.
 - *Mitigal plus:* fenotrin 0,4%. Champú y colonia 100 y 200 ml-3,28 €.

Guía de TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

- *Elinwas*: fenotrin 0,3% + dietiltoluamida 15%. 100cc-5,36 €.
- *Itax*: fenotrin 0,5% + trietanolamina (champú 125 ml) (*Pierre Fabre*).
- *Nosa*: fenoxibencil-crisantemato 0,4%:champú, loción 150 ml-3,62 €.
- *Vapio* antiparasitario (*Lácer*) loción 150 ml: bioaletrina 0,66% + BP 2,64% + petróleo. 4,36 €.
- **Permetrina**: 1,5%, piretroide que retrasa la despolimerización de la membrana celular y por lo tanto es neurotóxico. En 30 minutos ha matado el 99% de los adultos. Es ovicida en el 80% de casos. Tiene actividad residual que puede prolongarse hasta 3 semanas. Por el aumento de resistencias se recomienda usarla al 1,5%.
 - *Nix crema*: permetrina al 1%. Mejor usar en el pelo seco porque si no se diluye y baja la concentración y la eficacia. De todas formas se aconseja repetir a la semana. 3,64 €.
 - *Kife P* champú antiparasitario y pediculicida: permetrina 0,3% + BP1%. 60 ml-3,34 €.
 - *Drecap*: permetrina 0,75% y ácido acético. Champú y loción 150 ml.
 - *Quellada* permetrina (1%) Champú y crema 60 ml-4,48 €.
 - *Permetrina* champú *Unipharma* 1,5% 125 ml-4,52 €.
 - *Filvit P* solución capilar 60 ml-3,38 €; 100 ml-4,68 €.
 - *Permetrin* 1,5% OTC champú y solución alcohólica. Con antiendrerera. 125 ml-4,52 €.
- **Carbamatos**: Los ditiocarbamatos son de uso agrícola. Dentro de los derivados del *n*-metilcarbamato el más usado es el carbarilo (1 naftil carbamato), un inhibidor de la colinesterasa. La absorción percutánea es muy baja, pero si se inhala es muy tóxico, aunque menos que los organofosforados. *Filvit* solución capilar y champú: carbaril 0,25%-0,5%, respectivamente (5,26 € y 4,81 €).
- **Malation**: Al 0,5-1% es la sustancia más eficaz. Es un organofosforado anticolinesterasa irreversible (es ovicida en el 95%, y mata el 88% y 100% de adultos a los 10' y 20' respectivamente; (*Arch Dermatol* 2002;138(2): 220-224). *Filvit* loción 0,5% (*Solvay Pharma* 100 ml-6,40 € y 160 ml-9,10 €; también lleva ácido cítrico y citrato potásico). Aunque el protocolo original de la FDA aconsejaba aplicar 8-12 h, con 15 minutos es suficiente, y acortar el tiempo de exposición podría dificultar la aparición de resistencias. Ingerido provoca efectos muscarínicos (miosis, sialorrea, hipotensión, bradicardia...). Es inflamable.
- **Trimetoprim-Sulfametoxazol**: Durante 3 días (ver dosis en *Piodermatitis*), y repetido a los 10 días, ha sido utilizado con éxito en niños. Los autores sugieren que actuaría sobre bacterias simbióticas del parásito (*Pediatric Dermatology* 1997; 14: 409-410; *Br J Dermatol* 1978; 98: 699-700). No es eficaz en escabiosis.
- **Ivermectina**: Al 0,8%. Muy eficaz como tratamiento tópico. No disponible.
- **Otros**: Crotamitón 10% aplicándolo hasta que seque, y repitiendo a las 24 horas (actúa como los organofosforados; ver en *Sarna*); mesulfeno 25% durante 3 días.

(33% de *P. pubis* tienen otra ETS).
(*Arch* 2001; 137: 287-292).

- **Cuero cabelludo**: después del tratamiento, peinar con peine fino para retirar los huevos (*Filvit* peine antiendres).
- **Pestañas**: vaselina durante 8 días retirando a mano; cuprex (oleato tetrahidronaftaleno de cobre) 0,3% durante 15'; fisostigmina al 0,25% en ungüento; permetrina 1% crema; ácido acético 50%; óxido amarillo de mercurio 5-10%.

- Piojos del cuerpo: aunque se suelen tratar con lindane y otras sustancias, en principio bastaría con eliminar la ropa "parasitada".
- Pubis: tratar la pareja. Aplicar en tronco, muslos, axilas... si hay muchas liendres, rasurarse. No tratamiento del cuero cabelludo.

Pénfigo

Corticoides por vía oral a 1-2 mg/kg/día durante un mes inicialmente. La dosis se debe reducir muy lentamente sobre todo al llegar a los 30 mg/día de prednisona. No se debe suspender la corticoterapia porque la recidiva es segura.

Se recomienda la azatioprina como ahorrador de corticoides.

Imurel caja de 50 compr de 50 mg-12,27 €.

Se administra a dosis de 2-2,5 mg/kg/d (2-3 compr al día para 70 kgs) con los alimentos.

A través del glutatión se metaboliza a 6-mercaptopurina y ésta a su vez pasa a 6-tioguanina (6-TG) que es el metabolito activo que interfiere la síntesis de ADN y ARN. La tiopurina-metiltransferasa (TPMT), sin embargo, metaboliza parcialmente la 6-MP a 6-metilmercaptopurina que es inactiva. Por eso antes de iniciar la administración de azatioprina debe medirse la actividad de la TPMT en cada individuo (contactar con *Celltech-Medeva* 91.383.13.32), y ajustar la dosis en función de ésta. El ajuste posterior de la dosis se hace en función del VCM, bien correlacionado con la concentración intraeritrocitaria de 6-TG, que es significativo a partir del tercer mes y se estabiliza a partir del sexto. A los 3 meses el incremento de VCM debe ser de entre 3-8 fl y a los 6 meses de 6-8 fl. Si el incremento es inferior, se debe aumentar la dosis de azatioprina en 0,5 mg/kg/día y si es superior disminuir en la misma medida.

- *Interacciones*: La más importante es con alopurinol, que inhibe la xantina oxidasa. Obliga a reducir en un cuarto la dosis de azatioprina por el riesgo de mielosupresión. Azatioprina disminuye el efecto anticoagulante de la warfarina y potencia los bloqueantes neuromusculares (succinilcolina).

- *Efectos secundarios*:

1. Mielosupresión, sobre todo leucopenia en 2% de casos. Es reversible y dosis-dependiente. Otras veces plaquetopenia o anemia. Aumento del VCM y de la HCM es frecuente.

2. Infecciones generalmente cutáneas.

3. *Drug fever*.

4. Digestivos: náuseas, vómitos, diarrea, hepatitis 1% sobre todo en artritis reumatoide, y sobre todo aumenta la fosfatasa alcalina de forma reversible. Descrito Budd-Chiari y pancreatitis.

5. Neoplasias (linfoma no Hodgkin en 1/1.000 pacientes/año. Más riesgo si infección por Epstein-Barr virus o enfermedades autoinmunes).

6. Fracturas de fatiga descritas todas tibia distal

Muy poco teratogénico: no afecta la fertilidad, sólo 4,3% de defectos RN.

- *Otros*: fotoféresis, plasmaféresis. Clorambucilo a 4-8 mg/d puede ser más ahorrador que azatioprina. (Shah, 9 casos de Miami. *JAAD* 2000; 42: 85-88). La ciclosporina es ineficaz para este fin (*Arch Dermatol* 2000; 136: 868-872).

Una perfusión endovenosa de 1-2 mg/kg de inmunoglobulinas por ciclo en un grupo de 15 pacientes demostró efecto ahorrador de corticoides (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1158-1162).

El pénfigo eritematoso suele responder a corticoides tópicos.

Prevención de osteoporosis en pacientes tratados con corticoides (*Arch Dermatol* 2001; 137: 477-81). Se debe solicitar densitometría ósea de cuello femoral y columna lumbar.

Se deben aconsejar ejercicios para fortalecer musculatura abdominal y de espalda, dejar el tabaco y alcohol, aumentar la ingesta de calcio (1.000-1.500 mg/día) y vitamina D (800 UI diarias). Se recomienda administrar bifosfonatos (alendronato sódico 10 mg/día; risedronato sódico 5 mg/día o etidronato cíclico 400 mg/día) si hay osteopenia al inicio del tratamiento con corticoides o si se objetiva una pérdida acelerada de masa ósea a los 6 meses de iniciado el tratamiento. Otros agentes eventualmente usados (que preferentemente debe manejar el reumatólogo) son el raloxifeno, la terapia hormonal sustitutiva y la testosterona en hombres.

- **Penfigoide ampolloso:** En principio se debe tratar con corticoides tópicos potentes, y si no se logra controlar la enfermedad plantearse inmunosupresores por vía oral.

Los corticoides tópicos potentes se consideran el tratamiento de elección para casos de intensidad leve y moderada, y son muy útiles como tratamiento adyuvante a los tratamientos sistémicos en casos de intensidad severa.

En los casos extensos y severos el tratamiento consiste en la corticoterapia oral. No se recomienda utilizar dosis superiores a 0,7 mg/kg/día (52 mg para una persona de 70 kg). Incluso dosis bajas de prednisona (30 mg) se asocian a alta mortalidad.

Las tetraciclinas (tetraciclina 500-2.000 mg/día; doxiciclina 200-300 mg/día; minociclina 100-200 mg/día) solas o en combinación con nicotinamida (500-2500 mg/día) pueden ser eficaces, aunque se necesitan series más largas para confirmarlo.

La eritromicina puede ser eficaz, y se recomienda considerar especialmente este tratamiento en niños, a dosis de 1.000-3.000 mg/día.

El inmunosupresor más utilizado es la azatioprina a dosis de 2,5 mg/kg/día. Los estudios publicados hasta el momento son contradictorios en cuanto a un posible efecto "ahorrador de corticoides". Se recomienda como tratamiento de segunda línea caso de fracaso o contraindicación absoluta de tratamiento con corticoides orales. Como alternativa se recomienda el metotrexate, particularmente en pacientes afectos además de psoriasis (*Br J Dermatol* 2002; 147: 214-221). El metotrexate a dosis de 7,5 y 12,5 mg/semana combinado con propionato de clobetasol tópico durante 2 a 3 semanas fue eficaz en 17 de 18 casos, al conseguir la remisión completa de las lesiones. Después de ésta, el tratamiento se continuó sólo con metotrexate durante 3-9 meses (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1255-1256).

Es importante conocer un estudio de 341 pacientes ancianos, en 188 con un penfigoide extenso, la aplicación de 40 g/día de propionato de clobetasol consiguió el control de la enfermedad en 92/93 casos en 3 semanas. La tasa de supervivencia al año fue del 76%. En el grupo que recibió corticoides orales (1 mg/kg), se logró controlar la enfermedad en 86/95 casos a las 3 semanas, y la supervivencia al año sólo fue del 58%. El número de pacientes con complicaciones severas por el tratamiento fue de 27 de 93 pacientes que recibieron clobetasol y en 51 de 95 de los que recibieron prednisona. En los 153 pacientes con PA moderado, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de respuesta a las 3 semanas, la supervivencia anual ni en los efectos secundarios entre los pacientes que recibieron tratamiento tópico y los que recibieron 0,5 mg/kg/día de prednisona vía oral (*N Engl J Med* 2002; 346: 321-327, 364-367).

- **Herpes gestationis:** Los casos leves responden a antihistamínicos y corticoides tópicos. Otros casos requieren prednisona a 0,5 mg/kg/día. La única alternativa posible en el embarazo es la ciclosporina. Recordar que aparece en el 2º-3º trimestre, suele mejorar poco antes del parto, pero puede empeorar coincidiendo con el mismo. Puede haber recidivas con la menstruación y los anticonceptivos orales. En siguientes embarazos la enfermedad es más leve.

La mayoría de autores concluye que no está aumentada la tasa de abortos aunque sí de prematuridad y bajo peso al nacer a pesar de haber instaurado tratamiento corticoideo. Clásicamente se advierte de la posibilidad de recidiva con nuevos embarazos (95% de casos, siendo la clínica más precoz e intensa) y con anticonceptivos.

El tratamiento de elección son los corticoides, y generalmente se necesita administrarlos por vía oral a 20-40 mg/día. Se ha ensayado la ritodrina, la piridoxina y la plasmaféresis, así como la ciclosporina A. Se tiene mucha experiencia en la administración de este fármaco durante el embarazo, que no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, aunque sí se ha observado prematuridad y retraso del crecimiento en el 40% de los neonatos (*Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 302-304).

- **Penfigoide de mucosas y cicatrizal:** Pacientes de alto riesgo (afectación ocular, genital, nasofaríngea, laríngea): Prednisona 1-1,5 mg/kg/día y ciclofosfamida 1-2 mg/kg/día. Como alternativa a la ciclofosfamida se administraría azatioprina a 1-2 mg/kg/día. Se debe administrar mitomicina tópica a nivel conjuntival para evitar la fibrosis. Se ha usado también etanercept.

Riesgo moderado: dapsona 50-200 mg/d durante 12 semanas. Caso de no observar respuesta, administrar el tratamiento propuesto para pacientes de alto riesgo.

Riesgo bajo (afectación cutánea o/y oral): corticoides tópicos potentes, hidrocortoluro de tetraciclina, nicotinamida, dapsona. Se pueden prescribir también dosis bajas de corticoides o azatioprina (*Arch Dermatol* 2002; 138: 370-379).

- **Pénfigo benigno familiar (Hailey-Hailey):** Evitar maceración y fricción. Usar ropa amplia y evitar sudoración. Antiperspirante. El láser Erb:YAG puede inducir remisión completa porque destruye los queratinocitos, pero no los de los folículos pilosos, que no tienen el defecto de la ATPasa calcio-dependiente responsable de la enfermedad (*Ann Dermatol* 2000; 127: 1014-1016).

A menudo se produce la curación espontánea o remisiones prolongadas. Los brotes inflamatorios se tratan con corticoides tópicos. A menudo se asocian a antibióticos y antifúngicos tópicos porque en ocasiones es difícil descartar una sobreinfección.

Hay casos anecdóticos en que han sido eficaces el tacalcitol, toxina botulínica A. En casos severos se ha dado por vía oral: ciclosporina, metrotrexate, sulfona, vitamina E, talidomida. Los retinoides son ineficaces.

El tratamiento de la hiperhidrosis con toxina botulínica produjo la remisión completa de la enfermedad en una paciente (*Dermatol Surg* 2000; 26: 371-374).

- **Dermatitis herpetiforme:** La dieta sin gluten produce una mejoría no sólo cutánea, sino en el estado general. Probablemente previene el desarrollo de linfomas. El tratamiento farmacológico con dapsona (diaminodimetilsulfona) es espectacularmente eficaz en 24-48 horas. *Sulfona Orsade* 25 comprimidos de 100 mg-1,66 €. Se deben determinar los valores de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa antes de su administración para evitar el desarrollo de anemia grave (en todos los casos hay un descenso de 1-3 g de hemoglobina por hemólisis y metahemoglobinemia que se compensa en dos semanas). Otros efectos secundarios raros son letargia, neuropatía periférica dosis-dependiente reversible, hepatotoxicidad (rara a dosis < 200 mg/día), mononucleosis-lyke, hipoalbuminemia, albuminuria, síndrome nefrótico, agranulocitosis, azoospermia, colestasis. Suele iniciarse con 100 mg/día y si se obtiene control se pasa a 50 mg/día de mantenimiento. Las alternativas son sulfapiridina (1-2 g/día) y la sulfametopiridacina (0,5 g/d). Si no es eficaz se debe reevaluar el diagnóstico.
- **Pénfigo IgA:** Sulfona. En el Sneddon (desmogleína 1 y 3) descartar gammapatía. A menudo se puede llegar a abandonar el tratamiento sin que haya recidiva. Los corticoides orales son ineficaces. Después de la sulfona las alternativas son colchicina, isotretinoína a dosis bajas (*JAAD* 2000; 43: 923-926) el PUVA. En el IEN (desmocolina 1) se da sulfona, colchicina, antihistamínicos o corticoides.

- **Dermatitis IgA lineal:** En la infancia cura el 64% en dos años de forma espontánea. La sulfona es eficaz en el 75% de los casos, menos que en la dermatitis herpetiforme. La sulfona se da a 300 mg/día (1-2 mg/kg/día en niños) y la sulfapiridina a 1-1,5 g/día (niños 60-150 mg/kg/día). Se pueden emplear dosis más bajas combinándolas con prednisona a 15-30 mg/día. Segunda elección: corticoides sistémicos, colchicina.

Perniosis

Medidas de prevención (guantes, protección del frío).

Existe comercializada la llamada crema de *Mahiou* como uso preventivo, pero no suele ser eficaz. Otros tratamientos tópicos como el minoxidil y el ácido nicotínico y los derivados de trinitrina son de eficacia dudosa. No hay estudios al respecto.

Si aparecen las lesiones, aplicar corticoides tópicos.

En formas severas: vasodilatadores periféricos tipo bloqueantes de canales de calcio tipo nifedipino (*Adalat* 50 cápsulas de 10 mg-4,18 €; se pueden recomendar 10 mg cada 12 horas) o diltiazem (mejor tolerado; *Diltiazem EFG* 30 comprimidos de 60 mg-7,97 €).

Pezón invertido

Aspiración haciendo el vacío con una jeringa que se aplica a un dispositivo en forma de vaso de plástico, que se aplica sobre el pezón.

Piedra

Blanca o Tricomycosis nodosa: *T. beigeli*: champú antifúngico.

Piedra Negra (*Piedraia horta*).

Piel escaldada estafilocócica

Tomar muestras de fosa nasal, CAE, faringe, genitales y área perianal.

Tratamiento antiestafilocócico: Amoxi-clavulánico, cloxacilina.

Tratamiento sintomático centrado en la aplicación frecuente de emolientes y sobre todo en una correcta analgesia.

Piel senil

- **Glicólicos:**
 - Neostrata crema *antiaging* o *Neostrata daytime* (8% glicólico, 1% gluconolactona) o *Neostrata crema forte* (15% compuesto glicólico) o crema facial (4% gluconolactona).
 - *Glicoidin* crema 8%, gel 10%, crema y gel al 15%, gel al 25% (los geles son de 100 ml y las cremas de 50 ml).
 - "*Babé activo antiarrugas*" (glicólico 10, karité, rosa mosqueta, vits...); *Hidragel* (AG 10%, vitamina E 0,25%, hialurónico 0,5%).
 - *MartíDerm* crema regeneradora glicólico al 8 y 15%.
 - *Acglicolic* 20 crema hidratante o nutritiva.
 - *Acglicolic* crema hidratante o nutritiva.
 - *Eutrofic* piel crema hidratante (AG 5), *Forte* crema (10%), Gel (8%), Ampollas *Eutrofic superactiv* (30%) 10 ampollas.
 - *Neotop La Roche Posay* 40 ml.
- **Retinoides:**
 - *Vitanol* crema (tretinoína) al 0,01%, 0,025% y 0,05% (tubos de 30 g-10,59, 11,65 y 11,98 €, respectivamente).

- *Retinova*: tretinoína 0,05% de *Roc-Neutrogena*. CN 662684. Es grasa (W/O). 20 g-21,64 €.
- *Retirides* (tretinoína) 0,025%, 0,05%, 0,1% (tubos 30 g-4,95, 10,85, 6,79 €).
- *Ystheal* crema con retinaldehído 0,05% (*Avène*).
- *Retisdin* intensivo con retinol puro y retinol- β -ciclodextrinas, vitamina E y FPS-10; *Retisdin lifting* con retinol en micropartículas, vitamina E, dipalmitoil hidroxiprolina, péptidos de trigo, cafeína y *bupleurum chinensis* y fucogel.
- *Neostrata* crema renovadora (Pro-retinol 1%, gluconolactona 12%, vitamina E y ácido cítrico).
- *Retigel* (glicólico 10%, aloe vera 1%, retinol 0,5%, hialurónico 0,5%). 13 €.
- *Hidratoil free antirides* (OTC) microsomas de retinol 3% + ácido ascórbico 3%, nipagín, bisabolol.
- *Theavit Renova*: glicólico 5,6%, retinol 0,05%, salicílico 0,5%, vitaminas C, E, a-bisabolol, alantoína 2%, polifenoles en extracto de té verde 70 ml.
- *Hélyxol* con retinol palmitato 1% (10.000 UI/ml) y avocodofurane 1% y pentapéptidos 2%.

• **Peelings:**

Superficial (0,06 mm: estrato granuloso-dermis papilar superficial):

- Solución de Combes (Jessner): resorcinol 14 g, AS 14 g, AL 85% 14 ml, etanol 95% 100 ml.
- Alfa-hidroxiácidos. De la caña de azúcar el 2-hidroxietanoico o ácido glicólico. Se usa al 30-70%. Del zumo de tomate el láctico ó 2-hidroxiopropanoico. De los cítricos el cítric.
- Pasta de Unna (resorcinol 40 g, óxido de cinc 10 g, ceisatita 2 g, axungia b 28 g).
- Nieve carbónica.
- Tricloroacético 10-25%: es el más usado. En solución acuosa al 15-20%: ver preparación más adelante. Se aplica con torundas de algodón extendiendo el líquido de forma homogénea. Se empieza por la zona frontal por ser la piel más gruesa. Se sigue el sentido de las agujas del reloj hasta acabar en la zona perioral. Se insiste en la zona de cicatrices. Para favorecer la penetración del TCA en las mismas es útil estirar la piel. Al cabo de 30-90 segundos se neutraliza el ácido con una solución básica o mediante aerosol. Algunos autores sólo emplean compresas impregnadas en suero frío. También se puede aplicar en mascarillas al 11 y 16,9%, pero en este caso se deja aplicada durante 10-20 minutos.

El paciente debe quedarse en casa durante 3 días posteriores al *peeling* sin aplicarse ningún tipo de cremas, hasta que se desprenda la epidermis necrosada.

Medio (0,45 mm: dermis papilar a reticular superior):

- Tricloroacético 35-50%. La aplicación de ácido retinoico 0,025-0,05% tópico unas semanas previas al *peeling* mejora mucho los resultados. Justo antes del *peeling* se hace un "*scrub*" con alcohol y acetona para eliminar los lípidos y disminuir el grosor. De la misma forma que hemos explicado antes, se puede hacer una aplicación previa de solución de Jessner (14% láctico, 14% salicílico, 14% resorcina) o de glicólico acuoso no tamponado al 70% durante 2 minutos, para provocar un daño epidérmico que facilite la penetración del tricloroacético al 35% posteriormente. En este caso se debe proceder a la neutralización al cabo de 15-30 segundos. El TCA provoca gran desnaturalización proteica con necrosis coagulativa posterior. A los 7 días se produce un recambio epidérmico y de dermis superficial, con eliminación de queratinocitos y colágeno dañado. Se recomiendan curas con pomada de gentamicina en vaselina fluida 3-5 veces al día.

El resultado siempre es mejor en pieles claras, fototipo II. En otros fototipos hay riesgo de hiperpigmentación. Siempre hay que usar fotoprotectores.

Se puede aplicar en pacientes con patología cardíaca, hepática o renal. El único "efecto secundario" es el ardor y el edema. Algunos autores administran corticoides intramusculares previos al *peeling*.

Estos *peelings* se pueden repetir a las 6-8 semanas.

- Fenol 88%.

Profundo (0,6 mm: dermis reticular media):

Desde la aparición del láser casi no se utiliza. Fórmula de fenol de Baker-Gordon: fenol 88% 3 ml, aceite de croton 3 gotas, septisol 8 gotas, agua destilada 2 ml.

- **Otros:** El tratamiento hormonal sustitutivo es beneficioso en la mayoría de estudios (ver análisis literatura en *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 431-437), aunque puede provocar cloasma, aumento del tamaño de los nevos melanocíticos y telangiectasias.

Hay estudios que demuestran cierta eficacia de los estrógenos tópicos.

Las vitaminas por vía oral E y C (120 mg/día): no está demostrado que sean eficaces.

La vitamina C al 5% alcanza niveles cutáneos 30 veces superiores a los conseguidos con la administración por vía oral. Hay estudios que demuestran aumento de la síntesis de colágeno.

- Hélyx C con vitamina C glucósido 2%, avocodofurano 1% y pentapéptidos 2%.

- Active C pieles secas 30 ml, pieles normales y mixtas 30 ml.

Pili canaliculi

Llamado síndrome del peino impenable. Champú de piritiona de zinc, acondicionadores, biotina. Mejora con edad.

Pioderma gangrenoso

Los casos muy leves pueden manejarse incluso con corticoides tópicos.

- Históricamente el tratamiento de elección es la corticoterapia: se suelen recomendar dosis elevadas de corticoides por vía oral, de 1-3 mg/kg/día, o bien los *bolus* de 1 gramo diario disueltos en 150 ml de dextrosa 5% e infundidos en una hora de metilprednisolona durante 5 días. Se debe mantener el tratamiento hasta la remisión de la clínica. Un síntoma precoz es la desaparición del dolor. Algo más tarde se puede apreciar una disminución de la inflamación de los bordes de la úlcera. El clorambucil 2-4 mg/d también se puede usar como ahorrador de corticoides (*JAAD* 1996 35: 720-724) es mejor que la ciclofosfamida.

- En muchos centros se considera tratamiento de elección la inmunosupresión con ciclosporina a dosis de 5-10 mg/kg/día. Otros tratamientos pueden ser micofenolato mofetil, tacrolimus, oxígeno hiperbárico, plasmáferesis (ver revisión *Med Gen Med* junio 2001).

- Otras opciones: algunos autores emplean un tratamiento tópico combinando tacrolimus 0,3% y propionato de clobetasol 0,05%.

Algunos autores usan también salazopirina (4-6 gramos diarios), sulfapiridina o quimioterapia dependiendo de la patología asociada. Las infiltraciones de corticoides no suelen ser eficaces. El yoduro potásico, y la pentoxifilina se han usado como fármacos asociados a los corticoides.

El oxígeno hiperbárico reduce el dolor y puede acelerar la curación. Otros tratamientos usados, para los que no hay ensayos controlados, son la clofazimina (200-400 mg/día), la minociclina 100 mg/12 horas y las gammaglobulinas endovenosas.

Según el *Rook* la colectomía en los casos asociados a enfermedad inflamatoria intestinal "no siempre es efectiva".

Piodermitis

- **Tópicos (de elección en foliculitis, impétigo si hay un número escaso de lesiones):**

- Eritromicina 2% (base, estearato, propionato) en solución alcohólica o alcohol-propilenglicol aa. (Ver en Acné).
- Sulfato de Gentamicina 0,2 % en crema o gel. Muy activa para Gram negativos. *Gevramycin* crema (15 g-1,10 €).
- Tetraciclina al 1-3%. Genera resistencias. P. ej., *Dermosa Cusi Aureomicina* es aureomicina al 3%. 2,43 €.
- Clindamicina al 2%. *Dalacin* tópico y emulsión 30 ml-3,97 €.
- Sulfadiacina argéntica 1% crema o aerosol. Resistencias. *Silverderma* crema 50 g-2,74 € y aerosol 50 ml-2,58 €. *Flammazine* crema 50 g-2,74 €.
- Fusídico al 2%. *Fucidine* crema y pomada 15 g-3,26 € y 30 g-5,78 €.
- Mupirocina al 2%. Activo frente a *S. Aureus* metilín-resistente. *Bactroban*, *Plasimine* 15 g-5,17 € y 30 g-10,21 €.
- Formaldehído en agua o alcohol al 0,2-0,5%.
- Sulfato de neomicina 0,2-0,5% en agua destilada o en crema con base que contenga emulgentes no iónicos (Tweens, base de neopcl o/w) o en pomadas.

Como antisépticos se emplea:

- Violeta de genciana 0,5-1% bactericida Gram positiva y antifúngico. O su derivado fucsina 0,1-2%. (Ver Tiñas).
- Solución acuosa de eosina al 2%.
- Otros: *Diaseptyl* solución y gel (clorhexidina)/Esencia de pino al 5-20%/Clorina sobres (1/2-1 sobre por litro de agua. Tosilcloramida sódica. Envase 12. 2,49 €).

Asociaciones de antibióticos tópicos:

- *Dermisone Tri Antibiotic*: bacitracina 400 UI, sulfato de neomicina 5 g, sulfato de polimixina B 800 UI. 15 g-1,66 € y 30 g-2,03 €. Reembolsable S.S.
- *Banedif*: bacitracina 500 UI, sulfato de neomicina 5 g, óxido de zinc 80 mg. 20 g-1,79 €.
- *Neo Bacitrin*: misma fórmula con 10 mg de óxido de zinc. 15 g-2,22 € y 30 g-2,79 €.
- *Terramicina* tópica: clorhidrato de oxitetraciclina 30 mg, sulfato de polimixina B 10.000 UI. 14,2 g-1,60 € y 4,7 g-1,15 €.

- **Sistémicos:**

Tetraciclinas: Ver en Acné.

Metronidazol: Ver en Rosácea.

Sulfamidas: Trimetoprim/Sulfametoxazol (1/5) y cotrimacina (TMT-Sulfadiazina 1/5).

Las sulfamidas son bacteriostáticas, pero la sinergia con el TMT da un efecto bactericida con un espectro superior a la suma de ambos antibióticos por separado. Compiten con el PABA en la unión con la enzima que forma el ácido fólico (DHF reductasa). Su actividad es inhibida por el pus y los restos necróticos (porque hay mayor disponibilidad tisular de purinas con lo que no se necesita la vía de la DHF reductasa para formar fólico). Las resistencias a sulfamidas pueden ser cromosómicas o plasmídicas. La más frecuente es vía mutación DHP sintetasa, pero puede ser vía disminución de la permeabilidad de membrana y por sobreproducción de PABA.

- *Efectos secundarios* gastrointestinales, exantemas (puede darse eritema multiforme y necrosis epidérmica tóxica), anemia megaloblástica, anemia por déficit de G6PDH, plaquetopenia, neutropenia. Menos frecuentes son: colestasis, nefritis intersticial, necrosis tubular aguda, cristaluria (si se emplean dosis altas, con orina ácida y diuresis escasa), hipotiroidismo. Son teratogénicas. Están contraindicadas en el embarazo y en menores de dos años.

- *Seprin Forte* comp 800/160 mg 20-3,53 € y 50-8,22 €.
- *Seprin Norm* comp 400/80 mg 100-5,81 € y 20-2.22 €.
- *Seprin* pediátrico suspensión 200/40 mg 100 ml-1,98 €: 2 meses-12 años: 20/4 mg/kg/12 horas vía oral.

Macrólidos: Bactericida por inhibición síntesis subunidad 50S ribosómica. Interesa saber (sobre todo en el acné) que las resistencias generalmente se deben a plásmidos que introducen metilación de adenina en la subunidad 50S y que este mecanismo es común a la clindamicina y otras lincosaminas.

Por otro lado, hay que saber que los macrólidos se comportan como inhibidores enzimáticos y dan lugar a múltiples interacciones:

El mayor potencial lo tienen eritromicina y troleandomicina, pues se metabolizan por el sistema p450 IIIA. La claritromicina, josamicina, roxitromicina y acetilmedamicina también forman complejos, aunque en menor grado. La azitromicina, la diritromicina y la espiramicina no se metabolizan por el citocromo p450 y son los que menos interacciones dan.

La dosis es de 10 mg/kg/día durante 3 días. En la suspensión 5 ml equivalen a 200 mg.

- *Efectos secundarios:* náuseas, vómitos, diarreas, molestias abdominales, ictericia colestática, reacciones alérgicas. A dosis elevadas, la eritromicina puede provocar pérdida de audición.

Azitromicina

- *Vinzam:* cáps 250 mg (6-18,70 €), comp 500 (3-16,56 €), sobres de 250 (6-18,70 €) y 500 (3-18,70 €) y susp de 200 mg/5 ml (15 ml-8,68 € y 30 ml-17,23 €).

- *Goxil:* mismas presentaciones y precios casi idénticos.

- *Toraseptol:* cáps 250 mg (6-13,56 €), sobres de 250 (6-13,56 €) y 500 (3-14,04 €) y susp de 200 mg/5 ml (15 ml-6,51 € y 30 ml-12,48 €).

- *Zítromax:* cáps 250 mg (6-18,65 €), comp 500 (3-16,51 €), sobres de 250 (6-18,65 €) y 500 (3-18,65 €) y susp de 200 mg/5 ml (15 ml-8,65 € y 30 ml-17,18 €).

Josamicina

- *Josamina* adultos 0,5-1 gramo cada 12 horas. Niños 15-25 mg/kg cada 12 h.

Suspensión de 125, 250 y 500 mg/5ml. Comprimidos de 500 y sobres de 1 gramo.

Ketólidos: Telitromicina (*Ketek*) 400 mg-cajas de 10-35,10 €. Contraindicada la administración concomitante con derivados de ergotamina, pimocide, astemizol, terfenadina, simvastatina, atorvastatina y lovastatina. Con precaución en personas con antecedentes de arritmias y otros problemas cardíacos.

- *Efectos secundarios:* Diarrea, náuseas, vómitos, transaminitis, cefalea, ictericia colestática, visión borrosa, *rash*, sofocos, palpitaciones, arritmias, bradicardia, hipotensión, arritmia auricular. Activo sobre todo frente a bacterias gram positivas aerobias, *chlamydiae*, *mycoplasmas*. Resistencia intermedia en *Haemophilus*.

β -lactámicos: Las penicilinas naturales son degradadas por la penicilasa y sólo sirven para Gram positivos.

Penicilina G: bencilpenicilina o penicilina G: *Pekamin* vial 1 MUI. *Penibiot* viales de 1, 2 y 5 MUI, *Penilevel*, *Sodiopen*, *Unicilina*.

Bencilpenicilina-benzatina (penicilina G-benzatina): es de administración intramuscular y de liberación sostenida a lo largo de 1-3 semanas. *Benzetacil* (viales de 1,2 MUI; 2,4 MUI y 600.000 UI) y *Cepacilina* (viales de 1,2 y 600.000 MUI).

Penicilina-procaína: liberación lenta en 24 horas. *Aquilina* (viales 600.000 UI) y *Farmaproina* (viales de 600.000 y 1,2 MUI).

Penicilina V o Fenoximetilpenicilina: única administrable vía oral, pero de absorción errática y sólo se recomienda para gérmenes altamente sensibles: *Penilevel* oral cápsulas de 600.000 UI y sobres de 250 mg.

Fenoximetilpenicilina-benzatina (penicilina V-benzatina) *Benoral* suspensión.

La incorporación de un grupo isoxazol las hace resistir a la penicilasa: por ejemplo la cloxacilina.

Cloxacilina: tratamiento empírico inicial indicado ante toda sospecha de infección por *S. aureus* meticilín-sensible. Se administra a dosis de 0,5-1 gramo cada 4-6 horas administrados con el estómago vacío (1 hora antes o dos horas después de las comidas). En niños se dan dosis de 50-100 mg/kg/día repartidos cada 6 horas, con un máximo de 4 gramos al día. Como efectos secundarios, a parte de los propios de todas las penicilinas, destacar la frecuente elevación de transaminasas, bilirrubina y LDH, sobre todo en niños. Puede provocar leucopenia reversible dependiente de dosis y duración del tratamiento.

- *Anaclosil* cápsulas de 500 mg (envase de 12- 2,9 €; 30- 6 €).

- *Orbenin* cápsulas de 500 mg (envase de 12-3 €) y jarabe de 125 mg/5 ml (frasco 60 ml- 2,7 €).

Las aminopenicilinas, ureidopenicilinas y carboxipenicilinas son penicilinas de espectro ampliado a gérmenes Gram negativos.

Entre las aminopenicilinas destacan la amoxicilina, la ampicilina, la bacampicilina, la metampicilina. Hay asociaciones con inhibidores de la beta-lactamasa:

Amoxicilina-clavulánico: *Geminis EFG* (comprimidos de 500/125) o *Augmentine* 30-40 mg/kg/día; jarabes de 5 ml=125 mg. Sobres de 250 y 500.

Ampicilina-Sulbactam: *Unasyn*. 375-750 mg cada 12 h (1-2 tabletas). 1.700 ptas. Susp 60 y 120 ml. Niños 25-50 mg/kg/día.

Pitiriasis liquenoide

Responde mal a diversos tratamientos: tetraciclinas, macrólidos, UVB o PUVA (mejora pero no modifica historia natural). Corticoides tópicos.

Pitiriasis rosada de Gibert

Aunque el cuadro resuelve espontáneamente en una media de 6 semanas, Kumar *et al.*, en un estudio a doble ciego con 90 pacientes, trataron con eritromicina 250 mg/6 horas durante 2 semanas (25-40 mg/kg en niños), de los que el 73,3% no tenían lesiones tras dicho tratamiento. En el grupo tratado con placebo ningún paciente se había curado en la semana 2 (*J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 241-244).

Pitiriasis versicolor

El sulfuro de selenio aplicado diariamente en tronco y extremidades superiores es el tratamiento tradicional de esta enfermedad. Disponemos de *Bioselenium* champú (100 ml-4,32 € y 35 ml-1,32 €) o *Selegel* champú dejando 2 minutos (disulfuro de selenio 2%). Se pueden usar otros geles que contienen antifúngicos (verlos en Dermatitis seborreica).

Una vez curado se puede recomendar la aplicación dos-tres veces al mes como mantenimiento.

Generalmente se combinan estos champús con antifúngicos tópicos: *Ciclochem*, *Fungowas*, *Micetal* solución (vienen en *spray* y la aplicación es más cómoda) cada 12 horas durante 15 días. La terbinafina es eficaz en sólo una semana. (Ver todos ellos en Micosis).

Formas severas: Itraconazol 2 cápsulas de 100 mg una vez al día durante una semana. (Ver presentaciones en Micosis).

Puede haber recurrencias hasta en el 60% en un año y 80% en dos años. Faergemann *et al.*, comprobó que los pacientes que reciben 200 mg cada 12 horas un día al mes tienen menor riesgo de recidiva (88% permanecieron micológicamente negativos vs. 57% en el grupo placebo en un total de 205 casos) (*Arch Dermatol* 2002; 138: 69-73).

Policondritis recidivante

Prednisona 0,5 mg/kg/día.

La adición de colchicina e indometacina puede disminuir la dosis necesarias de corticoides (JAAD 2002; 46: S22-24).

Porfirias

Fotoprotección solar estricta.

- **Porfiria cutánea tarda:** Las sangrías de 500 ml/día una o dos veces al mes siguen siendo el tratamiento de elección. Generalmente retirando 2-4 litros de sangre suele ser suficiente. Se deben mantener las cifras de hemoglobina por debajo de 12 g/dl. Con este tratamiento se corrige la sobreproducción de porfirinas y se resuelve la fotosensibilidad cutánea, aunque no está tan claro su efecto a nivel hepático. Con las sangrías se logran remisiones de 31 meses de media (6 meses-10 años).

La cloroquina (ver en Lupus) se debe administrar a dosis bajas de 100-300 mg semanales (125 mg dos veces por semana), o hidroxiclороquina 100-200 mg dos veces por semana. Se administra en periodos de 3-18 meses según las series, hasta que la excreción de uroporfirinas es correcta. La cloroquina es más eficaz que las sangrías en reducir los niveles de porfirinas pero es menos beneficioso a nivel hepático.

Dosis altas pueden provocar hepatotoxicidad. Caso de recidiva, que es frecuente, se debe reintroducir la medicación. En caso de anemia o insuficiencia cardíaca o respiratoria es de elección la cloroquina. Algunos autores asocian ambos tratamientos, con lo que se consiguen remisiones más rápidas, pero la combinación de ambos tratamientos produce fiebre y transaminitis y mialgias, y debe ser administrado hospitalariamente (ingreso).

- **Protoporfiria eritropoyética:** Fotoprotección estricta con filtros físicos.

Los betacarotenos tienen una eficacia variable. Deben administrarse a dosis de 50-200 mg/día manteniendo niveles séricos de 500 microgramos/100 ml. Los efectos se notan a partir de 1-3 meses. No se afectan los niveles de protoporfirinas.

Cisteína: 500 mg cada 12 horas, también puede mejorar la fotosensibilidad.

PUVA y UVB-nb protegen al inducir pigmentación e hiperplasia epidérmica.

Evitar sustancias hepatotóxicas.

Para prevenir el daño hepático por acumulación de protoporfirinas se ha sugerido el hierro oral, la hematina endovenosa, las transfusiones sanguíneas, dietas ricas en carbohidratos. Los ácidos biliares por vía oral ayudarían al transporte y secreción de protoporfirina del hígado a la vía biliar. La colestiramina interrumpe la circulación enterohepática.

Los casos con daño hepático severo se someten a trasplante, aunque el nuevo hígado también puede sufrir daño posteriormente.

Está en desarrollo la terapia génica.

- **Porfiria hepatoeritropoyética:** Fotoprotección estricta. Las sangrías no son eficaces. No hay tratamiento eficaz.
- **Porfiria congénita eritropoyética:** Fotoprotección estricta. Es poco eficaz la fotoprotección tópica: es preferible protegerse del sol mediante ropa. Mientras se desarrolla el tratamiento genético, se trata a estos pacientes con beta-carotenos para mejorar la tolerancia al sol, esplenectomía para tratamiento de la anemia hemolítica, hipertransfusiones de hematíes concentrados para suprimir la eritropoyesis y disminuir la producción de porfirinas, desferroxiamina, hematina endovenosa, o trasplante de médula ósea.

Poroqueratosis

Crioterapia, tretinoína tópica, 5-fluorouracilo, exéresis quirúrgica. En general son poco eficaces. Casos anecdóticos de buenos resultados con tacalcitol (*JAAD* 1999; 40: 479-480) y calcipotriol.

Degenera en un 7,5% de casos.

Prurigo nodular

Es conveniente explicar al paciente la naturaleza del proceso, recalcando la importancia de evitar el rascado, e instruyéndole para que lleve las uñas cortas y romas. Se debe hidratar bien porque la xerosis puede aumentar el prurito (recordar que muchos de estos pacientes son atópicos). (Ver en Psicodermatosis algunas técnicas de psicoterapia útiles para evitar el rascado).

- Corticoides tópicos potentes. Incluso en cura oclusiva (lo que además de favorecer la penetración, dificulta el rascado) o infiltraciones de acetónido de triamcinolona.

- Antihistamínicos sedantes (tipo *Atarax*). (Ver Urticaria).

- Ondansetron (*Zofran* 15 comp de 4 mg-90,34 €; 15 comp de 8 mg-148,73 €) se ha usado en algún caso a dosis de 4 mg cada 12 horas.

- Azatioprina a 100 mg/día (*Br J Dermatol* 1996; 134: 1151-1165; 2 casos). (Ver Pénfigo, manejo y presentaciones).

- Ciclosporina: es eficaz pero la recidiva es frecuente tras la suspensión del tratamiento. (Ver Psoriasis).

- Talidomida: probablemente es muy eficaz, pero se ha ido recogiendo en la literatura que estos pacientes desarrollan más neuropatía (hasta el 50%, entre 4 y 12 meses después de iniciado el tratamiento) que pacientes con otras patologías. Es posible que a dosis bajas de 100 mg/día, combinado con nb-UVB, la neuropatía sea menos frecuente, con buenos resultados.

- Calcipotriol: eficacia no demostrada. Se recomienda combinarlo con corticoides tópicos (*Br J Dermatol* 1996; 135: 237-240; *Arch Dermatol* 2000; 136: 807-808). (Ver Psoriasis).

Prurito

- **Prurito braquioradial (actínico):** En un estudio reciente con 21 pacientes ningún tratamiento fue eficaz. La capsaicina tópica tampoco fue eficaz en un estudio controlado con placebo en 16 pacientes (*JAAD* 1998; 39: 803-806).

Recordamos que hay que descartar patología cervical artrósica o tumoral como causa del prurito: algunos pacientes refieren la resolución del cuadro tras la manipulación cervical: hasta 10 de 14 en un estudio australiano (*Australas J Dermatol* 1998; 39: 168-170). Wallengren y Sundler han utilizado técnicas de estimulación eléctrica en campos localizados, con aplicaciones diarias de 5 minutos de duración de corrientes de 0,8 mA. Se consiguió una reducción de la intensidad de prurito valorada por escalas visuales analógicas del 78% a un 42% en 19 pacientes (*Arch Dermatol* 2001; 137: 1323-1325).

En algún caso se ha comunicado respuesta a la gabapentina 600-1800 mg (*JAAD* 2001; 44: 704-5). (Ver en Eritromelalgia).

Se recomienda evitar estrictamente la exposición solar y utilizar ropa que cubra los antebrazos. En muchos casos con esta medida se conseguiría la remisión de la clínica (*Br J Dermatol* 1996; 135: 486-487).

- **Prurito sine materia:** (Una vez descartadas causas subyacentes; los siguientes son tratamientos sintomáticos):
 - Antihistamínicos H1. (Ver en Urticaria).

- UVB es el tratamiento más eficaz. (Ver en Psoriasis).
- Naltrexona 50 mg/día (JAAD 1999; 41: 533-539).
 - Antaxone* 14 cáps de 25 mg-23,42 € y 50 mg-43,99 €.
 - Celupan* 14 comp de 50 mg-48,79 €; 28 comp-84,78 €.
 - Revía* 14 comp 50 mg-46,77 €; 28 comp-84,78 €.

- **Prurito anal:** Descartar hemorroides, fístula, seno pilonidal, fisura, oxiuriasis... Considerar el uso de corticoides tópicos en tandas cortas y pasta Lassar para evitar la irritación local, e incluso antihistamínicos. Se puede formular una pasta Lassar con hidrocortisona 2% y ketoconazol 2% para aplicación cada mañana. En algunos casos puede ayudar evitar dieta rica en cafeína, teobromina, *ketchup*. Evitar uso de jabones, alcohol. Lavados con agua tibia y evitar usar papel higiénico (p. ej., *Cumlaude* toallitas para higiene anal).
- **Prurito vulvar:** Descartar Kathon G de desodorantes, apósitos, duchas vaginales. (Ver Vulvodinia).
- **Prurito acuagénico:** Se suele recomendar antihistamínicos potentes 1 hora antes del baño y aplicar emolientes rápidamente después de él. Otros tratamientos que se usan son: capsaicina tópica 0,025% (*Katrum* 15 g-5,80 €/30 g-9,77 €) aunque provoca una sensación urente que lleva a que muchos pacientes abandonen el tratamiento.

Se ha ensayado también la alcalinización del agua (350-500 g de bicarbonato hacen que el pH del agua suba a 8. Esto mejora al 25% de casos); Propanolol 10 mg 20-30' antes del baño; Clonidina 0,1 mg dos veces al día; Fluoxetina.

- **Prurito solar:** Suele responder a antihistamínicos.
- **Prurito urémico:** Como medidas generales se recomienda hidratar bien la piel con emolientes que contengan ácido láctico, polidocanol, etc. Se suelen prescribir antihistamínicos. Los UVB son el tratamiento más eficaz y puede conseguir remisiones de hasta 6 meses (meta-análisis JAAD 1991; 25: 811-818).

Estos son los tratamientos ordinarios a considerar. Otros tratamientos descritos en la literatura son:

El carbón activado a dosis de 6 gramos al día es útil pero tiene muchas interacciones.

Se ha utilizado el ondansetron 8 mg cada 8 horas (*Zofran*, ver Prurigo nodular), pero un estudio aleatorio doble ciego cruzado con placebo no demostró eficacia tras dos semanas de tratamiento. Lo mismo sucedió en un estudio en que se administró durante 4 semanas 50 mg/día de Naltrexona, que además provoca efectos adversos gastrointestinales en el 35% de pacientes.

Otros tratamientos que se han empleado son los suplementos dietéticos de aceite de onagra, la paratiroidectomía (muy útil en hiperparatiroidismos secundarios), la capsaicina tópica (citas en editorial *Piel* 2001; 16: 421-423).

- **Prurito hepático:** Además del tratamiento tópico con emolientes el tratamiento habitual es la colestiramina.

- *Lismol* 50 sobres de 4 g-11,42 €.
- *Resincolestiramina Rubío* 50 sobres de 4 g-10,96 €.

La dosis es de dos sobres (8 gramos) antes del desayuno y antes de la cena. Antes de las comidas disuelto en medio vaso de leche o zumo de frutas.

No tiene contraindicaciones. Dadas sus propiedades absorbentes es aconsejable no administrar otros fármacos en un plazo de 3 horas. Puede interferir la absorción de vitaminas liposolubles. Puede dar diarrea y estreñimiento que responden bien a los laxantes tipo docusatos o mucilaginosos.

Rifampicina mejoró 52% de 33 niños a 5 mg/kg/d (*Arch Dis Child* 1993; 69: 141-143). Ver en Granuloma de las piscinas, presentaciones y efectos secundarios.

- Cremas comercializadas "antiprurito" (de eficacia poco demostrada en la literatura): *Pramox* crema, gel, emulsión (pramoxina 1%, avena 2%, aceite de jojoba 1%, glicerina 2%, aceite de aguacate 1%).
Tannosynt crema (CN 248088).
Sartol loción (mentol 0,5%, alcanfor 0,5% en parafina) (75 ml-CN 670257 y 150 ml-CN 648803)
Lenoxiol fluido lenitivo (CN243774);
 Pruriced en crema (aceite de borraja y 8% de calamina; 100 g) y gel (calamina y glicocola 1%).

Pseudofoliculitis

No existe un tratamiento satisfactorio. Se recomienda no dejarse la barba ni muy corta ni muy larga y descansos de afeitado. Las máquinas eléctricas generalmente empeoran el cuadro.

Se puede ensayar un tratamiento con cremas con glicólico al 8% o tretinoína al 0,05% aplicada por la noche.

En el mercado existen varios productos para la aplicación antes y después del afeitado, de eficacia dudosa, pero que todos los dermatólogos recomendamos:

- *Medicis* gel preparador del afeitado y *after shave*.
- *Aqua glicolic* espuma de afeitado.
- *Hyfac plus* espuma de afeitado dermatológica (con PO 0,5%, glicocola 1%).
- *Noxzema* espuma de afeitado.
- *LetiDerm* espuma de afeitado y *after shave*.

La erradicación del problema se consigue con la depilación definitiva con láser infrarrojo (810-nm) diode (*LightSheer*) a pulsos de 20-30-ms de 30-40 J/cm² (*Arch Dermatol* 2000; 136: 1343-1346).

Otra opción es la depilación química con productos con tioglicolato.

Pseudomona "hot foot"

Cefalexina vía oral, analgesia, elevación de los pies, compresas frías (*N Engl J Med* 2001; 345: 335-338).

Las piscinas deben ser tratadas con derivados de amonio cuaternario y ozono. La hipocloración del agua no es útil.

Pseudoquiste auricular

Cualquier tratamiento debe intentar evitar el daño del cartílago. Se puede aspirar simplemente o inyectar corticoides. En cualquier caso, después se debe aplicar presión local para evitar la recurrencia. Si la presión es excesiva, se puede producir pericondritis y a la larga la deformidad "en coliflor". Para ello se puede aplicar compresión con polietileno ligero termoplástico (*JAAD* 2001; 44: 285-286).

Oyama *et al.*, además inyectan 0,5-1 ml de una solución de minociclina (0,1-1 mg/ml en suero salino) inyectado a nivel intracartilaginoso seguido de compresión (*JAAD* 2001; 45: 557-565).

Pseudoxantoma elástico

Evitar traumatismos y AINEs. Dieta pobre en calcio para evitar calcificaciones. Control valores lipídicos.

Consejo genético (mayoría de veces HAR).

Psicodermatosis

1) Psicoterapia

En Dermatología puede ser útil sobre todo en trastornos como la neurodermitis, el prurigo nodular, las excoriaciones por rascado compulsivo en el cuero cabelludo, etc.

- **Autorregistro y monitorización diaria de la conducta a extinguir:** El paciente apunta dos veces al día en un cuaderno dedicado sólo para eso cuándo se ha rascado, en qué circunstancias se hallaba y por qué cree que se ha rascado. De esta manera puede identificar situaciones en que se rasca casi siempre y en cambio otras en que casi nunca lo hace: por ejemplo al comer. Esto le puede ayudar a prevenir las situaciones en las que al día siguiente va a sentir la necesidad de rascarse e intentar mentalizarse a no hacerlo.
- **“Contrato conductual”:** Se establece un pacto con el dermatólogo o el psicólogo: en función de las veces en que se ha tenido la conducta a extinguir se aplica un “castigo” que en niños puede ser no ver el programa de TV preferido, o quedarse sin postres. En adultos es más complicado, pero generalmente se hace un pacto por el que el refuerzo negativo tiene repercusiones económicas: prohibición de gastarse un dinero determinado para ocio o para ropa, etc.
- **Inversión de hábitos:** Cuando se sientan ganas de rascarse se pueden apretar los puños y contar hasta 30, ó bien sentarse encima de las manos cerrándolas fuertemente. También puede sugerirse pellizcarse la piel en el lugar del picor como alternativa al rascado. Una técnica de refuerzo negativo es ponerse una goma de plástico en la muñeca y cada vez que se cae en la conducta a extinguir aplicarse un “castigo” tirando de la goma y dejando que haga daño.
- **Exposición *in vivo*:** Con prevención de respuesta, que supone exponer al paciente a la situación ansiógena y prevenir la conducta ritual.
- **Terapias de apoyo.**
- **Técnicas de relajación de Shulz:** Entrenamiento autógeno.

2) Psicofármacos

- **Antidepresivos:** Como norma advertir que la mejoría se nota a partir de las 2-3 semanas y que se mantendrá el tratamiento durante 9 meses. Son de buen pronóstico el inicio brusco, las características melancólicas y la personalidad premórbida normal. Un primer episodio debe tratarse durante 9-12 meses, las recidivas durante 3-5 años y una segunda recidiva obliga a mantener el antidepresivo de por vida.

TRICÍCLICOS:

Se forman por tres anillos: dos bencenos y un anillo central de 7 carbonos. La absorción es total por ser muy liposolubles, aunque lenta por su acción anticolinérgica (disminuye la motilidad) y variable, con un gran efecto de primer paso (30-70%) por lo que poco llega a la circulación sistémica. Son muy liposolubles por lo que la distribución es buena, con un elevado volumen de distribución y alta unión a proteínas (80%), y por lo tanto los niveles plasmáticos son bajos.

A las pocas horas de su administración inhiben la síntesis, recaptación y recambio de noradrenalina (NA), serotonina y en menor grado de dopamina. También pueden producir cierto bloqueo de receptores postsinápticos de NA, 5HT, y Ach. A partir de las dos semanas el principal mecanismo de acción es el bloqueo de la recaptación aminérgica. También disminuyen la sensibilidad del receptor post-sináptico beta y el presináptico alfa-2. Aumentan la sensibilidad del receptor presináptico alfa-1.

A nivel cardíaco bloquean los canales de sodio y por lo tanto estabilizan la membrana en fase 0.

- *Efectos secundarios:*

- Cardíacos: taquicardia sinusal, trastornos de la conducción y repolarización (alarga el PQ, QRS y QT y más raramente altera el ST y la onda T) por el efecto antiquinidínico estabilizador de membrana. Pueden darse arritmias (extrasístoles auriculares y ventriculares) hasta en el 50% de casos si se llega a una dosis de 1 g y en el 100% de casos si se llega a 3 gramos.

- SNC: temblores finos y rápidos (muy frecuentes), somnolencia, alucinaciones, convulsiones (por la disminución del umbral convulsivante), mioclonías, coma.

- Anticolinérgicos: miosis (y visión borrosa), retención urinaria, sequedad de mucosas, taquicardia, temblor, disartria...

- Amitriptilina: potente y rápido pero con muchos efectos secundarios. *Tryptizol* compr de 10 (24-1,09 €), 25 (24-1,60 €; 60-2,28 €), 50 (30-2,89 €) y 75 mg (30-3,32 €). Asociado a medazepam en *Nobritol* (ver más adelante en asociaciones).

- Clomipramina: menos efecto estimulante pero también menos efectos secundarios. Indicado en depresión en pacientes obsesivos, en TOC y en niños con déficit de atención. *Anafranil* grageas de 10 mg (env 50-3,19 €) y 25 mg (env 40-3,62 €); comprimidos de 75 mg (env 28-8,22 €).

- Dotiepina: menos sedante pero más anticolinérgico que amitriptilina. *Prothiaden* grageas de 75 mg (env 28-5,79 €).

- Doxepina: similar a amitriptilina pero menos cardiotoxico. Se inicia a dosis de 25 mg cada 8 horas o tres cápsulas de 25 juntas cada noche. La dosis máxima es de 300 mg/día. *Sinequan* cápsulas de 25 mg (env 30-2,38 € y 100-4,45 €).

- Imipramina: poco sedante pero muy anticolinérgico. *Tofranil* grageas de 10 (60-1,91 €), 25 (50-2,15 €) y 50 mg (30-3,08 €).

- Nortriptilina: muy similar a imipramina. *Norfenazin* 30 comprimidos de 10 mg-1,90 € o de 25 mg-2,11 €. Asociado a diazepam en *Tropargal* (ver más adelante en asociaciones).

- Amoxapina: heterocíclico similar a amitriptilina con menos efectos secundarios. Dosis inicial de 50 mg/8 horas. Dosis máxima 300 mg/día. *Demolox* comp de 50 mg (50-6,32 €) y 100 mg (30-7,50 €).

- Maprotilina: similar a amitriptilina, menos efectos anticolinérgicos pero más convulsivante. Dosis iniciales de 25 mg/día. Máxima de 200 mg/día. Administrar por la noche. *Ludomil* compr de 10 (30-2,23 €), 25 (30-3,06 €) y 75 mg (28-6,94 €).

- Trazodona. *Deprax* 25 (30-2,79 €), 50 (30-2,94 €) y 100 mg (60-8,92 €): similar a amitriptilina pero menos efectos secundarios.

INHIBIDORES SELECTIVOS RECAPTACIÓN SEROTONINA:

- Fluvoxamina: *Dumirox* 50 (30-10,58 €) y 100 mg (30-17,65 €); *Fluvoxamina Géminis*: semivida de eliminación 15 horas. Dosis terapéutica 100-300 mg/día. Efectos adversos: náuseas, vómitos, sequedad de boca, ansiedad (muchas veces se prescriben benzodiazepinas una semana antes del ISRC), somnolencia (algo más sedante que fluoxetina), cefalea, sudoración. Estos efectos son comunes a otros ISRC, así como la disfunción sexual (35-50% de casos); SIADH (sobre todo en ancianos hay que hacer un control analítico en un mes para valorar la natremia); pseudo-síndrome del lóbulo frontal (apatía, desinhibición, afectividad plana, pérdida de la iniciativa...); aumento de riesgo de HDA; interacciones (no se pueden administrar con terfenadina, astemizol ni cisaprida por el riesgo de alargamiento de QT; aumentan niveles de anticoagulantes orales, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, fenitoína, flecainida).

- Fluoxetina: *Prozac*, *Adofen* y *Re neuron* cápsulas, comprimidos y sobres de 20 mg (14-14 € y 28-25 €, aproximadamente), *Astrin*, *Nodepe*... y muchos genéricos.

Dosis terapéutica de 20-80 mg/día. Vida media de 16 días, por lo que cuando se quiera cambiar a otro antidepressivo se necesita un período de "aclorado" largo, de 5 semanas. Es uno de los ISRC más euforizantes pero también el ISRC que causa más ansiedad, por lo que se recomienda iniciarlo con dosis bajas de 5 mg/día o incluso asociado a ansiolíticos. También puede producir náuseas, diarrea y cefalea. Es el ISRC con menor potencial convulsivante.

- Paroxetina: *Casbol* comp de 20 mg-caja de 14-17,58 € y 28-33,19 €; *Frosinor*; *Motivan* y *Seroxat* mismos precios.

Vida media de 21 horas. Dosis terapéutica de 20-60 mg/día. Eficacia similar a fluvoxamina. Produce más efectos anticolinérgicos que otros ISRC. También puede producir los efectos secundarios de los otros ISRS. Junto al efecto antidepressivo tiene cierto efecto antiobsesivo y ansiolítico. Para los obsesivos se dan dosis dobles (20 mg/8-12 horas) combinado a veces con alprazolam.

- Sertralina: *Besitran* 50 (30-31,99 €) y 100 mg (30-47,68 €). *Aremis* comp 50 mg (30-32,52 €) y 100 mg (30-48,46 €).

Hemivida media de eliminación de 26 horas. Dosis terapéutica de 50-200 mg/día. Eficacia similar a fluvoxamina. Efectos adversos: cefalea, náuseas, insomnio. Riesgo mínimo de interacciones. Se puede dar en enfermos de Parkinson y mujeres con mastopatía fibroquística (es el ISRC que inhibe menos la recaptación de serotonina).

- Citalopram: *Seropram* 20 mg (14-15,19 €; 28-30,08 €) y 30 mg (28-39,09 €) y *Prisdal* mismas presentaciones y precios.

La dosis terapéutica es de 20-60 mg/día. Semivida de 33 horas. Efectos secundarios similares a los descritos para fluoxetina. Es el inhibidor más selectivo de la recaptación de serotonina. Muy pocas interacciones.

- Venlafaxina: *Vandral* 37,5 mg (60-41,37 €), 50 (30-26,39 €) y 75 mg (60-67,30 €); *Vandral Retard* 75 mg (30-41,37 €) y 150 mg (30-67,30 €). *Dobupal* mismas presentaciones a precios un poco superiores.

La semivida es de 4-10 horas. Dosis 75-325 mg. Eficacia similar a fluvoxamina. Efectos adversos: náuseas, vómitos, insomnio, somnolencia, sudoración, HTA. No es un ISRS puro: a dosis superiores a 150 mg/día también inhibe la recaptación de NA.

- **Benzodiazepinas:** Actúan sobre el complejo receptor GABA: tienen un receptor propio que facilita la unión del GABA a su propio receptor y este complejo produce la apertura de un canal de cloro anejo. Se trata en concreto de un ionóforo. Al activarse se produce la entrada de cloro con lo que baja el potencial de membrana (se hace más negativo) y así se dificulta la despolimerización de la misma y por lo tanto la transmisión del impulso nervioso.

Este proceso lleva en concreto a la inhibición sobre todo del sistema serotonina/noradrenalina y en menor grado de los dopa/Ach. El efecto final es sedante, miorelajante y ansiolítico. Los efectos secundarios son la somnolencia, amnesia anterógrada, cansancio, debilidad, ataxia, caídas, confusión.

Se debe instruir al paciente (para mejorar el cumplimiento) explicándole que se trata de aliviar su ansiedad, no de provocarle sueño, y que debemos buscar una dosis tal que le mejore la ansiedad sin llegar a darle sueño.

Nunca se deben suspender de forma brusca para minimizar el riesgo de síntomas de abstinencia. Se aconseja reducir un cuarto de la dosis cada semana.

La elección de una BZD se hace según:

Larga (> 48 horas):

Problemas de acumulación y sedación excesiva.

- Clordiazepóxido: *Huberplex* 5 mg (30 grag-1,21 €), 10 mg (30 grag-1,34 €) y 25 mg (30 grag-1,52 €), *Omnalio* comp 10 mg (30-0,94 €; 60-1,45 €).

- Clorazepato dipotásico:

Tranxillium cáps 5 mg (30-1,88 €), 10 mg (30-2,11 €) y 15 (20-2,01 €), comp 50 mg (30-1,88 €).

Dorken comp 5 mg (30-3,35 €), comp 10 mg (30-3,67 €) y 25 mg (30-4,36 €).

- Clobazam: *Noiafren* 10 mg (20 comp-2,28 €) y 20 mg (20 comp-3,41 €): para la ansiedad de la vida cotidiana.

- Diazepam: *Valium* comp de 5 mg (30-1,53 €) y 10 mg (25-1,80 €); *Diazepam Leo* comp de 2 y 5 mg; *Diazepam Prodes* comp de 2,5 y 5 mg: en ansiedad se usa a 10-30 mg/día repartidos en dos o tres tomas. Vida media de 14-100 horas. Concentración pico en 1 hora en adultos y 30 minutos en niños.

- Flurazepam (*Dormodor*).

- Ketazolam (*Sedotime*).

Media (12-48 horas):

- Flunitrazepam (*Rohipnol* comp 1 mg).

- Nitrazepam (*Serenade* comp 5 mg).

- Clonazepam (*Rivotril*): anticonvulsivante, antimanía y antipánico.

- Bromacepam (*Lexatin*).

- Oxacepam (*Adombran*).

- Lormetazepam (*Noctamid*, *Loramet* y *Aldosomnil* comp de 1 y 2 mg): es teratogénico. Riesgo de dependencia. Poca somnolencia diurna.

- Lorazepam (*Orfidal* comp 1 mg; *Donix* grageas de 1 y 5 mg; *Idalprem* comp de 1 y 5 mg): el que da más amnesia (ideal por lo tanto para "cosas que conviene no recordar" como una intervención quirúrgica).

-Alprazolam:

Trankimazin comp de 0,25 (30-2,68 €) , 0,5 mg (30-3,45 €), 1 mg (30-5,40 €) y 2 mg (30-10,61 € y 50-17,55 €).

Trankimazin Retard comp de 0,5 (30-3,91 €), 1 mg (30-6,80 €), 2 mg (30-13,36 €) y 3 mg (30-19,91 €). Hay muchos genéricos. Es de elección para los ataques de pánico. Útil en trastornos de ansiedad con sintomatología depresiva leve. La vida media es de 12 horas, pero sus efectos terapéuticos duran 6 horas. La forma *retard* tiene la misma vida media pero los efectos duran 12 horas.

Corta (3-12 horas): problemas posibles de dependencia. Poco probable que los necesitemos en Dermatología.

Triazolam (*Halcion* comp 0,125 mg): sólo para usos ocasionales. Riesgo de dependencia y de amnesia anterógrada.

Midazolam (*Dormicum* comp de 7,5 mg).

- Metabolitos activos: Triazolam, bromazepam, alprazolam y diazepam tienen metabolitos activos por lo que la acción es más larga y hay riesgo de acumulación.

- **Asociaciones:** (Dosis bajas de un ansiolítico y un antidepressivo. La acción final es predominantemente ansiolítica).

Clorhidrato de amitriptilina 12,5 mg + medazepam 5 mg:

Nobritol 60 cápsulas-3,54 €.

Nobritol F 60 cápsulas con 25 y 10 mg, respectivamente-3,67 €.

Clorhidrato de nortriptilina 12,5 mg + diazepam 2,5 mg:

Tropargal 30 cápsulas-2,28 €; 60 cápsulas-3,69 €.

Flupentixol 500 mcg-clorhidrato de melitracén 10 mg:

Deanxit 30 grageas-3,22 €.

- **Inductores del sueño no benzodiazepínicos:**

Zaleplon (*Sonata* 5 y 10 mg; 14-6 €): vida media de sólo 1 hora.

Zolpidem (*Dalparan* 10 mg 30-4 €; *Stilnox* 10 mg 30-6 €): derivado de imidazopiridinas de acción rápida. Se debe tomar acostado. Puede producir somnolencia residual, mareo, vértigos, cefalea, náuseas, vómitos, amnesia anterógrada, depresión, ansiedad, pesadillas (2-6%).

- **Neurolépticos:** En principio no recomendable su prescripción por dermatólogos. Comentaremos el pimozide y la risperidona.

Pimocide (*Orap* comprimidos de 1 mg; 30 comp-3,53 € y 75 mg-5,23 €): tratamiento de elección del delirio *parasitorem*. Se empieza por dosis de 2 mg/día y la dosis máxima es de 20 mg/día. Hay que practicar un ECG de control porque puede provocar cambios de la repolarización (alteraciones onda T y U). Puede provocar extrapiramidalismo que puede controlarse con biperideno. Biperideno se comercializa como *Akineton* compr 2 mg (20-1,79 €; 50-3,43 €): Se empieza con 1 g/12 horas y se puede llegar a 4 mg/8horas. Puede provocar todos los efectos anticolinérgicos explicados arriba en los antidepresivos tricíclicos.

Risperidona: derivado benzisoxazólico antagonista de muchos receptores. Sobre todo anti 5HT₂, dopa D₂, alfa 1 y alfa 2 y antiH₁. En la esquizofrenia se da a 6 mg/día en una única toma diaria por la noche. Conviene alcanzar estas dosis de forma progresiva. La dosis máxima es de 16 mg/día. Tiene la ventaja de producir menos sedación que otros neurolepticos, que puede tener mayor eficacia que algunos neurolepticos clásicos, pero puede provocar un aumento del peso y es más caro que otros psicofármacos (coste mensual a 6 mg/día es de 27.570 pesetas). Otros antipsicóticos atípicos similares son la quetiapina y la olanzapina.

Psoriasis

1) Tratamientos topicos (Paso I)

- **Corticoides tópicos:** (Ver Eccema). Sus inconvenientes son la taquifilaxia, la recidiva precoz (< 30días), y el posible efecto rebote al dejarlos.

Sin tratamiento de mantenimiento hasta el 60% de casos recidivan al cabo de un mes y un 93% al cabo de un año. Con tratamiento corticoideo de mantenimiento hay recidivas en el 31% al cabo de un mes y en el 71% al año (*Cutis* 1995; 55: 306-310).

Los corticoides sistémicos sólo están indicados en el impetigo herpetiformis por la teratogenia de los otros fármacos. En cualquier otro caso puede provocar la aparición de psoriasis pustuloso.

- **Retinoides tópicos:** Tazaroteno (retinoide de 3ª generación acetilénico) gel 0,05-0,1% (*Zorac*) 1 vez al día. Tan eficaz como corticoides clase II pero irrita más, aunque las remisiones son más largas.

- *Zorac* 0,05% gel 15 g-10,55 € y 60 g-34,77 €.

- *Zorac* 0,1% gel 15 g-11,11 € y 60 g-38,10 €.

Usar con emolientes o corticoides para retirar la hiperqueratosis (además el tazaroteno evita la atrofia cortisónica). Cada vez se usa más en combinación con un corticoide porque además de disminuir la posible irritación por el retinoide, aumenta globalmente la eficacia. Además, el tazaroteno previene la atrofia cutánea por corticoides (*JAAD* 2000; 543-6). Se han desarrollado combinaciones con gran eficacia y menor irritación:

Tazaroteno 0,01% lunes-miércoles-viernes y pomada de clobetasol 0,05% martes y jueves.

Tazaroteno por las mañanas y mometasona por las noches.

Tazaroteno diario durante 45 minutos-1 hora y retirar con agua y jabón por la noche y un corticoide o un emoliente por la mañana.

(Ver más adelante la combinación con ultravioletas).

Actúa de forma selectiva sobre los receptores RAR (y sobre todo el γ más que el β), sin afectar a los RXR. Así se regula la transcripción génica, aumentando la expresión de TIG1 y TIG2.

- **Análogos vitamina D:**

- Calcipotriol 0,005% (dos veces al día):

- Daivonex* crema 30 g-11,57 €; 60 g-32,18 €.

- Daivonex* pomada 30 g-13,31 €; 100 g-37,03 €.

- Daivonex* loción 30 ml-13,26 €; 60 ml-26,28 €.

- Tacalcitol 0,0004% (una vez al día): *Bonalfa* pomada 30 g-18,89 € y 50 g-29,15 €.

- Calcitriol 3 microgramos/gramo: *Silkis* 30g-13.31€ y 100g-37.02€. Se aplica dos veces al día.

Regulan proliferación queratinocitos y su diferenciación. Absorción sistémica es del 1% y los metabolitos son inactivos. Con calcipotriol no superar los 100 g/semana: riesgo de hipercalcemia y nefrolitiasis.

Sin embargo el único efecto secundario en la práctica es la irritación.

Eficacia en 50% de casos. Advertir de que no se alcanza el pico de eficacia hasta las 8 semanas, que hay que lavarse manos tras aplicarse y no tocarse la cara (aunque se ha usado con éxito en cara y pliegues, si se hace debe ser con precaución). En general no es bueno para el "eritema". La descamación periférica en las placas es signo de buen cumplimiento del tratamiento (*Br J Dermatol* 2000; 143: 206-207). No produce taquifilaxia. Efecto sinérgico con ultravioletas. El uso de betametasona a semanas alternas con calcipotriol fue más eficaz que los corticoides solos en un grupo de 25 pacientes (*JAAD* 2000; 43: 61-65).

Daivobet pomada 60g. Una aplicación al día durante 3 semanas.

- **Breas:** Son derivados de la hulla (> 10.000 sustancias como hidrocarburos aromáticos policíclicos tipo bencenos, naftalenos, creosoles, fenoles) o de la madera como pino o enebro (poco usados: menos eficaces e inducen eczema).

Antimitóticos (inhiben la síntesis de ADN del queratinocito, siendo reductores) + sensibilizan a UVA ("efecto ahorrador de luz" en tratamientos con UV). Pueden agravar acné y causar folliculitis.

Bazalin crema asocia la brea de hulla al 2% con fluocinolona 0,025% y AS 3%; 60 g-4,08 €.

FM: Brea de hulla 1-5% + ácido salicílico 0,5-2% + vaselina o ungüento hidrófilo csp (1-2 veces al día). Reembolsable por la S.S.

- *Sistema o método "Goeckerman"* (data de 1921: originalmente era la aplicación durante 24 h de brea y después exposición a lámpara de cuarzo). Después pasó a aplicarse las breas al 1-5% en vaselina durante toda la noche, y después se exponía al paciente a UVB por la mañana. Se pueden dar corticoides por el día. Induce remisión en un 4-5 semanas (40 sesiones). Ya no se utiliza: carcinogenicidad (pulmón, piel, escroto) de alquitranes en trabajadores. Se considera que la brea no es imprescindible y que es el excipiente el que favorece la acción de los UVB.

- **Antralina, ditranol o cignolina (1,8-dihidroxi-9-antrona):** Es un derivado de la crisarrobina (3-metil-ditranol o araroba amarilla), compuesto activo del polvo de Goa (derivado del árbol *Vouacopoua araroba*, llevado por los portugueses de Brasil a India y Mozambique, y que se usaba para las tiñas) o del árbol brasileño *Andira gorotea*. Sintetizado por Galewski, en 1916, al no disponer de cignolina de Brasil por la Primera Guerra Mundial. Por la generación de muchos radicales libres de oxígeno se inhibe la proliferación de queratinocitos y produce cierta inmunosupresión.

Está comercializada al 0,1% como *Psorantrol* (50 g-3,35 €): ditranol 1 mg, AS 1 mg por 1 g.

Usar toda la noche al 0,3-0,5% (fototipos III-IV) ó 0,2% (fototipos I-II) en pasta Lassar csp 150 g (\pm AT0.1, AS3). Si se desea más dura poner "añádase parafina blanda y parafina dura csp pasta dura". Se recomienda formular con salicílico al 1-3% para estabilizar la antralina.

- *Instrucciones para el paciente:*

1. Aplicar con guantes o con depresor sólo en la placa, quitando el exceso con pañuelo, dejando 8-12 h.
2. Se puede cubrir con talco.
3. Advertir de la hiperpigmentación (es buena señal). La pigmentación cutánea se puede tratar con salicílico al 5% o una crema de trietanolamina al 10%-30 g después de retirar el ditranol.
4. Advertir de la posibilidad de irritación (usar sólo en 2-3 placas al principio), no tocar piel sana (se puede proteger con pasta Lassar) ni pliegues, cara o párpados. Esta irritación se evita en cierta medida con alquitranes o UVB o PUVA (no con corticoides tópicos).
5. Usar ropa vieja. Precaución con ropa, cortinas de baño, muebles... La tinción de los muebles se puede paliar con detergentes con hipocloritos, la de la ropa con alcohol 96° durante 5 minutos o con jabones ácido suaves.
6. Retirar con aceite. Después con agua secar con una toalla vieja. La aplicación de una crema con trietanolamina al 10% reduce la pigmentación e irritación. No lavar con jabón porque los álcalis aumentan la pigmentación cutánea.
7. Aplicar un corticoide tópico durante el día, o crema hidratante. Se cita al mes y si se tolera se dobla la concentración.

El ditranol microencapsulado se libera al contacto con superficies calientes como la piel. Irrita menos que el ditranol convencional y penetra más, y evita la oxidación del ditranol. Sin embargo también produce pigmentación cutánea, aunque no de muebles y otros objetos.

Micanol 3% (50 g-17,17 €): se deja aplicado durante 10-30'.

Micanol 1% (50 g-13,82 €) una vez al día. Debe retirarse con agua fría porque con agua caliente se libera el ditranol y se puede extender a la piel contigua. Se utiliza sobre todo para psoriasis del cuero cabelludo.

- **Método de Ingram:** (1953)= antralina + UVB (originalmente era baño de alquitrán seguido de UVB y finalmente antralina al 0,42% en pasta Lassar). Remisión antes que PUVA (20 frente 34 días) pero recidiva más precoz. Como el salicílico añadido al ditranol actúa de fotoprotector, éste debe aplicarse después de los UVB.
- **Short-Contact Therapy:** Desde concentraciones al 0,5% durante 30 minutos. Comprobar irritación a 48 horas e ir subiendo hasta concentraciones del 1-2% durante 10 minutos a 1 hora.
Pauta de ejemplo:
Día 1 y 2: 10 minutos.
Días 3-4-5: 20 minutos.
Día 6º y siguientes: 30 minutos.

Se puede empezar directamente al 1,5% durante 10 minutos.

El tratamiento se hace a diario hasta la remisión y luego una vez a la semana de mantenimiento.

2) Tratamientos sistémicos ULTRAVIOLETAS

- **PUVA (UVA + psoralenos):** (*N Engl J Med* 1974; 291: 1207-1212). Los UVA son radiación de 320-400 nm de longitud de onda.
Los psoralenos son furocumarinas ya utilizadas por griegos y egipcios para el vitíligo hace 2.000 años, que se intercalan entre los pares de bases de ADN en ausencia de luz ultravioleta, y al exponerse a los mismos se forman complejos ADN-psoraleno que impiden la replicación, y así inhibiendo la proliferación celular epidérmica.

Se usa el 8-MOP a 0,6 mg/kg 2 horas antes de los UVA o el 5-MOP a 1,2 mg/kg 1 hora antes.

- Metoxaleno: *Oxsoralen* cápsulas de 10 mg; envase de 25-2,54 €.
- Psoraleno: *Novo Melanidina* compr de 5 mg, envase de 30-2,90 €.

Se debe determinar la dosis fototóxica mínima y empezar las sesiones con el 70-100% de la dosis (aunque quizás dosis mucho inferiores ya tengan efecto antipsoriásico: JAAD 1999; 41: 408-413).

Se debe proteger labios, genitales, ojos y cara a menos de que exista afectación facial.

Para valorar esta dosis conviene esperar 72 horas tras la primera exposición, pues el eritema por PUVA puede aumentar durante 48 horas.

Se recomiendan 4 sesiones semanales, aunque generalmente se hacen 2-3.

- *Efectos secundarios*: eritema, prurito persistente, náuseas y vómitos por psoralenos. Las náuseas se pueden evitar ingiriendo los comprimidos cada 15 minutos con comida, tomando 500 mg de jengibre 20 minutos antes del psoraleno o haciendo las sesiones por la tarde da menos náuseas que por la mañana.

Otro efecto secundario son las quemaduras, que a diferencia de las solares son más tardías (tardan 24 horas en aparecer y el pico es a las 48 horas).

Los tratamientos prolongados provocan en muchos casos la aparición de léntigos.

No se incrementa el riesgo de carcinoma basocelular.

También está demostrado un incremento de 11 veces de riesgo de carcinoma espinocelular. La piel de los genitales del varón es una zona susceptible de desarrollar este tipo de cáncer, por lo que siempre debe protegerse durante las sesiones de PUVA con ropa opaca.

Se ha demostrado también un aumento de incidencia de melanoma. En 1.380 pacientes norteamericanos seguidos durante dos décadas hubo 9 pacientes con melanoma (0,7%). Casi todos habían sido tratados con regímenes agresivos y que recibieron más de 250 sesiones (*N Engl J Med* 1997; 336: 1041-1045).

PUVA también se asocia a la aparición de cataratas.

Recordar que se debe proteger del sol durante el día de tratamiento.

Una vez conseguida la remisión se prolonga el tratamiento 1-2 meses con una sesión semanal.

El uso de dihidroxiacetona permite alcanzar dosis mayores en menor tiempo porque como se pierde más en la piel psoriásica por la mayor velocidad de renovación epidérmica, la piel sana queda protegida para UVA de onda larga (ver en Vitiligo).

(Ver *bath-PUVA photochemotherapy* en Psoriasis palmo-plantar).

También se puede hacer PUVA tópico con cremas con 8-MOP al 0,0006% en crema w/o (30% de agua). La fotosensibilidad es máxima una hora después de la aplicación y dura 3 horas.

- *Asociaciones de PUVA*:

El calcipotriol mejora la respuesta de la psoriasis al PUVA. No queda claro el efecto de los corticoides y de las breas.

La combinación PUVA-retinoides es superior a cualquiera de los dos por separado. Además disminuye los efectos secundarios de ambos tratamientos al utilizar dosis menores radiación y de fármaco. Los retinoides podrían disminuir la tasa de neoplasias cutáneas que el PUVA provoca (ver protocolo más adelante).

La combinación PUVA-metotrexate también es eficaz pero no es recomendable por el incremento de riesgo de carcinomas escamosos.

Una combinación sorprendentemente eficaz (blanqueamiento en 11,6 sesiones) es UVB + PUVA.

- **Ultravioletas B (UVB):** (290-320 nm). Son más seguros (riesgo inferior de quemadura y de cáncer cutáneo) pero poco eficaces tanto en la inducción de remisión como en la duración de la misma respecto de PUVA. El método Goeckerman ya se ha expuesto (se ha visto que a dosis máximas el alquitrán de hulla crudo no tiene ningún efecto, aunque sí el vehículo que podría aumentar la penetración de los ultravioletas; por lo que dicho método se puede utilizar simplemente con emolientes previos a la exposición (*Piel* 2000; 15: 156-160)). Se calcula la dosis eritematogena en zonas no expuestas y luego se empieza a partir del 50% de la misma.

Los UVB en monoterapia pueden producir fotoenvejecimiento, eritema y descamación. No hay datos que indiquen que aumente el riesgo de cáncer cutáneo (*Consensus conference JAAD* 2001; 45: 544-553).

- **UVB de banda estrecha o nbUVB:** Se empezaron a usar con la lámpara Phillips, disponible desde 1984, llamada TL-01. Produce un pico de emisión del 83% entre longitudes de onda de 311 +/- 2 nm (lo que se acerca mucho a los 313 nm que son la longitud de onda óptima para la psoriasis) y un pico mucho menor de 305 nm. Se evitan así las longitudes de onda que provocan mayor eritema, las de menos de 300 nm.

En este último caso, se puede determinar la MED y partir de un 70% de la misma para luego incrementarla un 20-40% dependiendo de la aparición de eritema. Cuanto más cercana a la MED es la dosis, más rápida es la remisión, pero los resultados a largo plazo son iguales si se empieza por dosis bajas, con el consiguiente "ahorro" de dosis total administrada. Se prolonga el tratamiento hasta la remisión, y no se efectúa tratamiento de mantenimiento. Los nUVB tienen una eficacia similar a PUVA según algunos estudios, excepto en cuadros graves. Posiblemente para obtener esta eficacia con nbUVB se necesitan 3 sesiones semanales (*JAAD* 1999; 41: 728-732). Sin embargo, los riesgos son menores tanto a corto plazo (quemaduras) como a largo plazo (cáncer), y además las remisiones con nUVB son más largas. Se puede usar en la infancia y en el embarazo.

- *Protocolo de UVB de banda estrecha:*

Dosis inicial: 200 mJ/cm² (fototipos I-III) ó 240 (fototipos IV-V).

Dosis máxima: 1.400 mJ/cm².

Tres exposiciones por semana.

- *Incremento de dosis:*

En ausencia de eritema aumentar un 10%

Eritema leve asintomático: repetir dosis previa.

Eritema moderado que produce molestias: suspender una dosis y seguir con dosis anterior a la que produjo eritema.

Eritema grave: suspender hasta la resolución.

No comparecencia: si son uno o dos tratamientos perdidos se repite la última dosis y si hay tres tratamientos perdidos valorar reinicio de pauta o tratar con la penúltima dosis.

- **Combinaciones de UVB y otros tratamientos:** El calcipotriol aumenta la eficacia de la fototerapia. Sin embargo, se inactiva cuando es irradiado con UVA, por lo que debe de aplicarse siempre después.

Los métodos de Ingram y Goeckerman ya han sido descritos.

El salicílico y las breas disminuyen la eficacia de la radiación ultravioleta.

Con ditranol el beneficio es muy pequeño y los pacientes se muestran reacios.

Las sesiones de UVB combinadas con corticoides tópicos reducen el tiempo de remisión.

Si se usa tazaroteno 3 veces por semana previamente a UV, se reduce la MED, por lo que se recomienda iniciar a dosis más bajas las sesiones de fototerapia (*JAAD* 1999; 41: 927-930). Se reducen así la dosis total de ultravioletas.

Así, pacientes que reciben 50 mg/día de acitretino pueden no blanquearse totalmente, y en cambio la combinación UVB-acitretino consigue una remisión completa empleando dosis de sólo 10-30 mg/día de acitretino.

La adición de 10-25 mg/día de acitretino consigue repuestas más rápidas y más intensas tanto a PUVA como a UVB. Algunos estudios parecen indicar que se reduce la incidencia de neoplasias cutáneas.

La combinación de metotrexate y UVB es muy eficaz, disminuyendo la dosis total de metotrexate (que se para totalmente tras entrar en remisión), y el número necesario de sesiones de UVB.

También la combinación con acitretino es eficaz.

- *Protocolo Retinoides-Ultravioleta Consensus Conference (JAAD 2001; 45: 544-553).*

- Empezar a dosis bajas de 0,3-0,5mg/kg/día (ó 25 mg/día) durante dos semanas antes de la fototerapia.
- En pacientes con respuestas subóptimas a acitretino en monoterapia, reducir la dosis antes de introducir UVB o PUVA para minimizar el eritema por adelgazamiento de la capa córnea que produce el acitretino.
- En pacientes con respuesta subóptima a UVB o PUVA, reducir la dosis un 50% antes de introducir acitretino.
- Usar dosis de mantenimiento del 75-90% de la dosis final al menos durante 4 semanas. La dosis de mantenimiento de UVB puede bajarse un 10% caso de aparición de eritema. Se pueden dar tratamientos semanales de mantenimiento.

RETINOIDES (III)

Neotigason cajas de 30 comprimidos de 10 mg: 23,31 €. 30 comprimidos de 25 mg: 51,01 €.

El acitretino es el metabolito activo del etretinato. De forma empírica se ha llegado a ver que es el retinoide más eficaz en psoriasis.

Puede conseguir periodos de remisión superior a los que consigue la ciclosporina.

Es de elección en psoriasis pustulosa según AAD.

Obliga a evitar la prevención del embarazo durante 2 años.

Conviene advertir que el consumo de alcohol aumenta mucho la conversión de acitretino en etretinato mediante esterificación, y por lo tanto el depósito en grasa, por lo que es importante que las mujeres no tomen alcohol durante el tratamiento y dos meses después.

Se puede usar isotretinoína sobre todo en mujeres en edad fértil, aunque es mucho menos eficaz. (Ver efectos secundarios en Acné y monitorización).

METOTREXATE (III)

Metotrexato Lederle caja de 50 comprimidos de 2,5 mg-3,57 €.

Emthexate 1 vial de 2 ml a 50 mg/ml-4,75 €.

Metotrexate Almirall 1 vial de 25 mg/ml en 2 ml-5,28 €.

Metotrexato Pharmacia 1 vial de 20 ml a 25 mg/ml-38,77 €.

Se puede dar tóxico al 0,1% (viales de 50 mg, por lo que se deben dar dos viales por 100 g de crema).

Se absorbe rápidamente a través del tracto gastrointestinal. La biodisponibilidad oral varía dependiendo de la dosis administrada, a > dosis < biodisponibilidad: oral, (10-90%), i.m. (75-100%), T_{max}=1-2 h (oral), 30-60 min (i.m.). Su volumen aparente de distribución es de 0,76 l/kg

La leche altera su biodisponibilidad.

El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 50%. Es metabolizado en el interior de las células a las que accede por mecanismo de transporte activo y puede ser retenido en ellas, parte se metaboliza probablemente en el hígado. Algunos metabolitos pueden volver a convertirse en metotrexato.

Tercer espacio elevado por eso se puede dar semanalmente: las dosis oscilan entre 7,5 mg hasta un máximo de 30 mg una vez a la semana o repartido en tres tomas, pero siempre en ayunas.

Se excreta a nivel renal, por eso no se debe dar en nefrópatas.

Se debe hacer una prueba con 5 mg y un primer control analítico a la semana o a los 15 días. Cuando se ha alcanzado la remisión se disminuye la dosis a razón de 2,5 mg por mes. Se recomienda análisis de control con creatinina, hemograma, transaminasas y propéptido procógeno aminoterminal cada mes-dos meses.

Probablemente su mecanismo de acción es a través del linfocito (sólo a dosis altas es antagonista del fólculo y por lo tanto antiproliferativo, y la administración de folínico no reduce su eficacia en psoriasis). Es útil sobre todo en psoriasis pustuloso y eritrodérmica (JAAD 2001; 45: 649-661).

• Efectos secundarios:

Altera la **espermatoogénesis** (advertirlo al varón). Aunque han nacido muchos niños de enfermos que recibían MTX, se recomienda retrasar 3 meses el embarazo.

Hematológicos (sólo 1,4%, pero los responsables de todas las muertes por mielosupresión aguda). Puede disminuir cualquier serie. Es normal que aumente el volumen corpuscular medio. Como medida preventiva se recomienda dar 5 mg/día de ácido fólico:

Acfol 5 mg- 28 comprimidos-3,48 €.

Ácido fólico *Aspol* 50 cápsulas de 10 mg-2,03 €.

Foli Doce (400 µgramos de ácido fólico y 2 µgramos de vitamina B₁₂)
28 compr-3,69 €.

Si el VCM supera los 106 se debe suspender el tratamiento.

El riesgo de mielosupresión aumenta con la edad, la administración concomitante de AINEs o cotrimoxazol, la nefropatía y el déficit de folatos.

El ácido folínico permite el "rescate" caso de toxicidad severa:

Lederfolin 10 comprimidos de 15 mg-9,80 €.

Isovorin (levofolinato) 30 comprimidos de 5 mg-19,77 €.

30 comprimidos de 7,5 mg-27,52 €.

30 comprimidos de 12,5 mg-38,29 €.

Gastrointestinales (10-30%): náuseas, vómitos, diarrea.

Estrategias para el manejo de los vómitos:

- Administrar 5 mg/día de ácido fólico (ver arriba).

- Dividir las dosis a lo largo del día.

- Tomar los comprimidos durante las comidas.

- Administración parenteral.

- Antieméticos: metoclorpramida (*Primperan* 30 comp de 10 mg-2,43 €).

- Haloperidol 20 gotas/8horas; Domperidona (*Motilium* 30 comp de 10 mg-6,83 €).

- Antiácidos.

No se deben dar AINEs por el riesgo de ulcus gástrico.

Hepáticos: aumento transaminasas 8-67%. Se debe parar el tratamiento si suben 3 veces los niveles. Nunca asociar retinoides. Evitar alcohol. Biopsia hepática al llegar a 1.500 mg (son unas 100 semanas a 15 mg/s) o niveles elevados respecto de los basales durante 1 año de PIIINP (péptido aminoterminal de procógeno III) (determinaciones cada 3 meses predicen el riesgo de CH; aunque es poco específico porque aumenta en otras hepatopa-

tías y en la artritis psoriásica; pero de no variar respecto a los niveles basales del paciente permite no practicar biopsia). El riesgo de cirrosis es bajo, casi imposible antes de los 1.500 mg y en los casos que se desarrolla, es una forma muy indolente que no suele progresar. La biopsia hepática tiene mortalidad del 0,03% y morbilidad del 0,15%.

Hepatopatía grado I (normal) y II (esteatosis) permite continuar el tratamiento. El grado IIa (fibrosis leve) obliga a la biopsia cada 6 meses. El grado IIb (fibrosis moderada-severa) y III (cirrosis) obliga a retirar el tratamiento.

La cirrosis hepática por MTX es más frecuente que en la AR (los reumatólogos no hacen biopsias hepáticas).

Inmunosupresión: no se deben dar vacunas vivas. Descritos casos de linfomas que remiten espontáneamente al retirar el fármaco.

Pulmonares: neumonitis intersticial aguda por hipersensibilidad. Puede ser de instauración brusca. Generalmente el paciente refiere tos o respiración entrecortada. Inmediatamente se debe interrumpir la administración de MTX. Fibrosis pulmonar.

Neurológicas: excepcionalmente (< 1%): cefalea, convulsiones; leucoencefalopatía (después de administración i.v. en pacientes con irradiación craneoespinal).

Otros: estomatitis, úlceras mucosas. También mejoran con la administración de ácido fólico. "Recall radiation". Linfomas.

- **Contraindicaciones:** Úlcus gastroduodenal, hemopatías, nefropatías, hepatopatía, alcoholismo, inmunosupresión. La edad se asocia a riesgo de insuficiencia renal funcional. Los diabéticos y obesos tienen mayor riesgo de cirrosis hepática que la población general, por lo que debe considerarse otros tratamientos antes del MTX.
- **Interacciones:** AINEs (pueden reducir la excreción renal de MTX y provocar toxicidad medular por niveles altos; y el propio MTX puede elevar niveles de algunos AINEs como naproxeno; en pacientes con artritis psoriásica que tomen MTX sólo se pueden dar piroxicam o ketoprofeno).

Fármacos antifólico (fenitoína, barbitúricos, sulfamidas).

El probenecid, penicilinas y cefalosporinas, alopurinol, tetraciclinas y sulfamidas (como el trimetoprim-sulfametoxazol), sulfonilureas, retinoides y los salicilatos pueden elevar los niveles plasmáticos de MTX al competir por la unión a proteínas plasmáticas.

El dipiridamol aumenta las concentraciones intracelulares de MTX.

El MTX potencia el efecto de los anticoagulantes.

CICLOSPORINA (III)

| | |
|--|------------------|
| <i>Sandimmun Neoral</i> 30 cápsulas de | 25 mg-28,26 €. |
| | 50 mg-55,06 €. |
| | 100 mg-104,16 €. |

Péptido lipofílico de 11 aa (importan el 1, 2, 3, 11) y 1202D de peso molecular, que se obtiene del champiñón *Tolyopocladium inflatum*. Actúa inhibiendo la función de la calcineurina. Tras su absorción a nivel intracelular se une a la ciclofilina y el complejo resultante bloquea la actividad fosforilasa de la calcineurina. De esta forma no se activa el NF-AT que regula la transcripción génica de IL-2 (ver en Atopia los inmunomoduladores macrolactámicos).

Su absorción es mala y la biodisponibilidad es del 30%, aunque mejora en microemulsión.

Metabolismo hepático por el citocromo p450 y excreción biliar.

Se recomienda empezar a 3 mg/kg/d repartida en dos tomas, e ir subiendo cada dos semanas si es necesario hasta una dosis máxima de 5 mg/kg/d. Otros autores recomiendan empezar a 5 mg/kg/d y reducir la dosis al observar la mejoría para ahorrar dosis total

(incluso dando tratamientos pulsátiles de 2-12 semanas). Recientemente un grupo canadiense obtuvo eficacia similar dando tandas cortas bien hasta la remisión o bien de 12 semanas de ciclosporina a 3-5 mg/kg/día. El hecho de reducir la dosis súbitamente o progresivamente no se asociaba de forma significativa a una recidiva más precoz, por lo que este tipo de disminución de dosis sólo se debe considerar en casos puntuales. La administración de ciclosporina en pulsos reduce el riesgo de efectos secundarios. En este estudio el 71% de los pacientes sólo precisó un ciclo al año (*JAAD* 2001; 44: 643-651).

La AAD recomienda controlar TA, creatinina y BUN cada 2-3 semanas los 3 primeros meses y luego cada mes, controlando además los niveles de uricemia, magnesio, lípidos, función hepática y hemograma.

- **Efectos secundarios:** (En general la ciclosporina es más recomendable para tandas cortas de tratamiento, y el metotrexate para más largos):

HTA: 10-22% de casos, casi siempre leve, puede aparecer desde el principio y no se relaciona con la edad, dosis, ni nefropatía previa. El tratamiento con Ca-bloqueantes tipo nifedipino de elección (o IECA). Si no se controla así se debe suspender el tratamiento.

Nefropatía: precoz (dosis-dependiente, reversible, por vasoconstricción de la arteriola aferente glomerular) o tardía (dosis-dependiente suele ser cuando se usan dosis > 5 mg/kg, pero irreversible: > 1 año riesgo significativo de fibrosis glomerular-atrofia tubulointersticial e hialinosis arteriolar-, por vasoconstricción crónica arteriola glomerular).

La edad es factor de riesgo. Se ha sugerido que el uso de bloqueantes de los canales de calcio puede prevenir el daño renal. En cualquier caso, la actitud a seguir es: si aumenta más de un 30% la creatinina, reducir la dosis un 25%, a 0,5-1 mg/kg/día. Si persiste al mes o la creatinina persiste en valores >10% de los basales, reducir otro 25%. Si persiste al mes, retirar el tratamiento.

Se recomienda determinar 3 veces la creatinina basal y hacer la media por ser un valor variable entre personas.

Trastornos hidroelectrolíticos: hipomagnesemia, hiperpotasemia (generalmente se controla bien sólo con dieta, pero a veces exige la administración de hidroclorotiazida).

Otros: cefalea, temblor, parestesias y neuropatía periférica, transaminitis leves, hipertrofia gingival, sebácea, hipertrichosis, hiperuricemia, hiperlipidemia, inmunosupresión. Por esto último está contraindicada en caso de antecedente de neoplasia, hepatitis y en mujeres se debe practicar citología de cervix.

No es teratogénica y se puede emplear en embarazadas.

También está contraindicada en nefrópatas, hipertensos no controlados, inmunodeficiencia primaria.

- **Interacciones:**
 - Fármacos que aumentan los niveles de ciclosporina: diltiazem, doxiciclina, ketoconazol, fluconazol e itraconazol, macrólidos, metilprednisolona, nicardipino, anticonceptivos orales, alopurinol, bromocriptina, danazol, metoclorpramida, propafenona y verapamilo.
 - Fármacos que disminuyen los niveles plasmáticos de ciclosporina: barbitúricos, carbamecepin, metazol, rifampicina, fenitoína, octeótrido, ticlopidina.
 - Fármacos que aumentan el riesgo de nefrotoxicidad: cimetidina y ranitidina, tacrolimus, trimetoprim, AINEs, aminoglucósidos, anfotericina B y ketoconazol, ciprofloxacino y melfalán.
 - La ciclosporina reduce la eficacia de los anticonceptivos que contienen derivados con progestágenos.

MICOFENOLATO MOFETIL

Cell-Cept 100 cápsulas de 250 mg-153,49 €. 50 comprimidos de 500 mg-153,49 €.

Es una prodroga, un éster morfolinoetil del ácido micofenólico, que es el metabolito activo. El ácido micofenólico producía a menudo diarrea y un 11% de pacientes presentaban herpes zóster.

Es una lactona fenólica que inhibe mitosis por unión específica no competitiva y reversible a la deshidrogenasa de inosina monofosfato. Por lo tanto bloquea la síntesis de *ново* de nucleótidos de guanina. Los linfocitos T y B utilizan esta vía de forma preferente, a diferencia de otras células que usan sobre todo la vía de rescate.

- **Biodisponibilidad:** vía oral, i.m., i.v.: Su biodisponibilidad (a partir del éster morfolinoetilico o mofetilo) es del 90-95%, alcanzando una concentración sérica máxima de ácido micofenólico de 1,6-2,5 $\mu\text{g/ml}$ (dosis orales de 1-1,5 g) al cabo de 6-7 h. Tras de 20 días de tratamiento, estos valores son de 9-11 $\mu\text{g/ml}$, al cabo de 0,7-1,5 h. Los alimentos reducen la absorción oral en un 40%. El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 97%. Es metabolizado rápidamente en el hígado, dando lugar a ácido micofenólico, el cual es también metabolizado a nivel hepático formando el derivado glucurónico correspondiente, sin actividad biológica significativa. Es eliminado en un 85-90% con la orina. Una parte significativa del glucurónico es excretado con la bilis al intestino, donde el metabolito es desdoblado, reabsorbiéndose parte del ácido micofenólico. Su semivida de eliminación es de 11 horas.

- **Posología:** Se suele usar a dosis de 1 gramos cada 12 horas ó 500 cada 6 horas. La dosis se puede disminuir o aumentar en 250 mg/día cada mes. La dosis máxima diaria es de 4 g/día. Se puede usar junto con la ciclosporina, y es útil sobre todo cuando se está reduciendo la dosis de ésta.

Se debe monitorizar: hemogramas completos una vez por semana durante el primer mes de tratamiento, dos veces al mes durante los meses segundo y tercero, y una vez al mes durante el resto del primer año. Se recomienda suspender el tratamiento cuando el recuento de neutrófilos sea inferior a 1.300/ μl , el de leucocitos sea inferior a 3.000/ μl , el de plaquetas sea inferior a 100.000/ μl o los niveles de hemoglobina sean inferiores a 8 g/dl.

- **Interacciones:**

- Aciclovir: se observaron concentraciones plasmáticas de MPAG y aciclovir más altas tras la administración de micofenolato mofetilo con aciclovir que con cualquiera de estos fármacos por separado. Dado que las concentraciones plasmáticas de MPAG y aciclovir aumentan cuando está deteriorada la función renal, existe la posibilidad de que los dos fármacos compitan en la secreción tubular y, como consecuencia, se eleve aún más la concentración de ambos.

- Antiácidos con hidróxidos de magnesio y aluminio: la absorción del micofenolato mofetilo disminuyó tras su administración con antiácidos.

- Azatioprina: no se recomienda administrar al mismo tiempo que azatioprina, ya que su administración concomitante no se ha estudiado.

- Colestiramina: tras la administración de una dosis única de 1,5 g de micofenolato mofetilo a sujetos sanos tratados previamente con 4 g de colestiramina, tres veces al día, durante 4 días, disminuyó en un 40 % el AUC del MPA.

- Ganciclovir: teniendo en cuenta los resultados de un estudio de administración de dosis única a las dosis recomendadas de micofenolato oral y ganciclovir intravenoso, así como los conocidos efectos de la insuficiencia renal en la farmacocinética del MMF y del ganciclovir, se prevé que la administración conjunta de estos fármacos (que compiten por los mismos mecanismos de la secreción tubular renal) produzca un aumento de la concentración del MPAG y del ganciclovir. Como no hay indicios de que se produzca una alteración sustancial de la farmacocinética del MPA no es necesario ajustar la dosis de MMF.

Se deben considerar las recomendaciones de dosis de ganciclovir, así como llevar a cabo una estrecha vigilancia en aquellos pacientes con insuficiencia renal y que estén siendo tratados con MMF y ganciclovir simultáneamente.

- Tacrolimus: se observó un aumento de aproximadamente el 30% del AUC en plasma del MPA y una disminución de alrededor del 20% del AUC en plasma del MPAG en pacientes trasplantados renales estables, en tratamiento con ciclosporina y micofenolato de mofetilo, cuando la ciclosporina se sustituyó por tacrolimus. La Cmax del MPA no se vio afectada y sin embargo la Cmax del MPAG disminuyó un 20%, aproximadamente. El mecanismo de esta interacción no se conoce con detalle. El aumento de la secreción biliar del MPAG unido a un aumento de la recirculación enterohepática del MPA pudieron ser parcialmente responsables de la interacción, ya que el incremento en las concentraciones del MPA asociadas con la administración de tacrolimus fue mas pronunciada en las últimas fases del perfil concentración-tiempo (4-12 horas después de la dosis).

En otro estudio con pacientes trasplantados renales se observó que la concentración de tacrolimus no se veía afectada por micofenolato de mofetilo.

- Probenecid: posible aumento de las concentraciones de MPAG y debido a competencia de los mecanismo de secreción tubular activa.

- Vacunas de organismos vivos: las vacunas de organismos vivos no deben administrarse a pacientes con una respuesta inmune deteriorada. La respuesta de anticuerpos a otras vacunas puede verse disminuida.

• **Efectos secundarios:**

- Dermatológicos: acné (8-9%), erupciones exantemáticas (6-7%).
- Cardiovasculares: hipertensión (28-32%), edema periférico (25-30%).
- Digestivas: diarrea (31-36%), calambres abdominales (31%), náuseas y/o vómitos (19- 24%), estreñimiento (18-23%), anorexia (12-18%), dolor abdominal, dispepsia (13-17%). Suelen mejorar dividiendo las tomas diarias.
- Endocrinos: hiperglucemia (8-12%).
- Genitourinarios: infecciones del tracto urinario (35-40%). Hematuria (12-14%), urgencia urinaria, sensación de quemazón uretral (7-16%), necrosis tubular renal (6-10%).
- Hepatobiliares: (1-9%): incremento de los valores de transaminasas.
- Neurológicos: cefalea (15-20%), temblor (11%), mareos (5-11%).
- Osteomusculares: (1-9%): mialgia, calambres musculares.
- Psicológicos/psiquiátricos: insomnio (9- 11%).
- Respiratorios: infección del tracto respiratorio (22-24%), disnea (15-17%), tos (13-16%), faringitis (9-11%).
- Sanguíneos: leucopenia (23-34%) y anemia (25%). Septicemia (18%), trombocitopenia (8-10%), leucocitosis (7-11%).
- Aumento de incidencia de linfomas en un 1-2% de pacientes, y hasta un 5,5% desarrollan tumores no cutáneos a largo plazo (JAAD 2001; 45: 651-660).

LEFLUNOMIDA

Arava 10 mg 30 comprimidos-83,20 €.

Arava 20 mg 30 comprimidos-97,89 €.

Arava 100 mg 3 comprimidos-36,72 €.

Aportación reducida, diagnóstico hospitalario.

Es N-(4n-Trifluorometilfenil)-5-metilisoxazol-4-carboxamida.

Inmunomodulador isoxazólico que inhibe la dehidroorotato deshidrogenasa (involucrado en la síntesis de novo de pirimidina).

- *Posología en la artritis reumatoide*: adultos, oral: dosis de ataque de 100 mg una vez al día durante 3 días; mantenimiento 10 mg a 20 mg una vez al día.

El efecto terapéutico normalmente empieza tras 4 a 6 semanas y puede mejorar posteriormente hasta los 4 a 6 meses.

- *Insuficiencia renal*: no se recomienda ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve.

- *Procedimiento de lavado*: el metabolito activo de leflunomida, A771726, tiene una larga vida media, generalmente de 1 a 4 semanas. Pueden darse efectos indeseables graves (p. ej., hepatotoxicidad, hematotoxicidad o reacciones alérgicas), incluso si se ha interrumpido el tratamiento con leflunomida. Por tanto, cuando aparezcan estas toxicidades o cuando se cambie a otro DMARD (p. ej., metotrexato), tras el tratamiento con leflunomida o en caso de desear un embarazo, se debe realizar un período de lavado.

- *Procedimiento de lavado*: administrar 8 g de colestiramina 3 veces al día. Alternativamente, 50 g de polvo de carbón activado 4 veces al día. La duración de un lavado completo es generalmente de 11 días. La duración se puede modificar dependiendo de variables clínicas o de laboratorio.

- *Monitorizaciones*: deberán controlarse al comienzo del tratamiento y posteriormente de forma periódica (cada 4 semanas o más frecuente durante los 6 primeros meses, después cada 8 semanas) los niveles de ALT (SGPT). La presión sanguínea debe controlarse antes de iniciar el tratamiento y después de forma periódica. Se debe realizar un recuento hemático completo, incluyendo recuento diferencial de leucocitos y plaquetas, antes de iniciar el tratamiento con leflunomida, así como cada 2 semanas durante los 6 primeros meses y, posteriormente, cada 8 semanas.

• **Efectos secundarios:**

- Frecuente aumento de la presión arterial (habitualmente leve).

- Gastrointestinal/hepatobiliares: diarrea, náuseas, vómitos, anorexia, trastornos de la mucosa oral (a saber, estomatitis aftosa, úlceras bucales), dolor abdominal, elevación de los parámetros hepáticos (transaminasas, especialmente ALT, menos frecuente la gamma-GT, fosfatasa alcalina, bilirrubina). Ha habido casos de insuficiencia hepática y necrosis hepática aguda fatales.

- Hematológico y linfático: leucopenia (leucocitos > 2 g/l), anemia, trombocitopenia ligera (plaquetas < 100 g/l), eosinofilia, pancitopenia.

La incidencia global de infecciones puede incrementarse (particularmente rinitis, bronquitis y neumonía).

- Sistema nervioso: frecuente, cefalea, mareo, astenia, parestesia. Infrecuente, trastornos del gusto, ansiedad.

- Otros: tenosinovitis. Rotura de tendones, alopecia, sequedad de piel, necrosis epidérmica tóxica, eritema multiforme, ligera hiperlipidemia. Los niveles de potasio y ácido úrico suelen disminuir, pequeños aumentos de la LDH y la CK, hipofosfatemia leve.

- Cambio a otros tratamientos: como leflunomida permanece en el organismo durante mucho tiempo, cualquier cambio (p. ej., metotrexato) sin período de lavado podría incrementar la posibilidad de riesgos adicionales, incluso tras un período de tiempo prolongado tras ese cambio.

El tratamiento reciente con fármacos hepatotóxicos o hematotóxicos (p. ej., metotrexato) puede resultar en un incremento de los efectos adversos graves.

Dado que el metabolito activo de la leflunomida, el A771726, se une en gran medida a las proteínas plasmáticas y es eliminado por el metabolismo hepático y secreción biliar, se espera que los niveles plasmáticos de A771726 se incrementen en los pacientes con hipoproteinemia o deterioro de la función hepática. Está contraindicado en los pacientes con hipoproteinemia severa o afectación severa de la función hepática.

En caso de persistir elevaciones de ALT (SGPT) de más de dos a tres veces el límite superior normal, considerar la reducción de la dosis a 10 mg (con seguimiento semanal). Si las elevaciones anteriores persisten o si se supera más de tres veces el límite superior normal suspender el tratamiento e iniciar el procedimiento de lavado.

- Alcohol: debido al potencial de efectos hepatotóxicos aditivos, se recomienda evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento con leflunomida.

- Procreación (recomendación para los hombres): no existen datos específicos sobre el riesgo de toxicidad fetal mediada a través del varón. Sin embargo, no se han realizado los estudios con animales para evaluar este posible riesgo. Para minimizar este posible riesgo, los hombres que deseen ser progenitores, deben considerar el suspender el uso de leflunomida y tomar colestiramina 8 g, 3 veces al día, durante 11 días ó 50 g de carbón activo en polvo, 4 veces al día, durante 11 días. (Ver presentaciones y posología en Prurito hepático).

En ambos casos, debe medirse por primera vez la concentración plasmática de A771726. Posteriormente, debe determinarse de nuevo la concentración plasmática de A771726 tras un intervalo de 14 días como mínimo. El riesgo de toxicidad fetal es muy bajo si ambas concentraciones plasmáticas son inferiores a 0,02 mg/l, y tras un período de descanso, de un mínimo de 3 meses.

OTROS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS. COMBINACIONES

- Metotrexate (7,5-10 mg/semana) + ciclosporina (3 mg/kg/día): en casos recalcitrantes. El uso combinado de ambos fármacos puede ser más eficaz y tener menos efectos secundarios que cada fármaco por separado (*Br J Dermatol* 1999; 141: 279-282).

- Tacrolimus: ver en Atopia. Efectos secundarios similares a ciclosporina, pero no produce hipertricosis ni hiperplasia gingival. Dosis inicial 0,05 mg/kg/día, y se puede subir hasta 0,15 mg/kg/día.

- Hidroxiurea: raramente se usa porque el 50% de pacientes sufren mielosupresión.

- Ranitidina 300 mg/12 h.

- El ácido fumárico consigue mejorías de hasta un 80% del PASI, pero muchos pacientes abandonan el tratamiento por dolor abdominal, diarrea y *flushing*. También puede provocar linfocitopenia y eosinofilia.

- Sulfasalazina: se inicia a 500 mg/8 horas y si se tolera, a los 3 días se aumenta la dosis a 1 g/8horas. Si se tolera, a las 3 semanas se sube la dosis a 1 g/6 horas. La respuesta se debe observar a las 6 semanas. A menudo produce cefalea, *rash*, y diarrea.

- 6-Tioguanina.

- No hay evidencia de que los tratamientos antibióticos antiestreptocócicos mejoren la psoriasis *gutata* (*Cochrane Library* enero 2001). No obstante, hay muchos casos comunicados en que se ha observado dicha mejoría. Incluso hay casos de mejoría tras amigdalectomía.

- No hay estudios prospectivos a doble ciego, randomizados, multicéntricos que demuestren la eficacia de la dieta. En un estudio con 39 pacientes, de los 33 con anticuerpos antigliadina (IgA y/o IgG), 30 tuvieron una mejoría significativa tras 3 meses de dieta libre de gluten. Al reintroducir el gluten en la dieta, en 18 de ellos se apreció recidiva de la psoriasis (*Br J Dermatol* 2000; 142: 44-51).

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Estrategia 1: inhibición de la activación y/o de la migración de los linfocitos T de memoria

Las células T necesitan dos señales para activarse: la presentación de antígeno en unión al complejo mayor de histocompatibilidad I ó II por parte de la célula presentadora de antígeno (CPA, por ejemplo células de Langerhans).

El linfocito une este compeljo mediante su receptor en asociación con el CD4 ó el CD8. Sin embargo, se requiere una segunda señal activadora que es llevada a cabo por una de las siguientes interacciones de moléculas de superficie (coestimulación):

ICAM-1 con LFA-1.

B7 (CD80), CD86 con CD28, CTLA-4.

LFA-3 (CD58) con CD2.

El CD2 es una proteína monomérica de membrana que se expresa en linfocitos T maduros y en timocitos.

Al unirse al CD58 (también llamado LFA-3 ó *leukocyte function-associated antigen 3*) se amplifica la señal primaria generada por la interacción entre el RCT y el antígeno presentado en el MHC. Esta amplificación es lo que se conoce como coestimulación.

- **Alefacept (LFA-3TIP):** *Amevive*

Es una proteína de fusión que combina el lugar de unión (dominio extracelular) del LFA-3 con la porción Fc de la IgG humana (en concreto el Ch2 y el Ch3). Se une de forma específica a linfocitos que expresan CD2 (la mayoría son CD45RO+, de memoria), el ligando natural del LFA-3. De esta forma la célula T no se une al LFA-3 de la célula presentadora de antígeno.

Estas células son las más importantes en la psoriasis. Con Alefacept el número de estas células circulantes disminuye. El 60% de los pacientes mejoran un 50% y un tercio de los mismos mejora un 75%. Alefacept a 0,075 mg/kg en infusión endovenosa o inyección intramuscular produce una inmunosupresión selectiva sobre los linfocitos Th, al parecer sin favorecer infecciones oportunistas, y con resultados significativos respecto placebo. Los pacientes siguen mejorando en los 3 meses posteriores al tratamiento (*N Engl J Med* 2001; 345: 248-255, 284-287).

- **Denileukin Diftitox:** *Ontak*

Es una proteína de fusión que combina IL-2 con una subunidad de toxina diftérica. Sólo las células T activadas internalizan la IL-2. (Ver en Linfomas).

- **Efaluzimab (hu1124):** *Xanelim*

Es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD11a, el cual es a su vez un componente del LFA-1.

LFA-1 es una beta-2-integrina formada por dos péptidos: el CD11a y el CD18.

La expresan los neutrófilos, monocitos, macrófagos, linfocitos, y se pueden unir a las moléculas ICAM-1, 2, 3, 4 y 5 expresadas por las células endoteliales y algunas CPA.

Por lo tanto, media en la activación, en la migración a la piel, y en la función citotóxica de las células T.

Al bloquear el CD11a no se produce la interacción con el ICAM y no se produce la adhesión del linfocito al endotelio ni la coestimulación que permite a las células producir las placas de psoriasis.

Se emplea por vía subcutánea o endovenosa a dosis semanales de 0,3-2 mg/kg. Una única dosis de 0,3-1,0 mg/kg bloquea totalmente el CD11a en sangre y piel durante menos de dos semanas.

A estas dosis, en un estudio controlado con placebo, randomizado, multicéntrico, a doble ciego, en 145 pacientes, se administró a 0,3 mg/kg por vía endovenosa, en una dosis semanal durante 8 semanas, con una mejoría del 48% del PASI (*JAAD* 2001; 45: 665-674).

Puede dar escalofríos, dolor abdominal, cefalea y fiebre a dosis de 0,3 mg/kg. A dosis de 0,6 mg/kg la cefalea puede llevar a suspender el tratamiento.

- **IDEC-114 (Anti-CD80):** Es un anticuerpo monoclonal anti-CD80 (B7-1). De esta forma bloquea la interacción entre esta molécula y el CD28 que es una segunda señal para la

activación de la célula T. Después de esta activación, se sobreexpresa el CTLA-4 en la superficie celular, y al unirse al CD80 se desactiva la célula T y se inhibe la respuesta inmune. El IDEC-114 bloquea la interacción CD28 con el CD80 sin modificar la interacción de éste con el CTLA-4.

Se usa en infusiones endovenosas de 0,05-15 mg/kg.

Puede producir cefalea, astenia, náuseas.

- **CTLA4 Ig:** Anticuerpo quimérico anti B7 (*J Clin Invest* 1999; 26: 2320-2328).
- **Daclizumab:** *Zenapax* 1 vial de 5 ml a concentración de 5 mg/ml- 358,56 €. 3 viales- 971,11 €.

Es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD25, la subunidad alfa del receptor de IL-2 de la célula T. Por lo tanto bloquea la acción de la IL-2 (estimulante de la proliferación en las células T).

En la profilaxis del rechazo agudo de trasplante renal alogénico se usa a 1 mg/kg endovenoso en 15 minutos un día antes del trasplante. En estudios iniciales en psoriasis ha mostrado una eficacia muy discreta (reducción del PASI del 30% sólo en pacientes que puntuaban menos de 36 antes del tratamiento a las 8 semanas) (*JAAD* 2000; 43: 448-458). Se había apuntado la posibilidad de usarlo como tratamiento de mantenimiento en pacientes que entraban en remisión tras el tratamiento con ciclosporina, pero se ha mostrado ineficaz en este aspecto.

- *Efectos secundarios:* alergias. No aumenta la tasa de infecciones respecto a placebo.

- **Basiliximab:** *Simulect* vial 20 mg-1554,39 €.
Anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano (IgG-1K) que actúa uniéndose a la cadena alfa del receptor de la interleukina-2 (antígeno CD25) sobre la superficie de los linfocitos-T activados, impidiendo así la unión de la IL-2 al receptor, que es la señal para la proliferación de las células-T. El bloqueo se mantiene con niveles séricos de basiliximab > 0,2 µg/ml (4-6 semanas) y con niveles inferiores, la expresión del antígeno CD25 vuelve a valores pretratamiento en 1-2 semanas. Basiliximab no produce liberación de citoquinas o mielosupresión.

En la prevención del rechazo del trasplante renal se dan junto a ciclosporina y corticoides, 40 mg de basiliximab en perfusión endovenosa en 30 minutos en dos dosis de 20 mg cada una; la 1ª, durante las 2 h anteriores al trasplante y la 2ª, 4 días después del trasplante 2 horas antes del trasplante.

Según los ensayos clínicos realizados, basiliximab no parece sumarse al perfil de efectos adversos de base observados en pacientes trasplantados.

- **Siplizumab:** Anticuerpo anti-CD2, que se expresa a grandes concentraciones en las células T activadas. Bloquea la interacción CD2-LFA3. Se administra en inyecciones subcutáneas semanales durante 12 semanas. En fase de ensayos clínicos.

Estrategia 2: bloqueo de las citoquinas del patrón Th1 ó desviación inmune al patrón tipo Th2

- **Etanercept:** *Embrel* 4 viales de 25 mg-568,18 €.
Inyecciones subcutáneas dos veces por semana.
Etanercept es un inhibidor competitivo de la unión del TNF a sus receptores de superficie celular, y, por ello, inhibe la actividad biológica del TNF. El TNF y la linfoxina son citoquinas proinflamatorias que se unen a dos receptores de superficie diferentes: los receptores del factor de necrosis tumoral (RFNT) 55-kilodalton (p55) y 75-kilodalton (p75). Ambos RFNT existen de forma natural unidos a la membrana y en forma soluble. Se cree que los RFNT solubles regulan la actividad biológica del FNT.

Etanercept es una proteína de fusión de la Fc del receptor p75 del factor de necrosis tumoral humano, producida por tecnología del ADN recombinante en un sistema de expresión de mamífero, el ovario del hámster chino (CHO).

Usa el dominio extracelular del TNF-alfa unido a la porción Fc de la IgG1 humana. Se une biológicamente al TNF alfa y lo inactiva. No es un anticuerpo monoclonal. Es humanizado y por lo tanto es poco inmunogénico.

La posología en artritis reumatoide es de 25 mg, administrado dos veces a la semana como inyección subcutánea, es la dosis recomendada para una respuesta terapéutica óptima. Una dosis de 25 mg una vez a la semana ofrece una respuesta más lenta y puede ser menos efectiva.

En psoriasis, en un estudio doble-ciego, controlado con placebo, de 60 pacientes con artritis psoriásica, el 26% de pacientes consiguió una mejora del 75% del PASI en el grupo que recibió etanercept. Una lesión considerada "diana" mejoró el 50% en comparación con el 0% en el grupo placebo. Debe tenerse en cuenta que en ambos grupos había pacientes que recibían corticoides y metotrexate (*Lancet* 2000; 356: 385-390).

- *Efectos secundarios*: lo más frecuente son las reacciones locales tras la inyección (37% de pacientes).

Posibilidad de infecciones y enfermedades malignas. En un estudio con 49 pacientes con artritis reumatoide tratados con etanercept, no hubo evidencia de depresión de hipersensibilidad de tipo retardado, disminución de los niveles de inmunoglobulinas o cambio en el número de poblaciones de células efectoras.

Sólo aparecen anticuerpos neutralizantes en el 5% de pacientes.

En algunos pacientes aparecen autoanticuerpos: un 11% desarrollaron AAN positivos ($\geq 1:40$) respecto al 5% en el grupo placebo. El porcentaje de pacientes que desarrolló nuevos anticuerpos positivos anti-ADN de doble filamento fue también superior por radioinmunoensayo (15% de los pacientes tratados con etanercept en comparación con el 4% de los pacientes tratados con placebo) y con el ensayo *Crithidia luciliae* (3% de los pacientes tratados con etanercept en comparación con ninguno de los pacientes tratados con placebo). La proporción de pacientes tratados con etanercept que desarrollaron anticuerpos anticardiolipina aumentó de forma similar en comparación con los pacientes tratados con placebo. Ningún paciente desarrolló signos clínicos que sugirieran un síndrome de tipo lupus u otras enfermedades autoinmunes nuevas.

Se ha comunicado exacerbación de procesos desmielinizantes como esclerosis múltiple, reacciones alérgicas, plaquetopenia y anemia aplásica. Algún caso fue fatal.

- **Infliximab**: Remicade viales de 100 mg/20 ml-637,59 €.

También bloquea el TNF-alfa. Es un anticuerpo monoclonal de ratón contra el TNF-alfa humano. Una única perfusión de infliximab a dosis de 5 mg/kg administrada a un paciente con Crohn y psoriasis hizo que ambas enfermedades entraran en remisión (la psoriasis a las dos semanas de la infusión). (*JAAD* 2000; 42: 829-830). Dos casos recientes de eritrodermia rebelde a otros tratamientos también entraron en remisión de 3-4 meses tras una única perfusión (*Arch Dermatol* 2002; 138: 644-648). En un estudio randomizado con 22 pacientes, 17 (73%) se blanquearon o casi se blanquearon tras tres infusiones en 6 semanas (*Lancet* 2001; 357: 1842-1847).

Produce una mejoría marcada a partir de las dos semanas del tratamiento en el 82-91%, mejoría que puede perdurar más de 6 meses. Es compatible con metotrexate y no produce nefro ni hepatotoxicidad.

En estudios clínicos con infliximab, las reacciones adversas medicamentosas (RAMs) se observaron en el 57 % de los pacientes tratados con infliximab y en el 36 % de los pacientes tratados con placebo.

Se ha observado una reacción de hipersensibilidad tardía en un número significativo de pacientes con enfermedad de Crohn (25 %) que se volvieron a tratar con infliximab después de un período de 2 a 4 años sin tratamiento con infliximab. Los signos y síntomas incluyen mialgia y/o artralgias con fiebre y/o *rash* dentro de los 12 días después de la vuelta al tratamiento. Algunos pacientes también experimentaron prurito, edema facial, en la mano o labial, disfagia, urticaria, dolor de garganta y/o cefalea.

El 19% de pacientes que reciben infusiones de infliximab presentan fiebre o escalofríos y más raramente dolor torácico e hipo o hipertensión. También se ha comunicado prurito y urticaria. A veces también se desarrollan anticuerpos neutralizantes y el paciente presenta reacción tipo enfermedad del suero días después de la infusión. Se han comunicado varios casos de infecciones posteriores al tratamiento (reactivación de tuberculosis en pacientes con enfermedad de Crohn o artritis reumatoide). Sólo se han comunicado reacciones severas en <1% de los pacientes.

Otros: náuseas, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, depresión, confusión, agitación, amnesia, apatía, nerviosismo, somnolencia.

- **ABX-IL8:** ABX-IL-8 es un anticuerpo monoclonal totalmente humano que bloquea IL-8. Esta citoquina es segregada en grandes cantidades por queratinocitos y células inmunes en las placas de psoriasis, y se cree que media en la atracción de linfocitos y neutrófilos. Se piensa que probablemente no es tan importante como el TNF alfa en psoriasis. En un estudio controlado con placebo de 45 pacientes con psoriasis usando este anticuerpo a dosis crecientes de 0,03-3,0 mg/kg, el 30% de los que recibieron dosis máxima tuvieron una mejoría del 50% o más del PASI (comunicación personal Dr. Krueger citado en *Der Clinics* 2001; 19; 649-657).
- **SMART Anti-IFN γ :** Anticuerpo monoclonal anti-IFN gamma.
- **IL-10 recombinante:** *Tenovil*.

La IL-10 es importantísima en la *down-regulation* de las respuestas Th1.

Otra posibilidad en el futuro es buscar tratamientos que desplacen el tipo de respuesta Th1 al Th2.

La IL-10 promueve la expresión de selectinas en el endotelio vascular, promueve la sobreexpresión de anticuerpos y la proliferación de células B e inhibe la actividad presentadora de antígeno de las CPA.

La IL-10 vía subcutánea produjo una mejoría del PASI del 68% en 10 de 14 pacientes tras 6 semanas de tratamiento (*J Invest Dermatol* 1998; 111: 1235-1236).

En un estudio con 10 pacientes, en los que recibieron 8 mg/kg diariamente se registró una mejora del PASI del 45%. De los que recibieron 20 mg/kg tres veces por semana, la mejora fue del 65% (*Arch Dermatol* 1999; 135: 187-192).

En un estudio reciente de 28 pacientes controlado con placebo, las inyecciones de 20 mg/kg subcutáneas 3 veces por semana durante 12 semanas no mostraron ser superiores a placebo (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1341-1346).

- *Efectos secundarios:* fiebre, cefalea, fatiga, inhibición de las respuestas de hipersensibilidad retardada.

También se está investigando la IL-4.

- **Oprevelkina:** *Neumeg*
Es IL-11 (patrón Th2) recombinante, aprobada por la FDA para la trombocitopenia inducida por quimioterapia. Se inyecta por vía subcutánea.
Se observó una respuesta clínica en 7 de 12 pacientes tratados en un ensayo clínico fase I reciente (*J Clin Invest* 1999; 104 (11): 1527-1537).

PSORIASIS EN LOCALIZACIONES ESPECIALES

- Onicopatía psoriásica:** Los resultados suelen ser pésimos a no ser que se instaure un tratamiento sistémico que consiga que además mejoren las uñas.

Como tratamiento específico de las uñas se suelen emplear corticoides potentes en cura oclusiva.

Las infiltraciones de triamcinolona cada 2 semanas puede mejorar el 75% de los casos, pero son dolorosísimas y difícilmente el paciente las soporta.

La onicectomía química mejora el 50% de los casos.

Se puede usar también PUVA tópico: solución de 8-MOP 1% en 1ml (disolver 0,5-1ml en 2 litros de agua) ó 5-MOP 0,1% en 100 ml (disolver 5 ml en 1,6 l de agua).

Algunos autores han usado:

 - 5-Fluorouracilo al 1%
 - Ditranol 0,4-2% en ungüento hidrófilo csp 30 g 1 vez al día durante 30' y retirar con agua. Crema de trietanolamina al 10%-30 g a continuación para evitar la pigmentación.
 - Se ha empleado también el calcipotriol.
- Psoriasis plantar:** A parte de todos los tratamientos tópicos y sistémicos descritos, tradicionalmente se han usado:

Pomada cetílica FE IX csp 100 g con AT 0,1%, urea 20 ó 30% +/- MTX 0,1% (hacer otra receta con ampollas de 50 mg de MTX y que el farmacéutico añada 2 cada 100 gramos de crema).

Pomada cetílica 100 g + AT 0,1% + U30% + agua destilada 30 g.

Gel celulósico hidroalcohólico csp 120 g+ propilenglicol 60% + salicílico 6% + AT 0,1% cuando es muy hiperqueratósica.

En las pustulosis palmoplantares se ha empleado PUVA tópico en baño o con cremas de 8-MOP al 0,0006% (*Phthodermatol, Photoimmunol Photomed* 1999; 15: 47-51) y sistémico, sulfonas, colchicina, metotrexate, ciclosporina A y retinoides. Puede ser útil el cloruro de aluminio hexahidratado al 20% en solución acuosa tres veces al día (*Actas Dermosifiliogr* 2000; 91: 416-419).
- Grietas:** Toques con nitrato de plata (*Argenpal* varillas 10-2.81€). Es doloroso.

Propilenglicol puro 50 ml (queratolítico a partir del 40%) algo menos eficaz pero no es doloroso.

Vendaje con esparadrapo ("taping").
- Psoriasis invertida:** Es difícil de tratar: las cremas de corticoides fácilmente provocan la aparición de grietas, y los otros tipos de crema fácilmente irritan.

Se recomienda aconsejar evitar el roce poniendo gasitas bajo sujetador, usar sólo corticoides clase I-II advirtiendo del riesgo de atrofia. Se pueden usar breas en crema o haciendo baños con *Emolytar* baños 350 ml-12,13 €; 500 ml-17,74 €.

Se ha empleado la tintura de Castellani.

La ciclosporina A al 5% en aceite de almendras no es eficaz.
- Cuero cabelludo:** (En las formas leves ver champús y lociones en Dermatitis seborreica).

En casos moderados de falsa tiña amiantácea se puede emplear el aceite de almendras puro (algunos autores asocian boricina 3%, que se obtiene en droguerías, pero si se usa en áreas extensas se puede absorber y es nefrotóxico) durante una hora para reblanecer las costras, y una hora después una solución de ácido salicílico 10% en vaselina. Se hace durante 3 días.

En casos severos ataque con crema *Novo Darier* (crema base lanette, acetónido de triamcinolona 0,1% + urea 7% + ácido salicílico 7% + resorcina 7%). Recordar que puede manchar la ropa. Aplicar por la noche con un gorro de plástico y retirar por la mañana con champú, ayudando mecánicamente a retirar las costras.

Se ha dado también Metotrexate 0,25% en *spray*-gel.

En casos de recidiva precoz mantenimiento con AT 0,1%; undecilato de neomicina 2% + excipiente hidroalcohólico y emolientes csp 125 mL "hágase en *spray* ecológico".

Con breas se puede dar ácido salicílico 5% + azufre 10% + aceite de enebro 20% en vaselina o ungüento hidrófilo.

Champú de ataque: piritiona de zinc 2% + bioazufre 5% + coaltar 12% + ketoconazol 2% + hidrocortisona 2% + aceite de enebro 2% champú tensioactivo anfótero csp 200 g (detergente sulfonado aniónico) pH= 5,5.

Pterigium inversum unguis

Se ha ensayado la electrocoagulación, cirugía, pomadas de tretinoína, clobetasol, urea al 20% y ácido salicílico al 50% sin ningún resultado.

Pustulosis aguda

La pustulosis aguda generalizada suele ser siempre postestreptocócica (menos frecuentemente farmacológica) y se resuelve sola en una o dos semanas. La pustulosis exantemática aguda generalizada es una toxicodermia.

Las pustulosis palmoplantares las consideramos en el capítulo de psoriasis porque el tratamiento es similar.

Queilitis angular

Tratar con cremas con antifúngicos, corticoides y antibióticos. (Ver presentaciones en Intertrigos).

La prevención de la recidiva se debe hacer instruyendo al paciente para que procure tener seca la comisura bucal. Si las recidivas son muy seguidas se puede dar un tratamiento coadyuvante con cremas protectoras con óxido de zinc e ictiol (por ejemplo Ictiol crema con ictiol 1%, óxido de zinc 6%; 6,26 €).

Queilitis granulomatosa

Existen muchos tratamientos. El problema es la elevada frecuencia de recidivas:

- Clofacimina 100 mg/12 horas 10 días y luego repetir 2 ó 3 días por semana (dosis de mantenimiento 200-400 mg/semana durante 4-6 semanas).

Lampren cápsulas de 100 mg (100 cápsulas-13,23€). (Ver en Lepra).

- Metronidazol (*JAAD* 1992; 27 (4): 629-630). (Ver Rosácea).

- Infiltraciones de corticoides (1 ml de acetónido de triamcinolona a 10 mg/ml) cada 2-3 semanas. Se puede combinar con queiloplastia. Suelen necesitarse infiltraciones periódicas cada 4-6 meses como mantenimiento.

- Si hay infiltración granulomatosa extensa se pueden dar corticoides vía oral a 1 mg/kg/día reduciendo la dosis en 6 semanas. La adición de minociclina 100 mg/día puede tener efecto sinérgico. Probablemente éste es el tratamiento de elección en la infancia (*Br J Dermatol* 2000; 143: 860-863).

- Recientemente se ha descrito por Camacho que la combinación de queiloplastia (que por sí sola siempre conlleva recidiva) con infiltraciones de acetónido de triamcinolona y tetraciclina a 2 gramos al día durante 6 meses consigue la remisión completa del cuadro sin recidivas posteriores.

- Algunos casos han respondido a talidomida.

Queloides y cicatrices

- El tratamiento más usado son las infiltraciones con triamcinolona sin diluir. Previamente a las mismas se puede aplicar crioterapia que además tiene cierto efecto "anestésico" que disminuye el dolor por las infiltraciones.

Este tratamiento no elimina el queloide: sólo lo consigue "aplanar" y elimina el prurito o el dolor que a veces producen los queloides.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las infiltraciones de corticoides, las infiltraciones combinadas con 5-fluorouracilo intralesional, el 5-FU intralesional solo o el láser de colorante pulsado de 585nm en un pequeño estudio de 10 pacientes (*Arch Dermatol* 2002; 138: 1149-1155).

- Compresión y aplicación de silicona:

Silipack parche y Gel (12-24 h al día x 3 meses).

Mepiform safetac: apósito siliconado que ejerce cierta presión. No requiere fijación adicional. Se corta el apósito, dejando 1cm de más como mínimo. Se puede dejar 24 horas, se puede duchar, y se puede dejar hasta 7 días. Hay de 4 x 30 cm, 5 x 7,5 y 10 x 18 cm. Pueden aplicarse cremas. (*Lab. Molnlycke*).

Apósitos de poliuretano: *Trofolastin* reductor de cicatrices 5 x 7,5 cm-21 €. 4 x 30 cm -38,95 €. 10 x 18 cm-44,93 €.

- Ácido retinoico 0,05% dos veces al día durante 3 meses.
- Cirugía: la exéresis simple conlleva una recidiva de 50-80% de los casos. Si después de la exéresis se aplican corticoides recidiva < 50% casos. Cirugía + interferón- α intralesional durante la exéresis y a la semana. Recidiva 8% en series pequeñas. En los casos de lóbulo de la oreja: cirugía + compresión. También se ha probado el verapamilo intralesional postcirugía. Un grupo de Miami comunicó ausencia de recidiva en 13/13 casos con imiquimod al 5% por la noche durante 8 semanas desde el día posterior a la cirugía (2001 *Meeting Worcester Dermatological Society*).
 - Bleomicina: inhibe la incorporación de timidina al ADN. 15 mg de bleo + 8 ml de suero + 7 ml xilocáina 1%; inyecciones de 0,1 a 1 ml a 1 mg/ml, una vez a la semana; máximo 5 (*Ann Dermatol Venereol* 1996; 123: 791-794).
 - En casos aislados fue útil la irradiación con UVA1, pues es sabido que los UVA estimulan la colagenasa (*Arch Dermatol* 1999; 135: 348-349).
 - Productos de parafarmacia (eficacia no probada): aceite de rosa de mosqueta: *Repavar, Lab. OTC; Cicapost Isdin* lleva también niacinamida, vitamina E, dexpanthenol, triterpenos de centella asiática.

Quemaduras

1) Reposición de líquidos:

- **Regla de Evans:** 1º d: 1 cc coloides/% SCQ/kg + 1 cc cristaloides + 2.000 ml sg 5%. 2º d: ½ coloides y cristaloides y 1.500 ml sg 5%. 3º d: reducir progresivamente.
- **Parkland:** (Si > 15%) sondar para asegurar cálculo corredo diuresis.

1º: Ringer lactato 4 ml/kg/%SCQ, la mitad en 8 h y resto en 16 h (no se dan coloides porque por la permeabilidad aumentaría el edema y no se repone volemia).

2º: Cristaloides (p. ej., SG5%) 30-40% del 1º día, ajustado x diuresis/h (adultos: 40-50 ml/hora exc quemaduras eléctricas 80-100 ml/h)+ coloides (SG5%): 0,3-0,5 ml/kg/%SCQ (plasma fresco congelado o albúmina diluida en salino).

3º: SG5% ajustado diuresis + iones. Sangre a quemados de 3º grado dp primeras 48 horas (el calor destruye 15% de eritrocitos x 20% SCQ + hemólisis retardada). Diuréticos a quemaduras de alto voltaje (gran destrucción tisular).

Puede ser necesario bicarbonato si hay acidosis metabólica. Considerar reponer el sodio; bajar potasemia.

1) Analgesia (*Dolantina*, morfina pueden ser necesarios).

2) Curas: (Ver el tratamiento tópico de las lesiones en Úlceras). Escarotomías y fasciotomías si signos de isquemia.

3) Si las quemaduras están infectadas se debe administrar antibioticoterapia que cubra *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacterias*, *S. aureus* y *S. pyogenes*: vancomicina 1 g cada 12 horas ev + amikacina 10 mg/kg cada 12 horas + piperacilina 4 g cada 4 horas ev o teicoplanina 400 mg cada 12-24 horas. Se puede dar media dosis de penicilina en el tejido subescara con eliminación quirúrgica en 12 horas.

4) En niños con quemaduras del > 40% de superficie cutánea, los beta-bloqueantes como propranolol disminuye el gasto energético y el catabolismo muscular, en un estudio en que 13 niños fueron tratados con 0,33-1,05 mg/kg cada 4 horas, mientras otros 12 se usaron como grupo control, lo que se tradujo en menor consumo de oxígeno y pérdida de grasa (*N Engl J Med* 2001; 345: 1223-1229).

- Profilaxis antitetánica.
- PFX TEP.
- PFX antibiótica en quemaduras no infectadas sólo en las eléctricas (anaerobios).
- Profilaxis ulcus de estrés.
- Vigilar la neumonía como primera complicación.

Queratolisis plantar *sulcatum*

Hacer baños o fomentos con sustancias astringentes (ver en Eccema agudo), como por ejemplo: alumbre (sulfato aluminico potásico) 25 g + ácido bórico 10 g. "Para un sobre. Iguales 20". Se disuelve en ½ litro de agua cada papelillo, pediluvios de 15' mañana y noche.

También se puede dar formaldehído al 5-10% en alcohol 96 ó agua.

Después de los baños dar antifúngicos tópicos como el tolnaftato tópico (*Micoisdin spray*) o miconazol (*Canesten*). (Ver Micosis).

Queratolisis *punctata*

Se resuelve con antibióticos tópicos (ver "piodermis") y con tratamiento astringente (ver "hiperhidrosis"). En nuestro Servicio recomendamos un baño de pies con formol al 10% durante 15 minutos seguido de una aplicación diaria durante una semana de una crema de ácido fusídico.

Queratosis actínica

- **Crioterapia**
- **5-fluorouracilo:** 5% (Efudix pomada 20 g-3,73 €). Se aplica tres veces por semana, por la noche, durante 3-6 semanas. Otra forma de aplicarlo es diariamente hasta que aparezca una erosión, momento en el que se deja de aplicar la crema y se espera a la epitelización. Se debe instruir bien al paciente: Advertir de la posibilidad de irritación y de que la misma desaparecerá al dejar de aplicar la crema. Caso de excesiva irritación se debe dejar de aplicar la crema. No tratar más de 2-3 lesiones simultáneamente. El resto de lesiones se abordarán más adelante. Tratar las lesiones que "se palpan", no sólo las que se ven.
- **Imiquimod:** 5% (*Br J Dermatol* 2001; 144: 1050-1053) tres veces por semana durante 6-8 semanas. (Ver en Condilomas, presentaciones y efectos secundarios).
- **Cirugía:** Se puede considerar en lesiones hiperqueratóticas grandes.
- **Diclofenaco:** Al 3% en gel al 2-5% de hialuronan (*Solaraze*). (*Br J Dermatol* 2002; 146: 94-100; *Int J Dermatol* 2001; 40 (11): 709-713).
- **Terapia fotodinámica**
- **En lesiones muy inflamatorias** y muy molestas, muchos dermatólogos aconsejan la aplicación durante 2-3 días de un corticoide como tratamiento sintomático. (Ver en Eccema).

Queratosis artefacta

Evitar la fricción compulsiva. (Ver Psicodermatosis).

Queratosis liquenoide benigna (Enfermedad de Nekam)

Calcipotriol tópico mejora el aspecto inflamatorio de las lesiones y posiblemente sea el tratamiento tópico de elección. Los mejores resultados, sin embargo, se obtienen con PUVA y tretinato.

Queratosis seborreica

Electrocoagulación y curetaje (probablemente da el mejor resultado estético), crioterapia (a menudo resultados cosméticamente peores), tricloroacético.

El *Rook* aconseja recomendar al paciente que los “acepte”.

Quiste mucoide

- Vaciado tras la punción del quiste y aplicación posterior de crioterapia con nitrógeno líquido y/o infiltraciones con corticoides como triamcinolona (*Trigon*) diluido al 1:3.

- Eventualmente exéresis quirúrgica, aunque al no tener cápsula a veces cuesta determinar los márgenes de extirpación.

Reticulohistiocitosis multicéntrica

Se ha tratado esta rara entidad con: AINEs, corticoides sistémicos, hidroxicloroquina y metotrexate.

Rosácea y dermatitis perioral

• Tratamientos sistémicos:

- Metronidazol:

Flagyl comp 250 mg (20-2,28 €).

Metronidazol Normon EFG 250 mg (20-1,85 €).

Tricowas B comp 250 mg (20-2,01 €).

Se recomienda una tanda inicial de 250 mg cada 12 horas durante 15-20 días (hasta la remisión parcial) y prolongar el tratamiento a 250 mg cada 24 horas durante un mes más. En la dermatitis perioral alargar el tratamiento 3-8 semanas más. Si hay afectación ocular mantener hasta 3-6 meses después de la remisión. Si es severo incluso más. Hay que advertir al paciente de que hasta el 60% recidivará en 6 meses.

El metronidazol forma parte con el tinidazol y el ornidazol de la familia de los nitroimidazoles, antibióticos que reducen el potencial de óxido-reducción de la célula por lo que liberan componentes intermedios de vida media corta y radicales libres que llevan a la lisis celular. Es un antibiótico en principio activo frente a anaerobios y parásitos.

- Como *interacciones y efectos secundarios destacan*: efecto disulfiram (no se debe tomar con alcohol), potencia los anticoagulantes. Puede producir cefalea, dolor abdominal, sabor metálico, náuseas. Es teratogénico. Puede producir neuropatía e incluso convulsiones en usos prolongados, en altas dosis o en individuos con alteraciones del SNC.

- Alternativas: minociclina 100 mg/d, doxiciclina 100 mg/d, eritromicina, amoxicilina. Para la variante antes llamada "acné *agminata*" es de elección la sulfona.

- Isotretinoína 0,5 mg/kg/d 4-6 meses mejora la inflamación, la seborrea y la hiperplasia sebácea en rinofima. Dosis bajas de 10-20 mg al día por 4-6 meses, aunque se debe valorar que los retinoides pueden empeorar la queratitis (*Arch Dermatol* 1998; 134: 884-885). Puede ser útil en pacientes con recidivas muy frecuentes. (Ver en Acné).

- Espironolactona 50 mg/día un mes en postmenopáusicas o histerectomizadas. (Ver en Acné).

• Tratamiento tópico (rara vez suficiente sin tratamiento oral):

- Metronidazol 0,75-1%: una o dos veces al día.

Rozex gel, emulsión y crema 30 g-5,84 €.

Metronidazol Viñas 0,75% gel 30 g-5,84 €.

El metronidazol tópico aplicado en fase de remisión disminuye el número de brotes posteriores. El fármaco formulado en gel que existe comercializado puede ser irritante por su capacidad astringente. Suele tolerarse mucho mejor, sobre todo las mujeres, en excipiente cremoso: crema base beeler csp 50 g + metronidazol 1-2%. Se puede añadir uno o varios de los siguientes: ictiol 1%, alantoína 0,5%, extracto de centella 1% o tintura de rusus al 10%.

No se debe tener miedo a prescribir concomitantemente durante unos 5-7 días corticoides tópicos por la mañana para ayudar a disminuir la inflamación, aunque hay que tener en cuenta el peligro de dependencia y explicárselo al paciente.

En el pasado se usaron mucho, y siguen siendo válidos como coadyuvantes del metronidazol la tintura de mirtilo al 10% (el mirtilo es una fresa silvestre o arándano con propiedades vasoconstrictoras o la tintura de ruscus al 10% (contiene ruxcogenina, vasoconstrictor usado en hemorroides).

- *Otros tratamientos tópicos:*

- Sulfacetamida sódica 10% + azufre 5% en solución hidroalcohólica.

- Eritromicina 2-4% (ver Acné).

- El ácido azelaico también puede ser útil (ver Acné).

- Los retinoides tópicos son eficaces pero de forma más tardía que los antibióticos. (Ver en Acné). También tretinoína 0,025% o retinaldehído 0,05% (*Diroseal* tiene además hesperidina metil-chalcona y dextrano).

- Casos refractarios a tratamiento convencional, y si hay cultivo o/y biopsia con abundantes Demodex, valorar permetrina tópica semanal e ivermectina v.o. (*JAAD* 1999; 41: 775-777).

- **Telangiectasias:** Láser de colorante pulsado, colorante continuo, neodimio-Yag o electrocirugía.
- **Blefaritis seborreica:** Debe eliminarse mecánicamente las escamitas; el medicamento sólo evita las recidivas: ketoconazol solución oral o sulfuro de selenio... Fusídico. Pueden ser útiles los lavados con *Blefarix*, *Lephagel* o *Lephasol* (ver en Dermatitis seborreica).
- **Flushing:** Clorhidrato de clonidina 25-50 gammas para n cápsulas. 2-3 cápsulas al día durante un mes (0,075 mg/día). Rilmenidina 1 mg/día.
Propranolol u otro β -bloqueante a 40 mg dos veces al día.

Cremas cosméticas: *Lutsine* Cuperosis piel seca, coloreada o piel grasa y mixta.

Crema al meliloto.

Avène Diroseal.

Ystheal crema, gel.

Neostrata crema facial (glucono-lactona, base W/Si).

Rosaderm.

Dermalibour crema, para dermatitis perioral.

- En espuma:

Rosacure intensive con glicirrético y silimarina, hialurónico. 50 ml-25 €; *Rosacure preventive* con FPS químico, glucurónico, pantenol e hialurónico. 50 ml-25 €.

Leniline crema de día 50 ml-13 € con ácido glicirrético, ruscus, bisabolol, karité, vitamina E y octilmetoxicinamato. *Leniline* crema de noche 50 ml-15 € con óxido de cinc, aguacate, jojoba, bisabolol, vitamina E y A, NMF a base de aminoácidos, lactato sódico y pantenol. Debe ser retirada.

- Demostrado que el tratamiento de *H. pylori* no superior a no tratamiento (*Arch Dermatol* Mayo 99).

- Como recomendaciones generales: evitar té, café, comidas calientes, sol, temperaturas extremas, estrés.

- El 25% recidiva en pocos días y el 60% en pocos meses... casos con queratitis requieren tratamiento muy prolongado...

- Maquillajes: *La Roche Posay Unifiance* corrector de rojeces.

Rosácea-seborrea

Gel hidroalcohólico o emulsión w/s o loción de calamina csp...

Metronidazol 1% + clotrimazol 1% (o miconazol 2%) + hidrocortisona 2% (o ictiol 1%)

Sarcoidosis

- **Corticoides:** El tratamiento de elección de la sarcoidosis son los corticoides por vía oral a dosis inmunosupresoras. Hay que ponderar mucho el tratamiento con corticoides sistémicos porque de introducirse, deben mantenerse entre 1 y 2 años de media. En caso contrario se producirá recidiva de forma precoz. Por este motivo muy raramente se cree justificado este tratamiento por la afectación cutánea, y no se da a menos que de forma concomitante exista afectación pulmonar, neurológica, etc. En casos individuales puede valorarse dicho tratamiento en casos de lupus pemio y para las formas en placas que pueden causar destrucción local importante.

En cualquier caso, se administran 0,5 mg/kg/día durante 3 meses, y si hay remisión se procede a disminuir la dosis de forma muy lenta, prolongando el tratamiento durante 15-18 meses de media.

- **Corticoides tópicos:** Tienen una eficacia muy limitada. De prescribirse, deben usarse corticoides potentes, de clase IV, como por ejemplo propionato de clobetasol al 0,05%. Se deben aplicar de forma prolongada. Otra estrategia válida consiste en practicar infiltraciones intradérmicas con acetónido de triamcinolona diluido en suero fisiológico a dosis 5-10 mg/ml.
- **Antipalúdicos de síntesis (APS):** Son el tratamiento de elección para la sarcoidosis cutánea. Se desarrollaron a partir de la quinina, uno de los alcaloides del polvo de la corteza de cinchona. Este polvo se utilizaba ya por los jesuitas misioneros del Perú, que descubrieron sus virtudes antipiréticas. El nombre de la cinchona viene de la condesa Ana de Chinchón, esposa del virrey del Perú, que curó de unas "fiebres" adquiridas allí con este polvo.

Se dispone de cloroquina, hidroxicloroquina y mepacrina.

Cloroquina: *Resochin* 50 comp-2,44 €.

Se prescribe a dosis de 250 mg cada 12 horas durante 3-4 semanas y si se produce respuesta se puede disminuir la dosis a 250 mg al día. La dosis pediátrica es de 3-4 mg/kg/día de cloroquina.

Hidroxicloroquina: *Dolquine* 30 comp-12,46 €.

Se recomiendan 200 mg cada 12 ó 24 horas.

La respuesta es valorable a las 4-8 semanas. Nunca se deben combinar cloroquina con hidroxicloroquina.

Efectos secundarios: Son comunes a todos los antipalúdicos.

Los más frecuentes son las náuseas y los vómitos. Sin embargo, los más temidos son los oculares. No obstante, la toxicidad retiniana es rarísima. En un amplio estudio con 1.207 pacientes, la retinopatía por hidroxicloroquina se estimó en 0,08% de todos los casos, y se observó en pacientes a los que se les ha administrado dosis acumuladas totales altas o/y dosis diarias superiores a 6,5 mg/kg/día (*Arthritis Rheum* 1997; 40: 1482-1486).

También se puede producir visión borrosa por trastorno de la acomodación (efecto secundario dosis-dependiente y reversible) y depósitos corneales, *rash*, neuropatía, leucopenia y trombopenia, intolerancia gastrointestinal, vértigo, tinnitus, nistagmo, sorde-ra, convulsiones, ataxia, psicosis y trastornos emocionales.

Los antipalúdicos pueden provocar un agravamiento en pacientes con psoriasis, porfirias, miastenia *gravis*, y puede provocar anemia en pacientes con déficit de la enzima glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

Se recomienda control oftalmológico (fondo de ojo, agudeza visual, campo visual y pruebas de colores) cada 6 meses y practicar un hemograma simple y determinaciones bioquímicas convencionales cada 3 meses.

Está demostrado que el tabaco disminuye mucho la tasa de respuesta a los antimaláricos en pacientes con lupus eritematoso cutáneo (*J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 983-987), efecto que quizás deba considerarse en otras enfermedades en las que el tratamiento consiste en APS, como es el caso de la sarcoidosis.

Como interacciones sólo destaca el que la cloroquina aumenta los niveles de digoxina.

Otros antipalúdicos son la mepacrina o quinacrina 100 mg, que puede ser añadido o sustituir a los dos anteriores, y la amodiaquina (*Flavoquine*, disponible en Francia).

También se pueden prescribir los APS como tratamiento ahorrador de corticoides.

Hay que tener en cuenta que los APS no son eficaces en ninguna otra manifestación de la sarcoidosis que en la piel, con la excepción de la hipercalcemia, y quizás de forma discreta en formas pulmonares.

Con todo, la eficacia de los antipalúdicos es limitada. Algunos autores son partidarios de proponer al paciente la abstinencia terapéutica, con la excepción del lupus pernio por sus repercusiones estéticas.

El tratamiento generalmente debe mantenerse de forma indefinida, porque la recidiva al detenerlo es casi constante.

No parece haber diferencias significativas entre cloroquina, hidroxicloroquina y mepacrina.

- **Metotrexate:** A dosis de 15-25 mg/semana fue eficaz en 13 de 15 casos, aunque hubo de mantenerse durante 2 años y al retirarlo la recidiva era la regla. Tiene la ventaja de poder administrarse en dosis única semanal. También podría usarse como ahorrador de corticoides y así disminuir los efectos secundarios de estos (*Archives Internal Medicine* 1995; 155: 846-851; *Br J Dermatol* 1977; 97: 213-216). (Ver manejo y presentaciones en Psoriasis).
 - Otros fármacos que se han usado en casos concretos, sin que existan series ni trabajos controlados son la ciclosporina, la talidomida, el clorambucilo y los retinoides.
 - El eritema nodoso suele responder a tratamiento con antiinflamatorios no esteroides o con yoduro potásico. (Ver Eritema nodoso).
 - La terapia fotodinámica fue eficaz en un caso publicado recientemente de sarcoidosis en placas (*Arch Dermatol* 2002; 138: 581-584). Se aplicó un gel de ALA al 3% y un 40% de DMSO aplicado en oclusión durante 6 horas y posteriormente irradiado con luz incoherente (580-740 nm; 20 J/cm²) dos veces por semana durante 8 semanas, seguido por tratamientos una vez a la semana.

Sarcoma de Kaposi

- Epidémico: IFN- α 2a: sólo si >250 CD4. Tratamiento HIV.
- Endémico: suelen tener buena respuesta a la quimioterapia (actinomicina, vincristina, etopósido, bleomicina).
 - Yatrogénico: retirada dentro de lo posible de la medicación inmunosupresora.
 - Clásico: terapias locales de elección. Crioterapia intensa de pequeñas lesiones. Infiltración local con vinblastina. Cirugía convencional. Radioterapia (radiosensible a dosis bajas); láser de CO₂ ó argón o pulsado. IFN 2 α bajas dosis 1-5 MU 3 veces por semana. En casos avanzados poliquimioterapia, doxorubicina liposomal.

Recientemente se ha empezado a utilizar con cierto éxito el gel de alitretinoína al 0,1% (*Panretin*) tanto en el sarcoma de Kaposi clásico como en el asociado a HIV (*Arch Dermatol* 2002; 184: 542-543). Se trata además de un tratamiento bien tolerado y que podría ser el tratamiento de elección en combinación con doxorubicina en casos extensos.

No obstante, consigue remisiones parciales en hasta un 45% de casos con recidivas hasta en un 15%.

Sarna

- **Azufre precipitado:** Al 6-20 (g 6%) en vaselina o pasta al agua o *cold cream*, 4 noches cuerpo entero, es de elección en < 2 meses y embarazadas, a pesar de que también se ha descrito muerte y otros efectos secundarios. Advertir del olor de azufre y de que tiñe la ropa.
- **Benzoato de bencilo:** Al 25% en emulsión o crema o/w. Es neurotóxico, y más eficaz que el lindane pero irrita más. Se le puede añadir disulfiram al 2%. P. ej., manteca benzoada 120 g + azufre precipitado 15 g + benzoato de benzilo 10 g (bañarse o ducharse con agua caliente, se frota 20', se deja 30', se lava). *Yacutin* emulsión tiene Benzoato de bencilo 30 + lindane 3. 100 g-5,86 €.
- **Lindane:** (Hexacloruro de gammabenceno) 1% + bentonita 3 g + agua destilada csp 100 g. *Quellada* loción (60 ml-4,48 €), *Kife* loción 3,34 €. Hay resistencias. Puede producir anemia aplásica y convulsiones.
- **Permetrina:** 5% (*Permetrin* 5% OTC y *Sarcop* crema 40 g-12,33 € y 70 g-19,48 €), eficaz en casos resistentes a lindane y menos tóxica (se absorbe < 2%, se metaboliza en seguida a metab inactivos y excreta orina). En un estudio indio con 82 pacientes la permetrina 5% resultó superior a ivermectina vía oral (*JAAD* 2000; 42: 236-240).
- **Crotamiton:** 10% (*Euraxil* crema 20 g-0,85 € y loción 60 ml-1,42 €; reembolsable SS) no tóxico, cada 12 horas, es antipruriginoso (se puede dar como tratamiento posterior al lindane para tratamiento de la dermatitis irritativa y en los nódulos escabióticos de los niños).
- **Sulfuro de fosfotirosina:** Al 5-10% en vaselina para niños (*Piel* 2000; 15: 48-51).
- **Ivermectina:** (*Mectizan*, medic. extranjero; *Ivomec -MSD*- vía s.c. para caballos y vacas; cada ml contiene 10 mg suficientes para tratamiento de 50 kg de peso). La posología habitual es de 12 mg. En concreto son 200 mg/kg en dosis única en ayunas, aunque 400 mg/kg podría ser más seguro. Es una lactona macrocíclica semisintética derivada de la avermectina B1a (abamectina) producida por *Streptomyces avermitilis*. Se comporta como agonista del GABA sobre canales de cloruro-glutamato. 1^{er} doble ciego 1991, México 29 casos. De elección en sarna noruega y en HIV+ (*Annales* 1999; 126: 755-761). Mortalidad en ancianos no confirmada por otros estudios, no concuerda con inocuidad en la oncocerquiasis (> 6 millones casos). El estudio es cuestionado (reconstitución h³ de cohorte). Puede producir somnolencia, hipotensión ortostática, artromialgias, prurito, tos, cefalea, síntomas gastrointestinales. Está contraindicado en embarazadas, mujeres en lactancia, en enfermos graves y niños < 15 kg.
- **Tiabendazol:** 7 días a 50 mg/kg/d (incluso tópico; ver en *Larva currens*); Butazolidina 7 días a 600 mg/día (300 en niños); o Flubendazol 50 mg/kg/d; Metotrexate (*Piel* 2000; 15: 48-51).

- Recordar el tratamiento de zonas subungueales, retroauricular, plantas, y los familiares.

- En bebés o si es extensa o noruega, se debe tratar incluso cuero cabelludo y cara.
- Lavar ropa a 60° en 10' mata el 100% de sarcoptes (lo no lavable guardarlo en bolsa de plástico 10 días).
- Gel de tar o crotamitón para pápulas pruriginosas persistentes. Existe una combinación crotamitón con corticoies (Euraxilhidro-cortisona).

Sífilis

El treponema se duplica cada 33 horas, se necesitan concentraciones elevadas de penicilina. Tras iniciar el tratamiento los treponemas extracelulares mueren en 6 horas, pero persisten en espermatozoides, fibroblastos y células plasmáticas. Por otro lado, es sabido que, enfermos con sífilis precoz bien tratada pueden tener Treponemas.

- Sífilis primaria: peni G benzatina 2,4 millones im monodosis (vs. peni procaína 1,2 millones IM x 10 días; el CDC recomienda doxi, tetra o eritro 2 semanas).
- Sífilis tardía (> 1 año): peni G benzatina 2,4 millones i.m. una vez a la semana x 3 semanas (vs. peni procaína 1,2 millones IM x 20 días; CDC recomienda doxi o tetra 4 semanas).
- Neurosífilis: penicilina G acuosa 2-4 millones unidades cada 4 h. IV x 10-14 d. (vs. peni procaína 1,2 millones IM x 14 días + peni G benzatina 2,4 millones IM semanal x 3 semanas; doxiciclina 100 mg bid x 30 d o tetraciclina 500 mg qid x 30 d).
- Recidiva clínica o serológica o serorresistencia (no descienden títulos a los 6-12 meses): doble dosis.

Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Si PL normal: curado.

CID 1999; 28 (Suppl 1); Análisis de la literatura. Destaca un único estudio prospectivo de Rolfs en el que no se demuestra un mayor índice de fallo en el tratamiento en los HIV+ que en los HIV-. De hecho, sólo hubo un fallo de 553 pacientes, y por lo tanto se recomienda seguir el mismo tratamiento para la sífilis precoz independientemente de si es seropositivo para VIH. Destaca también que hay un 15% de fracasos serológicos (no bajan dos veces los títulos de las no treponémicas) sea HIV+ o no. Esto no se sabe si tiene que ver con la curación clínica.

Jarisch en 1895 y Herxheimer en 1902 describieron una reacción a las 24 horas del tratamiento de sífilis, generalmente precoz, y de forma más acusada en HIV+.

Siringomas

Se ha empleado con resultados variables la electrocoagulación, crioterapia, láser CO₂, tricloroacético, retinoides tópicos y sistémicos. No hay un tratamiento de elección hoy por hoy.

Sudamina

Loción de calamina u otras lociones astringentes, como *Babylaude* sudaminas. (Ver en Eccemas).

En formas muy inflamatorias se pueden emplear corticoides tópicos.

Stucco queratosis

Imiquimod tres veces por semana fue eficaz en un anciano de 75 años en que se detectaron papilomavirus 9, 16, 23b y DL322 (*Br J Dermatol* 2000; 143: 846-850).

Crioterapia o electrocoagulación.

Toxicodermias y otras reacciones por fármacos

Formas leves: tratamiento sintomáticos antipruriginoso, analgésico, corticoides tópicos...

- **Síndrome de Stevens Jonson:** (10% piel + mucosas). Tratamiento sintomático.
- **Necrolisis epidérmica tóxica:** (Síndrome de Lyell: 30% piel + mucosas):

Algunos autores proponen retirar todos los fármacos que tomase el paciente. Otros, los más frecuentemente culpables (sulfamidas, antiepilépticos) y los introducidos en las 3 últimas semanas.

Aislamiento cutáneo. Baños con antisépticos (clorhexidina 0,05%). La mayoría de autores no utilizan antibioticoterapia empírica. No emplear sulfadiacina argéntica tópica como en quemados (sulfamidas son la primera causa de NET).

Reposición de líquidos suficiente para diuresis de 1 ml/kg/hora. Aumentar la temperatura ambiental a 30-32° C para reducir la pérdida de calor y los escalofríos.

Cuidados de la piel: se puede cubrir con derivados de silicona, colágeno porcino, o dejar la piel necrótica adherida.

Profilaxis del TEP con heparinas de bajo peso molecular.

Colirios antibióticos cada 2 horas. Revisión oftalmológica diaria para eliminar sinequias.

Hay una gran controversia sobre la utilidad de los corticosteroides. La mayoría de estudios demuestran peor pronóstico con su uso (*Actas* 2000; 91: 541-551 -revisión-).

Infusión de grandes cantidades de inmunoglobulina endovenosa fue útil en 18 de 19 pacientes, probablemente por bloqueo de Fas (*JEADV* 2000; 14; S9).

- **Eritrodisestesia palmoplantar:** (5-Fluorouracilo, ARA-C, doxorubicina, MTX, etopósido) puede ser útil la piridoxina 50-150 mg/d (no está claro). La prevención de nuevos episodios en las siguientes tandas se consigue con aplicación de frío, elevación de extremidades y quizás piridoxina.
- **Estomatitis:** Precoz (4-7 días post-quimio: tóxica): anestésicos tópicos, analgesia (puede llegar a necesitarse mórficos). Tardía (12-14 días post-quimio: infecciosa): antibióticos, antifúngicos o antivíricos.
- **Extravasación:** Detener la infusión, intentar aspirar el material extravasado, elevación de la extremidad, aplicación o bien de calor (la vasodilatación diluirá el fármaco) o de frío (la vasoconstricción lo localiza y facilita su degradación). La excepción son los alcaloides de la vinca: el frío aumenta la ulceración. Se debe aplicar calor.

Para la antraciclina o la mitomicina aplicar DMSO tópico, para los alcaloides de la vinca y el etopósido hialuronidasa.

Tricorrexi nodosa

En las formas adquiridas evitar cepillado y traumatismos. El sulfato de zinc a 50 mg/8 h 2 años mejora además la piel seca.

Tricostasis espinulosa

Ácido retinoico puede conseguir una discreta mejoría. Considerar la depilación.

Tricotilomanía

Dejar crecer mucho las uñas, o bien cortarlas mucho. Guantes para dormir. Vaselina o aceite en el cabello. Autorrecompensa y autocastigos. Cortarse el pelo al rape. (Ver Psicodermatosis).

Tungiasis (niguas)

Extracción de *Tunga penetrans*. Tratamiento de la piodermatitis asociada cuando existe o matarlo con cloroformo.

Úlcera eosinofílica de la mucosa oral

El tratamiento no es imprescindible y muchas veces el cuadro remite espontáneamente.

Los corticoides tópicos potentes (clobetasol 0,05%) pueden ser eficaces.

Considerar la exéresis quirúrgica.

Úlceras venosas

1) Curas

La limpieza debe hacerse con suero fisiológico. Los antisépticos como la povidona yodada o la clorhexidina son citotóxicos. Sólo es recomendable el cadexómero de yodo en gel, *Iodoflex* o *Iodosorb* (sobres de 3 g en envase de 7-13,12 €, reembolsable SS), que liberan lentamente concentraciones bajas de yodo.

Todas las úlceras están colonizadas por bacterias sobre todo por anaerobios (Int J Dermatol 1999; 38: 573-578). Pero sólo se debe sospechar infección y practicar cultivos si hay secreción purulenta, aumento del dolor o aumento repentino del tamaño de la úlcera... Es preciso cubrir *Pseudomona* y *Streptococcus* β -hemolítico, que dificultan mucho la cicatrización.

En rigor deberían practicarse cultivos. Si disponemos de cultivos cuantitativos, se debe tratar con antibióticos si hay más de 100.000 bacterias por gramo, pues está demostrado que se dificulta la curación de la herida.

Si previamente se hacen fomentos con líquidos se consigue además un efecto astringente en úlceras con mucha secreción: p. ej., Permanganato potásico en solución acuosa o ácido bórico al 4% (1-5%) en loción de calamina (antiséptico, antifúngico).

La miel absorbe secreciones y es bactericida por su alta osmolaridad (por el azúcar), el H₂O₂ y otros, aunque no frente a *Pseudomonas*. También proporciona mejor nutrición, pero puede llevar clostridios y pesticidas.

2) Desbridamiento (eliminación de fibrina y costas)

- **Desbridantes químicos:**

Irufox mono (clostridiopeptidasa 1,2U, proteasa 0,24U) pomada 15 g-6,16 € y 30 g-11,52 €.

Dertrase (ácido carbamolglutámico 2%, metionina 2%, quimotripsina 5%, tripsina 5%, ácido ribonucleico 2%, nitrofuril 20%) pomada 15 g-2,87 € y 40 g-4,20 €.

Biocatalase (catalasa) aerosol 4 g-3,49 €.

Varidasa tópica (estreptodornasa 25.000U, estreptoquinasa 100.000U) gel 20 g-2,87 €. r-TPA a 250-500-1.000 mg/ml en vehículo acuoso de hialuronato sódico al 1%.

Hypergel (15 g-15,99 €) es un gel salino hipertónico (al 20%) para escaras necróticas secas.

- La detersión quirúrgica es necesaria si fracasa la química o si hay calcificaciones en el borde de la úlcera.

- Algunos autores han empleado sustancias que mejoran la fibrinólisis: estanozolol (ver Urticaria-angioedema hereditario); pentoxifilina a dosis altas (800 mg/8horas: ver Vasculitis livedoide); aspirina 300 mg/día; dafilon; sulodexida (JAAD 2001; 44: 413-418).

3) Curas oclusivas y apósitos

Favorecen la cicatrización porque se crea un ambiente húmedo y caliente, con un pH más bajo del habitual, y una menor tensión de oxígeno (< 5 mm Hg). Estas condiciones favorecen la mitosis celular con la consiguiente epitelización, proliferación fibroblástica, angiogénesis; se favorece también la activación enzimática con lo que mejora el desbridamiento autolítico. Disminuye además el dolor local. Se deben recambiar cada 1-2 días al principio (depende de la exudación) y si se aprecia mejoría, se puede llegar a cambiar cada 5 días.

- **“Films” o “películas”:** Se emplean en úlceras superficiales con escaso o nulo exudado. Son apósitos que no absorben. Por lo tanto requieren cambios frecuentes. *Opsite, Cutifilm, Biocclusive* se “pegan” y al retirarlo puede producir dolor y pérdida de tejido. Mepitel es una lámina de silicona que evita algo mejor el traumatismo que suponen los cambios de apósito.
- **Hidrocoloideos:** Son carboximetilcelulosa y derivados que en presencia de secreciones se disuelven, siendo permeables al oxígeno y al agua. Se mantienen tres días. Tienen algo más de capacidad de absorción. Se reservan para úlceras superficiales con exudado moderado y para quemaduras de segundo grado. Sus desventajas son que puede producir maceración de la piel circundante y mal olor. *Varihesive, Granuflex, Hydrocoll, Tegaserb. Comfeel plus* gránulos: cxmc, goma y guar “para úlceras muy exudativas y para desbridar”. En Pasta: cxmc, vaselina, parafina, goma guar... sirve de relleno.
- **Hidrogel:** Microcristales de polímeros sintéticos o polisacáridos con gran capacidad de absorción. *Normlgel:* gel salino isotónico 9% se usa en heridas profundas, de relleno, con leve acción fibrinolítica (CN 486886). También *Vigilon, GeliPerm e Intrasite* gel: humedifica. Reblandece la fibrina pero hay que eliminarla mecánicamente.
- **Espumas:** *Mepilex* es un apósito similar a una esponja con cierta capacidad absorbente para heridas exudativas. Se “pega” menos que los otros y se retira con facilidad. 10 x 10, 15 x 15, 20 x 20. Se puede emplear para proteger prominencias óseas. Puede producir xerosis. No emplear en heridas secas. *Allewyn, Biatain, Lyofoam.*
Mepilex border tiene una cubierta de silicona adherente por los lados y perforada, cubierta por un film de poliuretano, que absorbe el exudado, que acaba en una cubierta superior muy absorbente de fibras poliacrílicas, de algodón y poliésteres/polipropileno. El conjunto está cubierto por un film protector de poliuretano que permite la evaporación del exudado pero no la entrada de agua. En principio diseñado para úlceras de presión con exudado. Reembolsable S.S. 10 x 10 y 15 x 15 con tres unidades por envase.
- **Alginato sódico:** Liofilizado de algas marinas, que forma un gel al disolverse con exudados. Al ser muy absorbente requiere menos cambios pero pueden producir xerosis. Nunca emplear en heridas secas, pero sí para favorecer hemostasia o en heridas profundas. *Comfeel Extra* absorbente: alginatos y cubierta semipermeable de poliuretano: úlceras piernas moderada exudación. *Carboflex:* tiene cinco capas. La primera con alginatos para absorber el exudado y la tercera con carbón activado para absorber el mal olor. Otros: *Fibracol, Kaltostat, Seasorb, Sorbalgon.*
- **Hidrofibra:** Es el más absorbente de los apósitos. Requiere menos cambios. Tener en cuenta que produce xerosis. Tiene acción hemostática. Su desventaja es que requiere un apósito secundario. *Aquacel.*
- **Otros:** *Hyalofill:* derivado del ácido hialurónico para úlceras con tractos sinuosos y fistulas (pie diabético). *Traumacel:* sales de calcio derivadas de la celulosa con gran poder hemostático para úlceras sangrantes.

4) Epitelización (cierre del defecto)

Existen algunas sustancias de dudoso efecto "epitelizantes": *Minoxidil*, solución aceitosa de rosa de mosqueta al 26% (extracto de semilla de *Rosa aff. Rubiginosa*, arbusto de la familia de las rosáceas del sur de los Andes) con linoléico al 39% y linoleico al 41% y oleico al 16%.

Sucalfato al 4-10% puede ser eficaz (*Lancet* 1994; 343: 424-425), así como la tretinoína aplicada durante 10 minutos y posteriormente lavada (*JAAD* 2001; 45: 382-386).

Seguramente en el futuro se utilizarán factores de crecimiento tipo GM-CSF. El PDGF se emplea en úlceras diabéticas como gel al 0,01%, una vez al día, evitando los apósitos oclusivos. También se ha empleado hormona del crecimiento y estradiol en formas tópicas.

Algunos autores han empleado sulfato de zinc (*Arch Dermatol* 1998; 134: 1556-1560).

Pero normalmente las úlceras se dejan cicatrizar por segunda intención. Se puede cubrir el defecto con *Apligraf* (ver en Epidermolisis; es especialmente eficaz en úlceras profundas de más de 6 meses de evolución) en o injertos autógenos obtenidos con dermatomo, tangenciales obtenidos con bisturí o obtenidos con *punch*, aplicados uno junto a otro sobre la herida o fijados en una cavidad excavada con sacabocados en el tejido de granulación (en sello).

Estos procedimientos se deben aplicar preferentemente tras la resolución de la insuficiencia venosa y la escisión de la úlcera y de su borde (tejido fibroso poco vascularizado).

5) Hipertensión venosa

La terapia compresiva es el elemento más importante en el tratamiento de las úlceras venosas. La compresión externa necesaria para evitar el trasudado capilar es entre 30-40 mm Hg a nivel del tobillo.

Métodos de compresión (no usar en reposo):

- Vendas elásticas: ejercen presión de 20 mm Hg. Bajo coste y pueden reutilizarse. Pierden elasticidad con los lavados. Poca presión. Riesgo de ser mal colocadas y ejercer efecto contraproducente.

- Vendajes en multicapa: confortables, compresión gradual de 40 mm Hg en maleolo a 17 mm Hg en rodilla. Pueden mantenerse 7 días.

- Botas de Unna o Cura de Gilge y botas de compresión neumática: mejoran el retorno, la microcirculación y aumentan la actividad fibrinolítica. Coste elevado.

- Medias (reducen presión venosa, favorecen bombeo muscular): hay 4 tipos: clase I (20-30 mm Hg) para edemas leves, "piernas cansadas" y venas varicosas; clase II (30-40 mm Hg) para venas varicosas importantes, edemas moderados e insuficiencia venosa moderada; clase III (40-50 mm Hg) y IV (60 mm Hg o más) para elefantiasis, edemas severos, insuficiencia venosa como secuela posttrombótica.

Hasta el 50% de las úlceras está provocada por una insuficiencia aislada de la vena safena (a veces es una perineal), y en estos casos el tratamiento mejor es la flebectomía que hará desaparecer el reflujo. Lo ideal es ligar los cayados y comunicantes insuficientes y extirpar todo el trayecto insuficiente. Se pueden diseccionar las perforantes vía endoscópica. En personas mayores puede ser suficiente la esclerosis o flebectomía de la porción distal de la safena. La fasciotomía paratibial de Hach permite equilibrar presiones entre compartimentos al destruir parte de la fascia esclerosada. La cirugía de la insuficiencia venosa profunda en síndromes posttrombóticos tiene malos resultados (alteración grave de la pared venosa). (Ver más en Varices).

Comfeel Protector: para úlceras por presión anillo a recortar según diámetro.

Sepsis asociada a úlceras de decúbito: polimicrobianas: imipenem, meropenem, piperacilina/tazobactam.

Eventualmente se tratan otras complicaciones como el eccema autolítico con corticoides tópicos o sistémicos.

El mal olor se debe a sobrecrecimiento anaerobio y se puede tratar con metronidazol al 1-2% en excipiente gel.

Pentoxifilina no mostró diferencias significativa a placebo (*BMJ* 1999; 318: 875-878).

Uñas amarillas

Drenajes pleurales.

Control de afecciones asociadas: artritis, neoplasias...

Se ha propuesto la vitamina E por vía oral 600-1.200 U/día y el sulfato de zinc.

Uretritis

- **Gonocócica:** Recordar que muchas veces es mixta gonocócica y no gonocócica.
 - Ceftriaxona 250 mg i.m. (probablemente bastaría con 125 mg). *Rocefalin* 1 vial de 250 mg-4,61 €. Existen genéricos de precios muy similares: *Ceftriaxona Andreu*, *Ceftriaxona Normon*. Hay que dar además tratamiento para las UNGs.
 - Azitromicina 1 g dosis única. (Ver en Piodermatitis, las presentaciones). Para muchos autores es de elección porque elimina las *chlamydias* y otros microorganismos responsables de las UNG, e incluso curaría una sífilis primaria.
 - Cotrimoxazol: *Septrim* dosis única de 8 compr ó 4 comprimidos dos veces al día durante dos días. (Ver en Piodermatitis, presentaciones).
 - Espectinomina 2 g i.m. (*Kempi* 1 vial de 2 g en 3,2 ml-3,37 €) no elimina cepas faríngeas y rectales (frecuente en homosexuales). Es un antibiótico similar a los aminoglucósidos. Efectos secundarios: *rash*, vómitos, cefaleas, mareos.
 - Quinolonas: Ciprofloxacino 500 mg v.o. en d.u.
- **No gonocócica (UNG):** Tetraciclinas. Doxiciclina 100 mg/12 horas 3 días. (Ver Acné). Azitromicina 1 gramo en dosis única.

Urticaria

1) Aguda

Antihistamínicos v.o., de 15 días a un mes. En función severidad algunos autores dan corticoides orales. En caso de disnea considerar inyección subcutánea de 0,3-0,5 ml de adrenalina al 1:1.000. En caso de *shock* considerar tratamiento con corticoides, teofilina, adrenalina endovenosa...

2) Crónica

La práctica habitual entre los dermatólogos consiste en buscar la remisión de la enfermedad mediante la administración de antihistamínicos por vía oral. Generalmente se va probando diferentes de estos fármacos hasta encontrar uno que consiga esta remisión. Esto se debe a diferencias en la susceptibilidad individual a los antihistamínicos cuya causa desconocemos.

Una vez conseguida la remisión, con precaución se intenta ir reduciendo la dosis hasta la retirada del fármaco.

Los pacientes que han presentado anafilaxia con riesgo vital deberían llevar consigo bolígrafos para autoinyección de 300-500 mg de adrenalina (0,3-0,5 ml de una solución 1:1.000), antihistamínicos y prednisona vía oral.

Adreject una jeringa con 0,3 mg en 2 ml-38,26 €.

Adrenalina Braun una ampolla de 1 mg/1 ml 10 ampollas-2,31 €.

Adrenalina Level una jeringa de 1 ml al 1:1.000-2,54 €.

- **Antihistamínicos H1 sedantes:** Todos tienen cierta acción anticolinérgica y sedante por lo que deben de usarse con precauciones en ancianos (reducir dosis 33-50%), pacientes que reciben ansiolíticos y psicotropos; hipertrofia prostática, glaucoma, hepatopatía. Se debe evitar la conducción y el alcohol.

- Alquilaminas: dexclorfeniramina maleato: adultos hasta 18 mg/día; 6-12 años: hasta 6 mg/d; 2-6 años: hasta 3-4 mg/día

Polaramine ampollas de 5 mg en cajas de 2-0,70 € ó 5-1,60 €.

20 tabletas de 2 mg-1,66 €.

20 grageas "repetabs" de 6 mg-2,09 €.

jarabe de 2 mg/5 ml 60 ml-1,55 € y 120 ml-1,56 €.

Los IMAO potencian su efecto pudiendo aparecer hipotensión severa. Seguridad no establecida en menores de 2 años. Es el utilizado por la mayoría de clínicos durante el embarazo..

- Etanolaminas: difenhidramina: *Benadryl* 20 cápsulas de 50 mg-4,95 €.
doxilamina.

- Etilenodiaminas: isotipendil.

- Fenotiacinas: mequitacina,

Prometacina 25-50 mg/día en tres tomas. Es antiemético, anti-vertiginoso, sedante. Acción prolongada. Frinova 20 grageas de 25 mg-1,37 €.

- Piperacinas: clorhidrato de hidroxicina 25 mg 1-3 al día. Niños: 1-2 mg/kg/d 6 semanas-1 año: ½ cucharadita de café c/8 h; 1-5 años: 1 cucharadita (= 5ml) c/8h; 5-10 años: 2 cucharaditas c/8 h);

Atarax 25 compr-2,19 € y 50 comp-3,81 € y jarabe 10 mg/5 ml 125 ml-1,53 €.

- Piperidinas: ciproheptadina: *Periactin* jarabe-1,83 €; 28 comprimidos-2,47 €.

- Clemastina: adultos 1 mg/12 horas; niños 3-11 años 0,5 mg/12 horas:

Tavegil, 20 comp-1,71 €; solución 0,5 mg/5 ml 120 ml-1,76 €.

- Alimemazina 10-40 mg/día en adultos y 1 mg (1 gota)/kg/día en tres tomas.

Variargil gotas 40 mg/ml 30 ml-3,79 €.

- Oxatomida: efecto antiH1 bloqueando la absorción de calcio mastocitaria. Adultos 30 mg/12 horas; niños 1 mg/kg/día en dos tomas.

Cobiona 25 comp de 30 mg-4,77 €.

Oxatokey 25 comp de 30 mg-4,36 €. Suspensión de 2,5 mg/ml 200 ml-3,35 €.

- Doxepina: tiene una afinidad 56 veces mayor a hidroxicina por el receptor H1. Una cápsula en la cena, y si no se controla el picor, se puede llegar a tomar una con el desayuno y una con la cena. Fuertes efectos anticolinérgicos. Es de hecho un antidepresivo tricíclico.

Sinequan 25 mg. Formulado en cápsulas transparentes a 10 mg se tolera mejor.

(Ver en Psicodermatosis).

- Tiroplidina clorhidrato 10 mg: 1-2 comprimidos antes de acostarse. No en menores de 10 años; Fuerte sedación y efectos anticolinérgicos.

Pro-Actidil; *Glaxo-Wellcome*; 10 comp-1,64 €.

- **Antihistamínicos nuevos (no sedantes):** No mencionamos la terfenadina ni el astemizol por sus efectos secundarios potenciales por alargamiento del QT con riesgo de arritmias.

- Fexofenadina: metabolito de la terfenadina, pero no ha demostrado potencial arritmogénico. *Telfast* 180 mg, 20 comp-12,32 €.

- Cetirizina 10 mg/24 horas en adultos; 2,5-5 mg/24 horas en niños de 2-5 años.

Alerlisin 20 comp-7,28 €. Gotas 10 mg/ml 20 ml-8,20 €; solución 5 mg/ml 200 ml-7,82 €.
Virlix 20 comp-7,28 €.

Cetirizina Merck 20 comp.

Zyrtec 20 comp-7,75 €; sol 5 mg/5 ml 60 ml-3,24 € y 200 ml-7,82 €; gotas 10 mg/ml 20 ml-8,20 €. > 30 kg: 10 mg/d; 20-30 kg: 5 mg/d; < 20 kg: 2,5 mg/día. Dos gotas son 1 ml, que es 1 mg.

- Ebastina: 10-20 mg/día adultos; niños 2,5 mg/día de 2-5 años y 5 mg/día de 6 a 11 años.

10 mg: *Ebastel* y *Bactil* ambos 20 comp-12,65 € y solución 5 mg/5 ml 120 ml-7,93 €.
20 mg: *Ebastel forte* y *Bactil forte* 20-20,23 €.

- Loratadina: adultos 10 mg/día

Clarityne 20-7,16 €; jarabe 4,66 €.

Civeran 20 comp-6,57 €; jarabe 5 mg/5 ml 120 ml-3,94 €.

Velodan: mismos precios y presentaciones.

Optimin: mismo precio para comprimidos; jarabe 4,66 €.

Genéricos: *Loratadina Bayvit EFG*; *Combino Phar*; *Bexal*; *Cinfa*; *Lasa*; *Normon*; *Pharmagenus*; *Sat*; *Veris* prácticamente todos 20 comprimidos-5,39 €.

- Desloratadina 5 mg: *Aerius* 20 comp.-20 €.

- Mizolastina 10 mg: *Zolistan*, *Mizolen*, *Mistamine* 20 comp-10,61 €.

- Mequitazina: 5 mg/12 horas; niños 0,25 mg/kg/día en dos dosis.

Mircol 30 cápsulas de 5 mg-3,49 €; solución de 2,5 mg/5 ml 120 ml-1,98 €.

Puede combinarse un antiH1 con un antiH2: Hidroxicina 25 mg + Cimetidina 200 mg para cápsula nº 90, una cápsula cada 8 horas.

Combinaciones corticoide-antihistamínico (no reembolsables SS):

Dexa-Tavegil (clemastina 1 mg + dexametasona 0,5 mg): 1 comp/8 horas. 20 comp-3,35 €.

Alergical (maleato de clorfeniramina 2 mg + prednisolona 2,5 mg): 2 comp/6-8 horas. 30 comp-4,50 €.

En niños raramente se produce un efecto paradójico y en vez de sedar provoca excitación.

- **Inhibidores de la degranulación de mastocitos:** Ketotifeno (aumenta AMP cíclico; efecto sedante; *Zasten* comp de 1 mg y solución de 0,2 mg/ml; adultos: 1 mg/d; 30-4,53 €); cromoglicato de sodio (estabilizador de membrana; casi no se absorbe por vía oral por lo que sólo tiene alguna utilidad en urticaria alimentaria).
- **Inmunosupresores y otros:** Raras veces se necesitan corticoides (que no se deberían dar nunca en tandas largas). La ciclosporina puede ser eficaz pero sólo el 25% de los paciente que responden mantienen la respuesta 4-5 meses después (*BJD* 2001; 144: 708-714). Inhibidores de la formación de histamina como la tritocualina: inhibe histidina decarboxilasa.
- **Otras medidas:** Evitar por su efecto degranulador de mastocitos el estrés, el alcohol, los sobreesfuerzos, el ácido acetil-salicílico y los derivados AZO (al dejarlos mejoran el 50% de casos).
 - Evitar sustancias ricas en histamina: quesos fermentados, embutidos, conservas de pescado, espinacas, tomates.
 - Sustancias que degranulan los mastocitos: cafeína, opiáceos (codeína y morfina) y antibióticos (penicilina y polimixina B), curare y contrastes yodados. 2-30% casos papel de alimentos: nueces, huevos, especias, fresas, piña y aguacates, pescados, tomates, té y chocolate.
 - Sustancias con tiramina (histamín-liberadora): quesos, pescados, repollo, caza, salchichas, uva, vino blanco.

Los IECAs también pueden provocar angioedema por lo que debe considerarse retirar el fármaco en pacientes afectos.

- Demostrado (JAAD 1999; 40: 229-232) utilidad de levotiroxina en casos de tiroiditis autoinmune clínica o subclínica (pedir antimicrosomales y antitiroglobulina y si son + o es una urticaria muy resistente). Empezar con 1,7 mg/kg/d y llegar a T4 0,05 mg/d-0,075. Monitorizar TSH a las 4-6 s (si baja estamos provocando hipertiroidismo). Abandonar a las 8 semanas si no hay respuesta. Si el tratamiento funciona, detenerlo tras 1 mes de remisión completa.

CASOS ESPECIALES

- **Dermografismo:** A parte de los antihistamínicos hay algunos casos en que la Puvaterapia o el danazol se han mostrado eficaces.
- **Urticaria solar:** Mala respuesta a antihistamínicos, betacarotenos e indometacina. Suele ser útil la fotoprotección, los antimaláricos, pero el mejor tratamiento es la inducción de tolerancia clínica con exposición progresiva a UVA o PUVA. Se debe evitar protegerse en exceso del sol porque entonces se pierde la desensibilización de la cara y las manos y aparecerán lesiones. La desensibilización con UVA se puede hacer rápidamente en sólo 5 días. Dosis diarias por cuadrantes corporales, empezando por DUM, repitiéndolas cada 30-60'. Después se hacen sesiones de mantenimiento una vez por semana.
- **Urticaria colinérgica:** Antihistamínicos que generalmente se administran 1 hora antes del ejercicio que provoca las lesiones al paciente. Podemos explicar al paciente que el ejercicio sostenido provoca, tras el "brote" de urticaria, un "agotamiento" y una remisión algo más prolongada de las lesiones.
- **Urticaria por calor:** Desensibilizar con baños calientes, antihistamínicos, cloroquina.
- **Urticaria al frío:** Ciproheptadina hidrocloreto (Periactin 4 mg c/6 h; ver más arriba) es una piperidina. Clásicamente se ha considerado el antihistamínico de elección, aunque en estudios controlados a doble ciego no ha demostrado ser superior a otros antihistamínicos.

Según Braun-Falco, Möller y Giménez-Camarasa la Penicilina G benzatina 1.200.000 U a días alternos 10 veces puede ser eficaz en 20-50% casos. Según un estudio de Henquet *et al.*, con 30 pacientes (*Eur J Dermatol* 1992; 2: 75-77), la cetirizina fue el antihistamínico que consigue mejores resultados.

Se han comunicado casos esporádicos que han mejorado con hidroxicloroquina (200 mg/12 horas 2 semanas y luego cada 24 horas), tetraciclinas (*Hautarzt* 1996; 47: 510-514), sulfonas, estanozolol.

En pacientes que no responden a antihistamínicos se puede inducir tolerancia con exposiciones progresivas. Utilizan baños de agua a 15° C que se llega a preparar a 8° C mediante cubitos de hielo. El primer día sólo se exponen las manos. El segundo día manos y pies siempre que no aparezcan síntomas sistémicos. Se hacen cuatro exposiciones al día de 5-10 minutos cada una. El tercer día se exponen manos, pies y antebrazos. El cuarto día, manos, pies, antebrazos y piernas. El quinto día se sumerge el cuerpo hasta el ombligo a 12° C tres veces. El sexto, se sumerge el cuerpo hasta el pecho dos veces. El séptimo día, hasta los hombros. Se considera que se ha inducido con éxito la tolerancia si no aparecen síntomas. Sólo se ingresan los pacientes con clínica sistémica. El tratamiento se hace durante 1-2 semanas y se consiguen remisiones de 4 a 14 años.

El paciente debe seguir con duchas frías de 15° C dos veces al día durante 5 minutos.

La desensibilización se debe considerar sobre todo en casos con riesgo de manifestaciones generales (positividad de la prueba del frío en 3', tendencia a lesiones generalizadas, episodios de afectación orofaríngea al tomar sustancias frías). Husz (*Int J Dermatol* 1994; 33: 210-213) tiene éxito con terbutalina y aminofilina.

- **Urticaria por presión:** Sólo los corticoides a dosis bajas (en el 30% de casos) son eficaces.
- **Angioedema x déficit del inhibidor de C1 esterasa:** Tratamiento de la crisis de angioedema: inyección lenta endovenosa de *Beriner P* (Behring) ampollas de 10 ml (3.000 U). Raras veces se necesitan 9-12.000 U. Si no se dispone del C1 INH, se administran 500 mL de plasma fresco endovenoso.

Tratamiento de mantenimiento para evitar las crisis: estanozolol o danazol

Danatrol 60 cápsulas de 50 mg-11,33 €.

Danatrol 60 cápsulas de 100 mg-21,92 €.

Danatrol 60 cápsulas de 200 mg-42,83 €.

Empezar con 400-600 mg/día y a los 2 meses bajar a 200-300 en dosis divididas.

Es un derivado de estisterona inhibe el eje hipofisario-gonadal, inhibiendo liberación gonadotropinas.

- *Efectos secundarios:* no tiene actividad estrogénica ni progestágena, pero sí algo androgénica que provoca la mayoría de efectos secundarios: edema, acné, seborrea, hirsutismo. Otros: transaminitis reversible, hipoestrogenismo: hiperlipidemia, procoagulante, sudor, vaginitis, sequedad. Determinar tensión arterial, examen prostático en el varón, perfil hepático, renal y lipídico.

De segunda elección como tratamiento de mantenimiento es el ácido epsilon amino-caproico:

Caproamin Fides ampollas de 4 g bebibles: cajas de 5 amp-3,13 €.

Se deben beber 2-4 ampollas al día que son 8-16 g/d. O bien ácido tranexámico 1,5-3 g/día.

Profilaxis pre-intervención: Danazol 600 mg/día desde 10 días antes de la misma y ácido epsilonaminocaproico 6 mg/día desde 7 días antes o/y C1 INH 6000 U antes de la intervención (ó 500 mL de plasma fresco).

- **Urticaria por hipersensibilidad a *Anisakis*:** A todo paciente con urticaria se le debería preguntar si come boquerones en vinagre u otros pescados crudos. *Anisakis* es un nematodo. El huevo eliminado en heces por mamíferos marinos es ingerido por crustáceos. Estos son ingeridos por peces en los cuales se desarrolla el segundo estadio larvario al pasar a los tejidos (músculo). Éste a su vez vuelve a ser ingerido por un mamífero. Este cuadro se diagnostica por *prick-test* y determinación de IgE específica en suero. El tratamiento, además del tratamiento con antihistamínicos o/y corticoides orales, consiste en eliminar el pescado crudo durante meses. Sólo se puede tomar pescado ultracongelado. Se deben extraer las larvas mediante gastroscopia. El tratamiento antiparasitario de elección es el tiabendazol pero se reserva a casos especiales.

Vaginitis

- **Tricomoniasis (40-50% c):** Metronidazol dosis única de 2 g ó 250 mg cada 8 horas durante 7 días. (Ver presentaciones y precios en Rosácea). Durante el primer trimestre del embarazo no se debe dar metronidazol a pesar de que no hay evidencia significativa de riesgo de malformaciones. Con clotrimazol 100 mg comprimido vaginal 14 noches se consigue un efecto paliativo y eventualmente la curación (20%). Se debe tratar a la pareja con 2 gramos de metronidazol en dosis única. Hay casos raros de resistencia al metronidazol que responden a la paromomicina en crema intravaginal una vez al día 14 días.
- **Candida (20-25%):** Fluconazol d.u. 150; clotrimazol crema o tableta dos veces al día durante 4 días o una al día 7 días; Itraconazol 200 mg al día durante 3 días, ó 400 mg en dosis única. (Ver Candidiasis).
Evitar el coito en 3-4 días.
 - *Candida glabrata*: cápsulas vaginales de gelatina con 600 mg de ácido bórico 1-2/día x 14 días cura 70% c. Flucitosina tópica. Si fracasa: fungigrama. Nunca azoles empiricos, y menos en dosis única. En casos recurrentes (recidiva < 3 meses): tratamiento de mantenimiento con 100.000 U de nistatina diarias.
 - *Candida krusei*: es intrínsecamente resistente a fluconazol, pero responde a cualquier otro agente.
 - *Saccharomyces cerevisiae*: como *C. glabrata*.
- **Vaginosis (15-20%):** Clindamicina tópica 2% (*Dalacín* ginecológico, bid, 7 días); Metronidazol gel vaginal al 0,75% dos veces al día 5 días o en óvulos (*Flagyl* óvulos); comprimidos vaginales de 500 mg 10 días; vía oral 500 mg/8 h/7 d ó 2 gramos (8 comprimidos) en dosis única de *Flagyl*; Ampí 600/8 h o Amoxi 500/8 h. Recidiva el primer mes en 30% c. No se debe tratar el compañero a menos que haya balanitis. En tal caso, 2 g dosis única de metronidazol. En el embarazo el tratamiento con metronidazol reduce en el 50% de casos el parto pretérmico. Recurrencias: metronidazol y antifúngicos desde 7 días antes de la menstruación y durante 3-5 días después. (Ver metronidazol en Rosácea y resto en Piodermitis).
- **Vaginitis inflamatoria descamativa:** Clindamicina tópica.
- **Vaginitis ulcerada idiopática asociada a HIV**
- **Vaginitis ulcerativa asociada a *S. aureus*** y síndrome del *shock* tóxico.

Otras causas: irritación por azoles, duchas vaginales...

Varicela

- **Niños y adultos sanos:** En condiciones normales la varicela es un proceso autoinvolutivo que sólo se debe tratar de forma sintomática: se pueden aplicar lociones astringentes (ver en Eczema) para favorecer el secado de las vesículas; antisépticos o antibióticos tópicos para evitar la sobreinfección; antihistamínicos de forma ocasional para el prurito.
Deben evitarse los antipiréticos, sobre todo la aspirina, porque está asociado al Síndrome de Reye.

En principio no se recomienda para individuos sanos adultos, aunque está demostrado que el tratamiento con antiviricos disminuye el número de lesiones, acelera la resolución de las mismas y disminuye la fiebre. No obstante, no está demostrado que reduzca el número de complicaciones ni la transmisión intrafamiliar (70-90%).

En niños el tratamiento supone de hecho cierto ahorro porque permite a los padres volver al trabajo en 2 días.

- **Inmunodeprimidos:** 10 mg/kg/ cada 8 h (500 mg/m²) x 7-10 d ó 500 mg/m²/8 h.
- **Varicela y embarazo (7 de cada 10.000 embarazos):**

a) En los estudios amplios que existen no se demuestra aumento de incidencia de mortalidad ni de prematuridad respecto de el total de embarazos no complicados.

b) Erupción fetal antes de la semana 20: puede aparecer embriopatía varicelosa, pero es extraordinariamente infrecuente: en 215 embarazadas que sufrieron varicela en el primer trimestre, sólo en 7 existió embriopatía (*Monogr Dermatol IX*, n°3/167).

c) Erupción fetal en el segundo trimestre: muy raramente cicatrices en una extremidad.

d) En el tercer trimestre del embarazo la varicela es particularmente grave para la embarazada. Puede haber mortalidad hasta del 41% de los casos. Se recomienda aciclovir 800/4 h/5 d ó 10 mg/kg/8 h/5 d, endovenoso, infundiendo en > 1 h. En caso de exposición y desarrollo de clínica respiratoria, iniciar aciclovir, que aunque está dentro de la categoría C de fármacos en el embarazo, no se ha asociado a defectos congénitos.

e) Varicela en el período neonatal: si la erupción aparece en la madre entre cinco días antes y dos después del parto, o aparece en el niño entre los cinco y diez días de vida, el resultado es una infección severa de alta mortalidad. Pero si la madre padece varicela cinco días o más antes del parto o aparece en el niño entre los días cero y cuatro de vida, la infección será leve.

- El CDC recomienda Inmunoglobulina específica en inmunocomprometidos expuestos (HIV, tratamientos inmunodepresores, neoplasias) y en recién nacidos de madre que presentó el inicio de la varicela menos de cinco días antes del parto o en las primeras 48 horas después del mismo. Si a pesar de todo desarrolla varicela, iniciar cuanto antes tratamiento con aciclovir 10-12 mg/kg cada 8 horas.

- Algunos autores recomiendan la inmunoglobulina en personas expuestas a pacientes con varicela o herpes zóster con: contacto familiar continuo; contacto con el compañero de juegos; contacto neonatal (recién nacido de madre que tuvo varicela menos de cinco días antes del parto o en las primeras 48 horas después del mismo).

- La vacuna es muy protectora. Menos del 5% de niños vacunados presentan un cuadro de fiebre y rash cutáneo que muy raramente se contagia a otros niños. En los niños con leucemia la vacuna también es muy protectora, pero casi el 50% de niños padecen la erupción febril y pueden transmitir el virus de la vacuna. Parece ser que la frecuencia de herpes zóster es menor en individuos vacunados. Sin embargo, algunos autores creen que la vacunación masiva de la población disminuirá de tal manera los casos de varicela que la menor exposición al virus facilitará que se den casos de zóster en adultos que han pasado la varicela de niños.

Varices

Escleroterapia sigue siendo de elección sobre el láser (R.A. Weiss, comunicación Congreso EADV Amsterdam 1999).

Responden las venas varicosas, las telangiectasias venosas, pero no las telangiectasias capilares, que incluso empeorarán si se tratan así. No es necesario suspender tratamientos antitrombóticos o anticoagulantes. Los efectos secundarios más frecuentes son la hiperpigmentación lineal por hemosiderina (hasta en un 30% de casos, pero en menos

del 5% se prolongará más de cinco años; es más frecuente con polidocanol que con suero salino hipertónico y en vasos de > 1-2 mm), la necrosis y la aparición de capilares. Se empieza la esclerosis a nivel proximal por las venas de mayor calibre. Se coloca la extremidad discretamente elevada (20°) para que la vena se “vacíe”, con lo que se necesita menos cantidad de esclerosante.

1. Utilizar jeringas de 3 ml y agujas de calibre 27 (0,4 mm) ó 30 (0,3 mm) x media pulgada. Si el vaso es menor, probablemente es una telangiectasia capilar y no venosa.

2. Aspirar el esclerosante: el polidocanol lleva un conservante que puede disolver el látex y afecta al émbolo, por lo que habrá que usar jeringas de vidrio o desecar las jeringas después de cada uso. Es hidroxipolietoxidodecano, un surfactante no iónico. Se usa al 0,5% para vasos pequeños, 2% para calibre mediano y 3% para calibre mediano y grueso. Tiene la ventaja de no provocar necrosis caso de quedar expuesto el tejido extravascular.

Etoxisclerol inyectables 5 ampollas de 2 ml al 0,5%-2,41 €.

Etoxisclerol inyectables 5 ampollas de 2 ml al 2%-2,62 €.

Etoxisclerol inyectables 5 ampollas de 2 ml al 3%-3,02 €.

3. Doblar la aguja.

4. Bisel de la misma hacia arriba.

5. Canalizar la vena: basta con penetrar ligeramente en el vaso. Ayuda tensionar la piel.

6. La inyección debe ser intravascular: debe haber reflujo sanguíneo retrógrado pasivo hacia la aguja o la jeringa.

7. Inyectar 0,5 ml por sitio de inyección, un máximo de 0,5 ml. El polidocanol es indoloro. La vena debería blanquearse.

8. Desechar la aguja después de 1-2 aplicaciones.

9. Algunos autores aplican compresión después de la inyección con cilindros de algodón (Dentasorb) y vendan la extremidad. Otros autores no lo creen necesario.

10. En el caso de venas varicosas, será imprescindible “vaciar” la vena elevando la extremidad y la compresión después del tratamiento con medias clase 2 (30-40 mmHg) ó 3 (40-50 mmHg).

Vasculitis leucocitoclástica

Tratamiento etiológico.

No hay un tratamiento estándar ni existen estudios controlados, randomizados, a doble-ciego.

El tratamiento de la vasculitis leucocitoclástica idiopática suele ser: reposo como medida fundamental, y en función de la evolución y la severidad del cuadro se prescriben antiinflamatorios, colchicina, sulfona o corticoides por vía oral. En casos muy severos o en casos de evolución crónica y recidivas constantes se administran inmunosupresores como micofenolato o ciclosporina (ver ambos en Psoriasis) y en algunos casos gammaglobulina (ver en Kawasaki).

Vasculitis livedoide

Danazol 200 mg/día (*Dermatology* 1997; 194: 251-255). (Ver Urticaria por déficit de C1 inhibidor esterasa).

Pentoxifilina 400 mg/8 h hasta conseguir respuesta dejando mantenimiento de 400 mg/día. Aumenta los niveles de teofilina y el efecto hipoglucemiante de antidiabéticos orales e insulina. Puede aumentar la eficacia hipotensora de los fármacos antiHTA. Puede dar raramente taquicardia, hipotensión, hemorragia, colestasis, trombopenia, alteraciones gastrointestinales.

Hemowas 60 grageas 400 mg-12,91 € y 60 comprimidos "retard" de 600 mg-16,79 €.

Elorgan 60 grageas 400 mg-12,91 €.

Pentoxifilina Belmac EFG comp 400 mg (60-9,74 €).

Vasculitis nodular

Tratamiento etiológico.

Los antiinflamatorios o el yoduro potásico y el reposo suelen conseguir la remisión de las lesiones. En casos severos se pueden considerar los corticoides sistémicos (ver en Eritema nodoso).

En nuestra experiencia en nuestro centro 2 pacientes refractarios a otros tratamientos, y a pesar de fracasar reiteradamente en el intento de demostrar infección tuberculosa, entraron en remisión prolongada con tratamiento tuberculostático. En uno de los casos se consiguió la remisión solo con isoniazida.

Cemidon 150 B6 (envase con 50 comprimidos- 2,22 €). Un comprimido cada 24 horas.

- *Efectos secundarios*: neuritis periférica, más frecuente con dosis altas o con factores de riesgo. Se puede prevenir parcialmente con piridoxina 10 mg/día. Riesgo de hepatitis en mayores de 35 años. Puede inducir lupus. Otros: convulsiones, psicosis, agranulocitosis.

Vasculitis urticariforme

AINEs, colchicina, prednisona, sulfona, ciclofosfamida según la gravedad y la afectación sistémica.

Verruga vulgar

No existe un tratamiento curativo con una eficacia 100%. Es una opción válida dejar las verrugas sin tratamiento si los pacientes lo entienden y lo aceptan, por la posibilidad de regresión espontánea. Sin embargo, la regresión espontánea es más difícil en adultos, en lesiones de larga evolución y en pacientes inmunodeprimidos.

Se consideran indicaciones para el tratamiento: dolor, interferencia con funciones y hábitos de la vida normal, estética, riesgo de malignización.

- **Métodos físicos**: Crioterapia: la aplicación de nitrógeno líquido a -196° C es el agente más usado. Se aplica durante 5-30 segundos dependiendo del tamaño de la verruga. Se consigue curación del 69% de casos de las manos haciendo sesiones cada 3 semanas durante 3 meses. Debe advertirse a los pacientes de la posibilidad de aparición de ampollas hemorrágicas y de hipo o hiperpigmentación residual.

El dióxido de carbono (-79° C) y las mezclas de dimetiléter-propano (-57° C) son menos eficaces. Esta última combinación está comercializada como dispositivo de crioterapia autoaplicable por el paciente llamado *Cryo Pharma* 35 ml-12,65 €.

También se emplea la electrocoagulación. Esta última produce cicatrices frecuentemente y algunos grupos consideran que está contraindicado en verrugas plantares por el riesgo de cicatrices dolorosas (*Br J Dermatol* 2001; 144: 4-11).

Se ha usado el láser CO₂ y el láser de colorante pulsado.

- **Métodos químicos**: La mayoría a base de ácido salicílico (AS).
Verrupatch 6, 12 y 20 mm y *Verruplan* 5, 10 y 18 mm son 20 parches de un hidrogel con AS al 15%. Se recomienda una aplicación nocturna 12 semanas. Cuestan 11,30, 14,70 y 19,42 €, respectivamente.
Antiverrugas Isdin= AL + AS 16,7% 20 ml-3,02 €.
Verufil= AL + AS al 16,7%. 15 ml-3,53 €.

Quocin= AS 120 mg + ácido acético 60 mg por 1 ml de colodión (20 ml-3,94 €).

Nitroina (por 1 gramo: ácido acético 70 mg, alcoholatura de celidonia 80 mg, salicílico 120 mg, tintura de yodo 3 mg, tintura de *Thuya occidentalis* 40 mg). 6 ml-3,57 €.

Verrugo tópico (ácido acético 100 mg, AS 150 mg, colodión 750 mg). 15 g-1,80 €.

Callicida Gras= AS 250 mg + etanol 365 mg + csp 16 gramos. 16 g-3,61 €.

Callicida Brum= por 1 ml-colodión 20 mg, AS 810 mg, TCA 440 mg. 10 ml-2,98 €.

Callicida Kendu= 500 mg vaselina y 500 mg AS en 1 g. 10 g-2,41 €.

Ungüento callicida Naion= por 1 g: AL 50 mg, AS 300 mg. Tubo 10 g-2,11 €.

Ungüento callicida Morry= ácido salicílico 50 g + excipiente aromatizado 100 g. 15 g-2,78 €.

Láctico 10 g + ácido salicílico 10 g + resina de podofilino 10 g + colodion elástico 70 g (solución filmógena de piroxilina disuelta en alcohol y éter que se evaporan sobre la piel).

- **Verrugas plantares:** Antes de la aplicación de los tratamientos se debería eliminar el exceso de queratina con un bisturí o una lima. La oclusión mejora la eficacia del tratamiento.

Colodion 30 g + AL25% + AS 25% + 5-FU 2%.

Podofilino 4 g, aceite de linaza 4 g, lanolina 12 g (resina de podofilino del 0,3 al 20% en sol. alcoh., pomadas o suspensiones) La resina de podofilino es antimitótica en metafase. (Ver Condilomas).

Cantaridina, veneno mitocondrial derivado de escarabajo (*Spanish fly*). Se usa al 1%. (Ver Molluscum). Poco eficaz en verrugas plantares.

Se ha usado también la bleomicina intralesional, pero produce mucho dolor y es difícil de obtener.

En principio está contraindicado electrocoagular estas verrugas por el riesgo de cicatrices dolorosas.

- **Verrugas planas:** Retinoides tópicos: *Isotrex gel*, *Retirides*, *Vitanol* crema. (Ver precios y presentaciones en Piel senil). Se puede aplicar crioterapia con poca intensidad. Imiquimod tres veces por semana, una vez al día, durante 6 semanas (*Arch Dermatol* 2001; 137: 666-667).

- En casos recidivantes la sugestión puede ser eficaz. En este sentido pueden darse "placemos": Inmunoforon (ver Aftas).

- **Inmunoterapia:** Se sensibiliza a los pacientes con dibutil éster del ácido escuárico (SADBE) al 1-2% en oclusión. Posteriormente se aplica el SADBE al 0,5-5% cada 2-4 semanas (*JAAD* 1999; 41: 595-599).
- **Sulfato de zinc (BJD 2002; 146: 423-441):** En un estudio simple ciego randomizado controlado con placebo, la mitad recibió 10 mg/kg/día de sulfato de zinc repartido en tres tomas, durante 2 meses. La otra mitad recibió placebo. De los 23 pacientes que recibieron zinc y acabaron el estudio, 20 (86,9%) se curaron (14 al mes de iniciado el tratamiento y 6 a los dos meses). Ninguno de los 20 que recibió placebo y acabó el estudio se curó. En los pacientes curados, el 100% notó picor, y un porcentaje no especificado aumento de tamaño y número de verrugas antes de la curación. El 100% refirió náuseas, 21,7% vómitos y 13% epigastralgia.
- **Imiquimod:** En varios estudios controlados a doble ciego, randomizados y controlados con placebo la aplicación de imiquimod tres veces por semana consiguió una remisión total en 37-52% de casos, con recidivas en 13-19%. (Ver más información en Condilomas).
- **Virrucidas:** Formaldehído en gel al 7% o en solución al 3%, y el glutaraldehído en solución al 10% en gel o solución.

Vitíligo

- **Corticoides potentes tópicos o infiltrados:** Para pequeñas lesiones. Se debe probar durante tres meses y caso de no haber respuesta se abandonará el tratamiento.
- **PUVA tópico:** Un 30% de repigmentaciones significativas, 75% de recaídas precoces.
 - Con 8-MOP 0,05% en partes iguales de etanol y propilenglicol (1:1), aunque se puede dar hasta 0,15% (sin éxitos mucho superiores y elevada probabilidad de fototoxia) en loción *Cetaphil*. Se aplica 30 minutos antes de los UVA (con psoralenos no se deben hacer fotoexposiciones solares nunca). Se hacen una o dos sesiones semanales y se prueba durante 3 meses. Si no hay respuesta se abandona. Si la hay se sigue hasta un máximo de 120 sesiones. Tras cada sesión se preguntará si hay eritema, y si no, subir la concentración del 8-MOP. Al terminar las sesiones se debe lavar el remanente con agua y jabón y aplicarse fotoprotectores. Hay cierto riesgo de ampollas y quemaduras por fototoxia y muchos autores prefieren el *khellin*. Se puede hacer *bath*-PUVA colocando al paciente 3 veces por semana durante 30 minutos en un baño con 8-MOP al 0,0002% preparada colocando 15 ml de loción de 8-MOP al 1% en 80 litros de agua. A continuación se expone a 0,25 J/cm² de UVA, con incrementos de 0,25 J cada sesión si se tolera.
 - El *khellin* es una furocromona (5,8 dimetoxi-2-metil-4,5-furo-6,7-cromona) extraída de la planta *Amni visnaga*. Su gran ventaja es que no es fototóxica. Se puede usar al 3% en gel de carbopol o en leche fluida tipo pH5 Eucerin loción. Pincelar 30 minutos antes, empezar con 2 minutos y subir 1 minuto al día hasta máximo de 15 minutos si tolera. A diferencia del 8-MOP se pueden hacer sesiones diarias. Exponer al sol o a 0,25-0,5 J/cm² (aumentar 0,25 cada sesión hasta 2-3 J/cm²/sesión) Se ha empleado vía oral a razón de 100 mg 2 horas antes de UVA o luz solar (dosis para una persona de 60 kg). Sin embargo puede producir hepatitis en un tercio de los pacientes, náuseas, hipotensión y pérdida de apetito.
 - Melanogenina: producto elaborado en Cuba con placentas humanas. No hay estudios publicados que avalen su eficacia.
- **UVB de banda estrecha:** (*Arch Dermatol* 1999; 153: 1514-1521). En un grupo de 9 pacientes, 5 consiguieron una repigmentación del 75% haciendo 3 sesiones semanales durante un año, 2 se repigmentaron un 50% y 2 un 40% (*JAAD* 2001; 44: 999-1003). La tasa de respuestas llega casi al 100% de pacientes si los tratamientos se prolongan durante un año, pero las respuestas cosméticamente aceptables sólo alcanzan el 63%. Tiene la ventaja de que las dosis acumuladas medias son bajas (32 J/cm²), y la mejor tolerancia con respecto a la PUVA-terapia.
- **PUVA:** Se puede hacer con 5-MOP (menos náuseas), 8-MOP, pero el ideal es el TMP (trimetil-psoraleno) a 0,3-0,6 mg/kg 2 horas antes de UVA (1-2 J/cm², subiendo 1 julio cada sesión, el tiempo necesario para provocar eritema a las 12-18 h y máximo a las 48 h) o de sol de verano de 14 a 15 h. Los psoralenos son sustancias furocumarinas-*like* derivados de plantas o sintetizadas químicamente. Si no hay pigmentación a las 20 sesiones ó 1 h ½ de exposición, subir a 0,9 mg/kg el psoraleno. Con trioxsaleno 75% respuestas (2 sesiones/semana/1 año). Con trioxsaleno se puede tomar el sol los días en que no se trata, pero no con 8-MOP. Se necesitan 150-300 exposiciones para ser eficaz. La repigmentación se inicia alrededor de los folículos pilosos generalmente a las 30 sesiones.
 - Con 8-MOP empezar a 0,3 mg/kg, y subir a 0,6 a las 25 sesiones. Hay autores que recomiendan combinar 0,3 de 8-mop y 0,6 de tmp si no responde a las 40 sesiones.
 - Pueden llegar a responder el 70% de casos, pero la respuesta es cosméticamente aceptable en el 40% (repigmentación del 75% de la zona). Menos del 20% llegan a una repigmentación total. Son factores de buen pronóstico los pacientes jóvenes, con lesiones en cuello o cara, el poco tiempo de evolución de la enfermedad y los fototipos IV-V.

De entre los que responden, el 75% recaen en el período de dos años posterior al tratamiento.

- **Tratamientos adyuvantes para fototerapia:**

- La fenilalanina es un precursor de la tirosina. Podría inhibir la formación de anticuerpos contra melanocitos y activar melanocitos afectos en fases iniciales. Se puede administrar de forma continua (en invierno) a 25-50 mg/kg/día (2-3 comprimidos cada 8 horas) después de las comidas ó 30-45 minutos antes de la exposición solar (en verano) o a UVA. Se suelen emplear dosis de 100 mg/kg (6-9 comprimidos). Se hacen sesiones dos-tres veces por semana a 7-12 J/cm² por sesión, durante 3-12 meses. El resto de la semana se da la dosis habitual. *Alanin* (SES), 150 compr con 300 mg de L-fenilalanina.

También se ha empleado el gel de fenilalanina al 10%.

La fenilalanina está contraindicada en pacientes con fenilcetonúria, insuficiencia renal y hepática, embarazo, lactancia, antecedentes de cáncer cutáneo, exposición a arsénico, radioterapia o trastornos autoinmunes.

- Extracto de *Policopodium leucotomos* (*Difur*) 720 mg (6 compr de 120)/1 h antes de UVA 3 veces/semana. (Ver en Erupción polimorfa lumínica, presentaciones y precios).

- Calcipotriol: la aplicación dos veces al día, combinado con PUVA, aumenta la eficacia de ésta. Posiblemente mejorando la captación de calcio por el melanocito, e imposibilitando así la formación de tioredoxina que inhibe a la tirosinasa (*Piel* 2000; 15: 301-303). (Ver en Psoriasis, presentaciones y precios).

- **Láser excimer** XeCl 308 nm.

- **Despigmentación:** Monobencil éster hidroquinona destruye de forma irreversible melanocitos. Se formula en crema. Se empieza al 5-10% y se aumenta al 20% en 3 meses. Aplicación 2 veces al día. Se nota en 3 meses, y se alcanza en un año. Advertir que es irreversible. Recomendar fotoprotección estricta.

En los pacientes despigmentados con MBEH se puede recomendar el betacaroteno estabilizado a dosis de 30-60 mg/día, cosa que sirve tanto para aumentar la tolerancia a la radiación solar como para atenuar la coloración blanquecina de la piel despigmentada.

A parte de la irritación cutánea local con eritema y sensación de quemazón (50% de casos) y del eccema de contacto (15% de casos), no se han registrado efectos perjudiciales asociados al uso prolongado de MBEH. Con todo, nunca se debe utilizar para despigmentar de forma selectiva una sola área de piel, puesto que la aplicación de MBEH muchas veces produce despigmentación en zonas a distancia.

Con hidroquinona base el efecto es menor: ver en Melasma. La clásica fórmula de Fitzpatrick es: (Base beeler) alcohol cetílico 15 + cera blanca 1 + propilenglicol 10 + lauril sulfato sódico 2 + hidroquinona base 4 + ácido retinoico 0,05 + acetónido de triamcinolona 0,05 + agua destilada csp 100. Una alternativa puede ser el 4-metoxifenol tópico y láser de rubí *Q-switched*, aunque puede no ser irreversible (*JAAD* 2000; 42: 760-769).

- **Maquillaje:** La hidroxiacetona se une por enlaces covalentes a proteínas del estrato córneo formando un pigmento marrón que da un color marrón similar al bronceado. *Sunlaude* sin sol (hidroxiacetona al 5% + transcutoil 7% como agente que favorece la penetración + aloe vera) 7,10 €. Se debe advertir que hay que aplicarlo de forma muy homogénea. El resultado es mejor si se aplica un queratolítico suave los días previos, como urea al 10% o lactato amónico al 12%. Si tras una primera aplicación se desea más oscuro, se debe repetir la aplicación dos o tres días más. Evitar el contacto del producto con la ropa. Esperar 20 minutos antes de vestirse o ducharse. Es importante lavarse las manos después de aplicarlo porque sino se pigmentan las manos. La pigmentación que produce se mantiene durante unos 4 días, debiéndose aplicar nuevamente.

Si pocas máculas: corticoides potentes y fotoquimio tópica.

Si muchas pero < 30% superficie: oral.

Si > 30% del cuerpo despigmentar.

En los niños nunca porque el 40% se curan de forma espontánea.

Pseudocatalasa – cloruro de calcio dos veces al día en todo el cuerpo + UVB de amplio espectro, a dosis suberitema 2 veces por semana (*Schallreuter, Dermatology* 1995).

Tratamiento quirúrgico: *Piel* 2000; 15: 101-102.

Vitises (extracto de melón al 2%) 50 ml.

Vulvodinia

- **Dermatosis vulvares:** Antes de emitir el diagnóstico de vulvodinia se deben descartar múltiples entidades (dermografismo, eccema de contacto por 4-fenilendiamina de ropa negra o tiamar de preservativos, ferropenia, hiperoxaluria, incluso descritos casos asociados a quistes meníngeos sacros, psoriasis invertida...).
- **Vulvovaginitis cíclica:** Generalmente atribuida a *Candidas*. (Ver Vaginitis).
- **Vestibulitis vulvar** (Dolor en vestíbulo generalmente con la presión; mujeres jóvenes con dispareunia): ansiolíticos. Se ha llegado a usar interferón intralesional y vestibulectomía quirúrgica o con láser.
- **Vulvodinia o vulvodinia disestésica** (o dolor crónico vulvar o disestesia vulvar: mujeres mayores, depresivas, dolor difuso): considerar el tratamiento con amitriptilina (ver Glosodinia y Psicodermatosis) y otros fármacos psicotrópicos.
 - Se usan diferentes tratamientos tópicos: corticoides, estrógenos, adrenalina al 2%... que sólo consiguen mejorías parciales transitorias.
 - Algún autor ha empleado dietas bajas en oxalatos (sin espinaca, té, chocolates, avena, cacahuetes) combinado con calcio oral e incluso colestiramina (ver en Prurito hepático) y n-acetil-glucosamina
 - Se ha usado también la gabapentina (ver en Eritromelalgia) empezando por 300 mg/día e incrementando en 300 mg al día cada semana hasta llegar a 1.200 mg/día (300 mg cada 6 horas). El tratamiento duró 12 semanas. 14/17 casos (82%) presentó una mejoría parcial o completa (*Anesth Analg* 1999; 89: 1459-1460).
 - También se ha propuesto el *bio-feedback* de la posible hipertonia de la musculatura del suelo pélvico. El cuadro puede ser tan severo como para usar ketamina y metadona por vía oral (*Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 526-529).

Xantomas

- **Xantelasma:** Puede resolver con aplicaciones de TCA o BCA a saturación con una torunda de algodón (ver en *Peeling*) o a la electrocoagulación, por el proceso fibrótico que induce. Los otros tipos de xantoma precisan de exéresis.
- **Xantomas eruptivos:** Tratamiento de la hipertrigliceridemia y posible diabetes asociada.
- **Xantomatosis cerebrotendinosa:** Ácido desoxicólico 750 mg/día, combinado con inhibidores de la 3-hidroxi-3 metilglutaril coenzima A reductasa (pravastatina, simvastatina) reduce mucho los niveles de colestanol, y si se emplea de forma prolongada puede detener e incluso revertir parcialmente el daño neurológico. Desgraciadamente, el diagnóstico suele ser tardía (3ª, 4ª década de la vida), cuando el depósito de colestanol ya es muy importante. Estos pacientes suelen morir por parálisis pseudobulbar, deterioro neurológico o infarto agudo de miocardio.

Xerosis

- SVR:

Topialyse creme a 5% aceite borraja 40 ml (CN338772), 100 ml (197988).

leche 200 ml (239830).

aceite 125 ml (170506).

gel 300 ml (166686).

Xerial emulsión 3 y 10 de 100 y 200 ml (w/o); 30%.

SVR Crema hidratante fase grasa 30%.

SVR Crema Karité (fase grasa 45%; urea 2, karité 3,8%).

SVR Emulsión (fase grasa 60%: lanolina, vaselina, glicerina) 50 ml (212050).

Xerialine 500 ml (urea 1,5% o/w).

- Cumlaude:

Xeralaude omega: ver Atopia.

lactato 6: leche 250 ml (CN 220400)-11,99 €.

leche 500 ml (CN 220418)-19,92 €.

lactato 12: leche 250 ml (CN 240366)-13,34 €.

leche 500 ml (CN 240358)-20,89 €.

urea 3 ó 10 (ambos de 250 y 500 ml, entre 10,13 y 17,67 €).

- Lutsia:

Xeramance con o sin perfume, 200 ml.

Nioleol aceite de baño y ducha.

Nioleol crema 100 ml.

- Carreras-Novartis:

Normocutan corporal con piruvato sódico, acetato de vitamina E, fibronectina, péptidos lácteos. 250 ml-16,5 €.

- **Ducray:**

Ictyane crema 50, 150, fluido 200 y leche corporal hidratante 200.

Ictyane crema de ducha 200.

Ictyane manos 75 ml.

Ikeriane crema 150 ml para ictiosis.

Kelyane crema labial 15 ml.

- **Dexli:**

Dexli plus 150 ml con urea 6%, aceite de caléndula 2%, alantoína 0,1%, melisa 3%, ruscus 5% (CN 220988).

Dexli crema de manos 50 ml con urea 8%, caléndula 2%, alantoína 0,1%, glicerina 7%, parafina, propilenglicol, perfume (CN257576).

- **Avène:**

Leche corporal hidratante 200 ml.

Akerat (urea 10, láctico 1, salic 1,5).

- **Isdin:**

Ureadin 10 loción (150-300-500-1.000 ml).

plus 10 loción (con dexpanterol 3%).

crema 5 (250 ml) y 20 (50 ml).

Ureadin pediátricos (urea 3% + ácido d-linolénico).

Keratisdin (ácido láctico al 12%; 150 ml).

Ureadin balsam (U3%, glic, aloe, polidocanol, bisabolol, vit E).

Ureadin 30 spray (U30 + AG 10 + AS2).

Ureadin forte spray (además niacinamida 2%).

- **Roche:**

Bepanthol Hydro crema o loción (o/w).

Bepanthol lipo crema o loción (w/o).

- **OTC:**

Atopic piel leche fluida, aceite y crema. Con ácido láctico, colesterol y rosa de mosqueta.

- **Galderma:**

Cetaphil emulsión hidratante 200 ml (aceite de nuez de macadamia, glicerina, dexpanterol y vitamina E; CN 154425) y *crema hidratante* 100 g (aceite de almendras dulces, glicerina, vaselina y vitamina E; CN 151506).

- **Leti:**

Urealeti 10% 200 ml y *Urealeti* 20% 50 ml.

- **Babé:**

Leche corporal hidratante de avena (avena 2%, aloe vera 1%, manzanilla 0,5%, karité 0,5%) CN 399253. 500 ml-7,9 euros.

- **La Roche Posay:**

(Ver en Atopia línea *Lipikar*).

Xeroderm 125 ml- con glicerina, cera de karité, lipoaminoácido, urea, bisabolol, alantoína.

Xerand crema de manos 75 ml- con alantoína, antarón, lipoaminoácido vegetal, glicerina.
Tolériane cuerpo 200 ml-17,00 € emulsión A/O con glicerina 15%, palmitato de isopropilo.

- Saint-Gervais:

Crema fría termal 75 ml con aceite y cera de abeja, agua termal, caléndula, soja (CN 260232)

Crema termal hidratante 40 ml con 70% agua termal, complejo vitamínico A-E-B5 1,2%, glicerina 5%, extracto de fícaro y maíz, fitoceramida 0,1%.

- Aplic dermatológicas SA:

Medigel aceite de baño (CN 354274) y *Medigel* crema fluida con lactato amónico 12% (CN 358887).

- Stieffel:

Propy-Lacticare solución 150 ml (CN246694): propilenglicol 54%, ácido láctico 4,4%, vaselina.

Physiogel crema NT 75 ml (CN 341602) con escualeno, fitosteroles.

Oilatum spray CN 258020.

Oilatum loción (emulsión-gel) CN 258400.

Oilatum baño emoliente (CN 266874).

Oilatum gel hidratante (CN 266858).

Oilatum junior baño (CN 258442).

Oilatum junior crema (CN 258426).

• **Crema faciales:**

- *Normocutan* facial con ASC III, liposomas de dipalmitoil hidroxiprolina, vitamina C, sitosterol. 40 ml-20 €.

- *Immulia* 40 ml (*Lutsia*); *Immulia* textura enriquecida (Cn 236976); *Lutsine* mascarilla hidrarentalizable (CN 265108).

- *Crema facial hidratante plus Babé*.

- *La Roche Posay Hydraphase* rica. 50 ml. Poliglicerilmetacrilato, urea, glicerina, cera de karité, ácidos grasos, agua termal.

- *La Roche Posay Hydraphase* ligera. 50 ml. Poligliceril metacrilato, glicerina, agua termal.

- *La Roche Posay Hydraphase XL* SPF 15/UVA 12 PPD. 40 ml. Con extracto de altramuz y mexoryl SX.

- *La Roche Posay Hydranorme* 40 ml. Con agua termal, perhidroescualeno, vaselina, glicerina, aceite de abejas.

- *La Roche Posay Tolériane* crema 40 ml-13,25 € emulsión O/A con escualeno 7%, glicerina 6%, isononil isonanoato, capriloil glicina, aga termal. *Tolériane crema rica* 40 ml-13.25€ con karité 7%, glicerina 7%, perhidroescualeno 7%.

- *Avène*: Crema compensadora "Avène" (en el prospecto pone cutis mixto).

- Crema para pieles intolerantes "Avène" (CN 304410).

- *Hydrance* enriquecida para pieles normales y secas.

- *Hydrance* ligera para hidratación de pieles mixtas y grasas

- *Neostrata* crema facial (*Cantabria*, CN 347831).

- *Babé hidratante plus* (CN399196) con FPS 20, karité 2%, manzanilla 1%, árnica 1%, vitamina E 0,25%, hipérico 1% 50 ml-8,3 €. *Babé hidronutritiva plus* (399198) como la anterior pero con germen de trigo, liposomas hidratantes y áloe vera. 50 ml-14,5 €.

- *Ureadin* antiarrugas (vitamina E, U5, coenzima Q).
 - *Hidratoil free* hidratante (OTC) base s/w con sorbitol, bisabolol, alantoína.
 - *Leniline* crema de día 50 ml-13 € con ácido glicirético, ruscus, bisabolol, karité, vitamina E y octilmetoxicinamato. *Leniline* crema de noche 50 ml-15 € con óxido de cinc, aguacate, jojoba, bisabolol, vitamina E y A, NM2F a base de aminoácidos, lactato sódico y pantenol. Debe ser retirada.
 - *Sebotén* gel con tepezcohuite 10% (CN 220335) y *crema ácida* con tepezcohuite 8% y glicólico 8% (CN 220343) para hidratación de pieles acnéicas o lenitivo en tratamientos antiacné.
- **Lociones limpiadoras faciales:**
 - *Neutrapur* 200 ml loción limpiadora (*Lutsia*).
 - *Cleanance* gel limpiador; *Cleanance* emulsión normal o coloreada; *Gel surgras* limpiador al *cold cream*; *Pan* limpiador al *cold cream*; Loción limpiadora para pieles intolerantes, Loción suavizante, Leche limpiadora suavizante.
 - *Tolériane* dermolimpiador 200 ml-10,15 €. Glicerina 4%.
 - *Leniline* fluido limpiador 200 ml-10 € con poliacrilamida, liposomas fosfolipídicos con glicoceramidas.

Láctico 5-10 g.

Extracto hidro-glicólico de manzanilla 10 g.

Loción base Lanette csp 100 g (se puede añadir 10% glicerina).

La urea fue obtenida de la orina por primera vez por Proust en 1821. Se necesita la misma cantidad de agua que de urea para disolverse.

Z

Zigomicosis

Yoduro potásico en solución saturada. 1 ml tres veces al día, aumentando hasta 4-6 ml tres veces al día. (Ver en Eritema nodoso).

Itraconazol 200-400 mg/día o ketoconazol 200-400 mg/día. (Ver en Micosis).

En todos los casos se debe mantener el tratamiento hasta un mes después de la curación clínica.

Glosario

A

- Abelcet: 105
Abrasone: 55
Acantoma fisurado: 13
Acetilsalicílico, ácido: 97, 119, 133
Acfol: 166
Aciclovir: 71, 77, 78, 79, 129, 169, 214
Aciclovir EFG: 77
Ácido acetilsalicílico: 97, 119, 133
Ácido azelaico: 13, 14, 15, 123, 188
Ácido bórico: 37, 53, 94, 124, 183, 203, 213
Ácido epsilonaminocaproico: 210
Ácido fólico: 107, 149, 166, 167
Ácido fusídico: 33
Ácido glicólico: 13, 123, 147
Ácido láctico: 27, 28, 154, 224, 225
Ácido retinoico: 15, 23, 24, 71, 93, 123, 147, 182, 199
Ácido tricloroacético: 128, 133
Ácidos omega 6: 28
Acné: 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 29, 39, 40, 66, 72, 89, 109, 110, 123, 149, 150, 161, 165, 170, 187, 188, 206, 210, 226
Acné *fulminans*: 21
Acné neonatal: 21
Acrocianosis: 21
Acrodermatitis enteropática: 21, 45
Adapaleno: 15
Adofen: 157
Adreject: 206
Adrenalina: 119, 156, 158, 206, 207, 220
Adrenalina Braun: 207
Adrenalina Level: 207
Adventan: 55
Aerius: 208
Aftas: 21, 71, 217
Afta Juventus: 21
Aftasone: 21
Aftasone B C: 21
Alanin: 219
Albendazol: 26, 71, 101
Aldactone: 16
Aldara: 39
Alefacept: 173
Alergical: 208
Alerlisin: 208
Alfitar: 48
Alginatos: 204
Alilaminas: 37, 124
Alimemazina: 207
Alitretinoína: 195
Alopecia androgenética: 22, 23
Alopecia *areata*: 23
Alprazolam: 158, 159
Alquilaminas: 207
Alquitranes: 161, 162
Aluminio, cloruro: 80, 94, 177
Alvadermo: 55
Ambisome: 105
Amebiasis: 25
Amevive: 173
Aminosidina: 102, 105
Amitriptilina: 50, 59, 79, 157, 159, 220
Amorolfina: 127
Amoxapina: 157
Amphocil: 105
Anaclosil: 151
Anafranil: 71, 157
Androcure: 89
Anfotericina B: 33, 41, 61, 65, 94, 105, 119, 124, 168
Anginovac: 22
Angioedema: 19, 112, 203, 209, 210
Angioedema hereditario: 203
Angiogel: 38
Angiomas: 25
Anisakis: 210
Antaxone: 154
Antibióticos: 15, 17, 18, 20, 21, 25, 37, 39, 45, 57, 80, 123, 137, 145, 149, 172, 181, 187, 188, 199, 203, 208, 213
Antidepresivos: 16, 71, 79, 124, 156, 157, 160
Antidepresivos tricíclicos: 16, 79, 124, 157, 160
Antihistamínicos: 29, 56, 60, 113, 119, 120, 126, 129, 133, 134, 144, 145, 153, 154, 206, 207, 209, 213
Antimoniales: 102, 103, 104, 105, 106, 109
Antipalúdicos de síntesis: 94, 114, 115, 193
Antipiox: 141
Antralina: 161, 162
Apligraf: 58, 205
Apósitos: 25, 57, 66, 154, 182, 204, 205

Arava: 164
Aremis: 152
Argenpal: 66, 171
Armaya: 60
Arrugas: 140, 220
ASA: 22
Ascaris: 26, 45, 113
Astrin: 151
Atarax: 201
Atopia: 26, 29, 30, 57, 67, 87, 161, 166, 217, 218
Atorvastatina: 19, 144
Atropina: 80
Azatioprina: 137, 138, 139, 147, 163
Azelaico, ácido: 13, 14, 15, 117, 182
Azitromicina: 18, 39, 72, 103, 144, 200
Azufre: 15, 20, 47, 172, 182, 189
Azufre precipitado: 20, 189

B

Bactil: 202
Bactopur: 13
Bactroban: 143
Balanitis: 33, 37, 207
Banedif: 143
Basiliximab: 29, 168
Batmen: 55
Bazalin: 155
Bebé colodion: 87
Beclometasona: 55, 56
Beclosona: 55
Becocyme C forte: 61
Bencidamina: 22
Benzoato de bencilo: 135, 189
Benzodiacepinas: 120, 151
Besitran: 152
Beta micoter: 88
Betacaroteno: 60, 117, 146, 203, 213
Betametasona: 26, 46, 54, 55, 56, 57, 88, 107, 155
Betavite OTC: 60
Bexaroteno: 104, 105
Bexicortil: 88
Bifidus: 37
Bifonazol: 46, 122
Bioaletrina: 136
Biocatalase: 197
Bioflavonoides: 38
Blastomicosis: 33
Blefaritis: 48, 182

Blefarix: 48, 182
Bleomicina: 176, 188, 211
Bonalfa: 155
Botox: 65, 66, 81, 82
Bourow, agua de: 25, 53
Bowen, enfermedad de: 33
Brea de hulla: 46, 48, 155
Brentan: 88
Brevis: 135
Bromhidrosis: 82
Budesonida: 55
Burning mouth syndrome: 71
Butóxido de piperonilo: 135

C

Cabello en anagen suelto: 37
Cabellos secos: 37
Calamina: 15, 48, 53, 143, 149, 183, 190, 197
Calcinosis: 49
Calcipotriol: 47, 87, 107, 127, 147, 155, 157, 158, 171, 177, 213
Calcitriol: 60
Canadiol: 120
Candidiasis: 16, 18, 33, 37, 38, 45, 88, 118, 122, 207
Cantaridina: 122, 211
Capilaritis purpúrica: 38
Caproamin Fides: 204
Capsaicina: 59, 79, 128, 147, 148
Carbamatos: 136
Carbenoxolona: 22
Carbón activado: 148, 165, 198
Carbunco: 38
Carcinoma basocelular: 38, 157
Cardyl: 19
Carmustina: 104
Carotenos: 80, 117, 131, 146
Casbol: 152
Casma: 23, 46, 47
Castellani, tintura de: 171
Cebion: 61
Ceguera de los ríos: 131
Celestoderm: 55, 56
Cellcept: 29
Celulitis: 38, 39, 123
Celulitis disecante del cuero cabelludo: 39
Celupan: 148
Cemidon: 210
Ceneo: 56

- Cenicienta, dermatosis: 58
 Cetirizina: 66, 201, 202, 203
 Champús: 37, 46, 47, 121, 145, 171
 Chancroide: 39
 Ciclochem: 118, 122, 145
 Ciclofilina: 28, 161
 Ciclopiroxolamina: 13, 47, 48, 49, 122
 Ciclosporina: 16, 22, 24, 28, 29, 49, 58, 80, 81, 87, 107, 113, 119, 120, 127, 137, 138, 139, 140, 142, 147, 159, 161, 162, 163, 164, 166, 168, 171, 188, 202, 209
 Cidofovir: 41, 60, 122
 Cildox: 17
 Cipamfilina: 29
 Ciproheptadina: 201, 203
 Ciproterona, acetato de: 15, 16, 83
 Cisteína: 14, 47, 146
 Citalopram: 252
 Civeran: 202
 Cladribina: 105
 Claral: 54, 55
 Clarityne: 202
 Clearamed: 14
 Clemastina: 201, 202
 Climbazol: 46, 47
 Clindamicina: 15, 20, 21, 38, 39, 68, 123, 143, 144, 207
 Clinwas: 15
 Cloasma: 16, 142
 Clobazam: 153
 Clobetazol: 23, 24, 25, 29, 54, 57, 108, 138, 142, 154, 172, 187, 197
 Clofazimina: 58, 100, 101, 102, 103, 127, 142
 Clomipramina: 71, 151
 Clonazepam: 71, 153
 Clonidina: 148, 182
 Clorambucilo: 106, 137, 188
 Clorazepato dipotásico: 153
 Clorhexidina: 13, 14, 48, 143, 193, 197
 Clorina sobres: 143
 Clorocresol: 88, 118
 Clorodesoxiadenosina: 105
 Cloroquina: 49, 58, 80, 103, 108, 109, 146, 187, 188, 203
 Clotrasone: 88
 Clotrimazol: 37, 47, 71, 88, 119, 183, 207
 Clovate: 54
 Cloxacilina: 29, 38, 39, 123, 132, 140, 145
 Cobiona: 201
 Cocimiento de llantén: 21
 Colchicina: 22, 33, 50, 119, 139, 146, 171, 209, 210
 Colchicine Houde: 22
 Colchimax: 22
 Colesterol: 19, 20, 87, 104, 218
 Colestiramina: 146, 148, 163, 165, 166, 214
 Combes, solución de: 141
 Comfeel: 198, 199
 Condilomas acuminados: 39, 40
 Condrodermatitis nodular del hélix: 41
 Contacto: 14, 23, 39, 40, 45, 54, 55, 56, 67, 104, 121, 127, 156, 208, 213, 214
 Corticoides: 15, 18, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 33, 38, 45, 46, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 66, 68, 72, 79, 82, 87, 88, 98, 103, 104, 107, 108, 109, 113, 114, 121, 123, 127, 128, 131, 137, 138, 139, 140, 142, 146, 147, 148, 149, 154, 155, 156, 157, 158, 168, 169, 171, 175, 176, 178, 181, 182, 187, 188, 190, 193, 197, 200, 202, 204, 209, 210, 212, 214
 Costra láctea: 41, 49
 Craurosis vulvar: 107, 214
 Cremas faciales: 219
 Cremas hidratantes: 13, 27, 46
 Cremsol: 55
 Crioterapia: 25, 33, 39, 41, 57, 72, 81, 82, 95, 96, 100, 114, 122, 127, 147, 175, 177, 178, 188, 190, 210, 211
 Cromhidrosis: 82
 Cromoblastomiosis: 41
 Cromoglicato disódico: 113
 Cromomicosis: 41
 Crotamiton: 47, 48, 189
 Cryo Pharma: 210
 Culicosis: 123
 Cupripen: 61
 Cusitrín: 135
 Cutanit ultra: 55

D

- Daclizumab: 168
 Daivonex: 155
 Daktarin: 119
 Dalacin: 15, 143
 Danatrol: 204
 Danazol: 162, 203, 204, 209
 Dapsona: 22, 66, 72, 100, 101, 102, 109, 118, 123, 139

- Darier, enfermedad de: 45
Deanxit: 153
Decloban: 54
Decoderm: 55
Delipoderm: 48
Delusio *parasitum*: 45
Demolox: 151
Demotest: 55
Denileukin Diftitox: 167
Dentispray: 22
Deprax: 151
Dereme: 46, 56
Deripil: 15
Dermaren: 56
Dermatitis atópica: 107
Dermatitis cenicienta: 58
Dermatitis de contacto: 14, 23, 54, 55, 67
Dermatitis irritativa del ama de casa: 45
Dermatitis del pañal: 38, 45
Dermatitis herpetiforme: 58, 139
Dermatitis IgA lineal: 137, 139
Dermatitis perioral: 181, 182
Dermatitis seborreica: 13, 41, 46, 145, 171, 182
Dermatofibrosarcoma DFSP: 49
Dermatofitosis: 118
Dermatomiositis: 49
Dermatosis erosiva del cuero cabelludo: 50
Dermatosis neutrofílica febril aguda: 50
Dermisone tri Antibiotic: 143
Dermofix: 46, 120
Dermografismo: 203, 214
Dermomycose: 118
Dermosa cusí aureomicina: 143
Dermosa hidrocortisona: 56
Dermoseptic: 46, 120
Dertrase: 197
Desloratadina: 202
Dexametasona: 54, 55, 56, 57, 88, 117, 202
Dexa-tavegil: 202
Dexli emulsión antiseborreica: 48
Diane 35 diario: 16
Diazepam: 151, 153
Diclofenaco: 113, 177
Diclorisona: 56
Difenciprona: 24
Difenhidramina: 201
Difenilciclopropenona: 24
Differine: 15
Diflorasona: 55
Diflucan: 120
Diflucortolona: 54, 55
Difur: 60, 213
Digitopulpitis fisuraria: 45, 53
Dihidroxiacetona: 157
Diltiazem: 49, 59, 65, 66, 140, 162
Dimetilsulfóxido: 107
Dinaxil: 23
Dinitroclorobenceno (DNCB): 23
Diproderm: 55, 56
Diprogenta: 57
Diprosalic: 46
Dishidrótico: 56
Disqueratosis acantolítica: 45
Ditranol: 24, 47, 127, 155, 156, 158, 171
DMSO: 79, 95, 96, 107, 188, 193
Dobupal: 152
Docosanol: 77
Dolquine: 108, 187
Dorken: 153
Dotiepina: 151
Doxepina: 50, 151, 201
Doxi Crisol: 17
Doxiciclina: 17, 39, 72, 103, 138, 162, 181, 190, 200
Doxiclat: 17, 21
Doxinate: 17
Doxiten Bio: 17
Dracunculosis: 50
Drecap: 136
Drionic: 81
Duhring-Brocq, enfermedad de: 137
Durogesic: 80
Dysport: 81, 82
-
- ## E
- Ebastel: 202
Ebastina: 202
Eccema atópico: 26
Eccema de contacto: 24, 56, 104, 213, 214
Eccema dishidrótico: 56
Eccema microbiano: 54, 57
Efaluzimab: 167
Eflornitina: 83
Efluvio telógeno: 57
Efudix: 40, 177
Elastosis perforante: 57
Elastosis solar: 140
Elica: 55

Elidel: 28
 Elocom: 55
 Elorgan: 210
 Elosalic: 55
 Elubiol: 47, 48
 Embrel: 168
 Emolienta: 45
 Emolytar: 27, 171
 Emthexate: 159
 Endobulin: 91
 Eosina, solución acuosa: 38, 143
 Epidermolisis ampollosa: 57, 58
 Eridosis: 15
 Erisipela: 38, 39
 Erisipeloide: 58
 Eritema discrómico *perstans*: 58
 Eritema multiforme: 15, 24, 58, 143, 165
 Eritema nodoso: 58, 59, 61, 188, 210, 223
 Eritrasma: 59
 Eritrocianosis: 59
 Eritrodermia ictiosiforme: 87
 Eritrodisestesia: 193
 Eritromelalgia: 59, 79, 147, 214
 Eritromelancia: 60
 Eritromicina: 15, 18, 21, 39, 59, 72, 103, 138, 143, 144, 145, 181, 182
 Erupción polimorfa luminica: 60, 213
 Escabiosis: 136
 Esclerodermia: 60
 Escleroterapia: 208
 Escopolamina: 80, 113
 Escorbuto: 61
 Eskazol: 95
 Espectinomicina: 72, 200
 Espironolactona: 15, 16, 83, 181
 Esporotricosis: 61
 Espumas: 45, 198
 Espundia: 95
 Estanozolol: 65, 197, 203, 204
 Estomatitis: 18, 161, 165, 193
 Estrías: 54, 61, 108, 131
 Strongiloidiasis: 95
 Etambutol: 72
 Etambutol Llorente: 72
 Etanercept: 139, 168, 169
 Etanolaminas: 201
 Etilenodiaminas: 201
 Etinilestradiol: 15, 16, 83
 Etosisclerol: 209

Eulexin: 83
 Euraxil: 189, 190
 Euskin: 15
 Extravasación: 193

F

Fabrazyme: 26
 Faehifomicosis: 65
 Famciclovir: 77, 79
 Famvir: 77, 79
 Fascitis necrotizante: 39
 Fenilalanina: 213
 Fenómeno Raynaud: 65
 Fenotiacinas: 201
 Fenotrin: 135
 Fentanilo transdérmico: 78
 Fenticonazol: 37, 120
 Férua interdigital: 77
 Feto arlequín: 87
 Fexofenadina: 201
 Fibromatosis plantar: 65
 Filariasis: 65
 Filtros solares-fotoprotectores (ver como fotoprotectores): 60, 66, 142, 212
 Filvit: 136
 Finasteride: 22, 23, 80, 83
 Fisura anal: 65, 66
 Fisuras de talones: 66
 Fitzpatrick, fórmula de: 213
 Flagyl: 181, 207
 Flammazine: 143
 Flebogamma: 91
 Flegel, enfermedad de: 66
 Flubason: 55
 Flucitocina: 37, 65, 207
 Fluclorolona: 55
 Fluconazol: 37, 41, 49, 61, 96, 120, 121, 162, 207
 Fluocid: 55
 Fluocinolona: 55, 56, 155
 Fluocinónido: 56
 Fluocortina: 56
 Fluoderma fuerte: 55
 Fluorouracilo: 40, 66, 127, 147, 171, 175, 177, 193
 Flupamesona: 56, 57
 Flupentixol: 153
 Fluprednileno: 53
 Flutamida: 83
 Flutenal: 56

Flutental gentamicina: 57
Fluticasona: 55
Flutrimazol: 46, 120
Fluvoxamina: 151, 152
Foliculitis: 66, 143, 155
Foliculitis eosinofílica: 66
Foliculitis pustulosa eosinofílica: 66
Fonitar: 46
Foscarnet: 78, 79
Foscavir: 78
Fosfodiesterasa, inhibidores: 29
Fotoprotectores: 60, 66, 67, 142, 212
Fox-Fordyce, enfermedad de: 68
Frey, síndrome de: 80
Frinova: 201
Frosinor: 152
Fucibet: 57
Fucidine: 33, 143
Fulcin: 119
Funcenal: 46, 120
Fungisdin: 119
Fungizona: 99
Fungo Hubber: 120
Fungowas: 118, 145
Fungusol: 88, 118
Fusídico, ácido: 33

G

Gabapentina: 50, 59, 79, 80, 128, 147, 214
Gammagard: 91
Gammaglobulinas: 91, 142
Gamma: 56, 66, 105, 115, 135, 165, 170, 182
Ganglio centinela: 115
Geles de baño: 27
Gemfibrozilo: 19
Gine-canestén: 37
Gingivostomatitis herpética: 71
Glicofosfopeptical: 21, 210
Glicólico, ácido: 13, 117, 141
Glositis romboidal: 71
Glosodinia: 71, 214
Glucantime: 95, 96, 97, 98
Gnathostomiasis: 71
Goeckerman, método de: 155, 158
Gonococia: 71, 72
Gonorrea: 71
Goulard, agua de: 33, 53

Granuloma anular: 72
Granuloma de las piscinas: 72, 102, 148
Granuloma inguinal: 72
Granulomatous *slack skin*: 104
Granulosis *rubra* nasal: 73
Greosin: 119
Grietas pezón: 73
Griseofulvina: 16, 65, 107, 119, 121, 122
Grisetin: 83
Guante blanco OTC: 46

H

Halcinónido: 55
Halley-Halley, enfermedad de: 137
Halometasona: 55
Hansen, enfermedad de: 100
Heloma: 77
Hemangioma: 25, 26
Hematina: 146
Hemowas: 210
Herpes *gestationis*: 60, 138, 139
Herpes simple: 77, 79
Herpes simple genital: 78
Herpes zóster: 77, 78, 98, 163, 208
Herpetiforme, dermatitis: 58, 139
Hidradenitis ecrina neutrofílica: 193
Hidro C Isdin: 56
Hidroa vacciniiforme: 80
Hidrocistomas ecrinos: 80
Hidrocoloides: 198
Hidrocortisona: 21, 29, 46, 48, 54, 55, 56, 88, 99, 117, 148, 172, 183
Hidrofibra: 198
Hidrogeles: 198
Hidroquinona: 116, 117, 213
Hidroquinona monobencil éster: 213
Hidosadenitis supurativa: 80
Hidroxicloroquina: 49, 59, 108, 109, 146, 181, 187, 188, 203
Hiperhidrosis: 66, 80, 82, 88, 139
Hiperpigmentación periocular: 82
Hiperqueratosis *lenticularis perstans*: 66
Hirsutismo: 15, 23, 83, 204
HIV: 39, 79, 98, 101, 122, 188, 189, 190, 207, 208
Hongosan: 88
Hongoseril: 120
Hydrocoll: 198
Hypergel: 197

I

Ictiol: 41, 46, 48, 175, 181, 183
 Ictiosis: 87, 218
 IDEC-114: 167, 168
 Idoxuridina: 79
 IgA lineal: 139
 Iklen: 100, 117
 IL-0 recombinante: 154
 Imidazólicos: 21, 119
 Imipramina: 151
 Imiquimod: 33, 38, 39, 72, 78, 96, 176, 177, 190, 211
 Imurel: 137
 Incontinencia *pigmenti*: 87
 Ingram, método de: 156, 158
 Inhibidores recaptación serotonina: 151
 Inmunoforon: 22, 211
 Interderm: 88, 131
 Interferon: 105
 Intertrigo: 54, 88, 131, 175
 Intrasite: 198
 Introna: 78, 115
 Iodoflex: 197
 Iodosorb: 197
 Iontoforesis: 80
 Iruxol: 197
 Isdinium: 56
 Isoniazida: 102, 210
 Isotretinoína: 15, 17, 18, 19, 20, 21, 33, 40, 49, 57, 66, 68, 82, 104, 107, 123, 139, 159, 181
 Isotrex: 15, 211
 Isotrex-eritromicina: 15
 Isovorin: 160
 Itax: 136
 Itraconazol: 33, 37, 41, 49, 61, 65, 96, 100, 118, 120, 121, 145, 162, 207, 223
 Ivermectina: 65, 95, 131, 136, 182, 189

J

Jaborandi, tintura de: 46
 Jessner, solución de: 88, 117, 141

K

Katrum: 148
 Kawasaki, enfermedad de: 91, 209
 Kelual: 48, 49
 Keluamida: 48
 Kempí: 200
 Kenalog en orabase: 21

Ketoconazol: 37, 38, 46, 48, 96, 118, 120, 148, 162, 172, 182, 223
 Ketoisdin: 46, 120
 Ketotifeno: 123, 202
 Khellin: 212
 Kífe: 135, 136, 189
 Klariderm: 56
 Kligman, fórmula de: 117
 Kójico, ácido: 116, 117
 Kouriles emulsión: 41, 47, 48

L

Lacovin: 23
 Láctico, ácido: 27, 28, 148, 218, 219
 Lactisona: 48, 56
 Lampren: 102, 175
 Larva *currans*: 50, 95, 189
 Larva *migrans* cutáneo: 95
 Laurimic: 120
 Lavisa: 120
 Ledderhose, enfermedad de: 65
 Lederfolin: 160
 Lederpax: 15
 Leflunomida: 164, 165, 166
 Leishmaniasis: 33, 61, 95, 96, 97, 100, 118
 Lengua negra vellosa: 71
 Lentigos: 100, 116
 Lephagel: 48, 182
 Lephazol: 48, 182
 Lepra: 22, 66, 73, 100, 101, 102, 103, 108, 123, 175
 Leukeran: 106
 Lexxema: 55
 Liarazol: 87
 Lindane: 135, 137, 189
 Linfgranuloma venéreo: 103
 Linfomas: 104, 106, 139, 161, 164, 167
 Linfoplasmocitaria de Zoon: 33
 Lintestol: 135
 Liquen escleroatrófico: 33
 Liquen plano: 107, 119
 Lismol: 148
 Litarek: 19
 Litio, succinato de: 47, 48
 Lobomicosis: 108
 Locetar: 121
 Loderm: 15
 Loderm-retinoico: 15
 Lotin: 120

Lombriareu: 132
Lomexin: 37, 120
Lomper: 26, 132
Lopid: 19
Loratadina: 202
Loxoscelismo: 123
Ludiomil: 151
Lúes: 190
Lupus eritematoso discoide: 108
Lyell, síndrome de: 193
Lyofeam: 198
Lyomer agua de mar: 19
Lythiop: 48

M

Mabthera: 106
Macrofilinas: 26
Máculas café con leche: 113
Malation: 136
Malformación vascular: 25
Maprotilina: 151
Mastocitosis: 113, 114
Maynar: 77
Mebendan: 132
Mebendazol: 26, 132
Mecloretamina: 104
Mectizan: 189
Medebiotin fuerte: 131
Melanoma maligno: 114
Melasma: 100, 116, 117, 213
Mepiform: 175
Mepilex: 198
Mepitel: 198
Mequitazina: 202
Metilprednisolona: 24, 55, 56, 142, 162
Metotrexate: 49, 57, 105, 106, 109, 138, 157, 159, 162, 166, 169, 171, 172, 181, 188, 189
Metoxaleno: 157
Metoxifenol: 213
Metronidazol: 25, 181
Metronidazol Viñas: 181
Miasis: 117
Micanol: 156
Micetal: 46, 120, 145
Micetoma: 118
Micobacteriosis: 73
Micofenolato mofetil: 29, 49, 142, 162, 163
Micoisdin: 59, 118, 177
Micosis fungoides: 104

Micoticum: 120
Miliaria: 190
Millium coloide: 122
Milrosina: 22
Miltefosina: 100
Minociclina: 17, 58, 72, 101, 102, 103, 138, 142, 149, 175, 181
Minocin: 17
Minoxidil: 21, 23, 24, 140, 199
Miositis: 19, 49
Mircol: 202
Mistamine: 202
Mitigal: 135
Mizolastina: 202
Mizolen: 202
Molluscum contagiosum: 122
Mometasona: 55, 154
Moniletrix: 122
Morbihan: 123
Mordeduras y picaduras: 123
Motivan: 152
Mucinosos folicular: 105
Mupirocina: 143
Murode: 55
Myambutol: 72
Mycospor: 46, 122
Mycostatin: 37

N

Naftitina: 118
Naltrexona: 148
Necrobiosis lipóidica: 127
Nekam, enfermedad de: 177
Neo Bacitrin: 143
Neotigason: 105, 159
Neumeg: 170
Neuralgia postherpética: 79
Neurobloc: 81
Neurontin: 59
NEVIL: 127
Nevus epidérmico: 127
Nevus melanocíticos: 128
Niacex: 15, 48
Nicolas-Favre, enfermedad de: 103
Nicotinamida: 15, 16, 48, 61, 138, 139
Nicotínico, ácido: 21, 140
Niguas: 194
Nistatina: 37, 38, 71, 88, 118, 122, 207
Nitroína: 211

Nix: 136
 Nobritol: 151, 153
 Nodepe: 151
 Noiafren: 153
 Norfenazin: 151
 Normlgel: 198
 Nortriptilina: 79, 151, 153
 Nosa: 136
 Novo melanidina: 157
 Novoter: 56

O

Octopirox: 41, 48
 Odenil: 121
 Oftalmolosa cusí blefárida: 46
 Ofuji, enfermedad de: 66
 Olanzapina: 154
 Olfex: 55
 Oncocercosis: 65, 131
 Ondansetron: 147, 148
 Onicodistrofia: 122, 131
 Onicogrifosis: 131
 Onicolisis: 18, 131
 Onicomiosis: 119, 121
 Onicorrexis: 131
 Onicosquicia: 131
 Ontak: 105, 167
 Oprevelkina: 170
 Optimin: 202
 Optrelam gotas humectantes: 19
 Oralsone: 21
 Orap: 45, 154
 Orazinc: 16, 21, 49
 Orbenin: 145
 Orzuelo: 132
 Osteoporosis, prevención: 137
 Oxatokeny: 201
 Oxatomida: 202
 Oxcarbamecequina: 78
 Oxiderma: 14
 Oxsoralen: 157

P

Pamoato de pirantel: 26, 132
 Pamoato de pirvinio: 132
 Pamoxan: 132
 Panfungol: 46, 120
 Panoxyl: 14
 Panretin: 189

Pantodrin: 15
 Papulosis linfomatoide: 104, 105
 Paraqueratosis granular: 135
 Paraqueratosis granular de la axila: 135
 Paromomicina: 96, 100, 207
 Paroxetina: 152
 Pasta de Unna: 141
 Pasta lassar: 38, 41, 45, 53, 131, 148, 155, 156
 Patomimias: 135
Pediculus: 135
 Peeling: 21, 82, 117, 141, 142, 217
 Peitel: 55
 Peldesine: 104
 Peledox 50: 17
 Penciclovir: 77
 Péufigo: 61, 123, 137, 139, 147
 Péufigo benigno familiar: 139
 Penfigoide: 58, 138, 139
 Penicilamina: 61, 81
 Pentamidina: 96, 98, 99
 Pentostam: 96, 97, 98
 Pentoxifilina: 22, 98, 103, 127, 142, 197, 200, 209, 210
 Periactin: 201, 203
 Perifoliculitis *decalvans*: 39
 Perioral, dermatitis: 181, 182
 Permetrin OTC: 136, 189
 Permetrina: 136, 182, 189
 Permetrina Unipharma: 136
 Perniosis: 140
 Peroxiben: 14
 Picaduras: 113, 123
 Pie de atleta: 118
 Pie diabético: 39, 198
 Piedra: 140
 Piel escaldada estafilocócica: 140
 Piel senil: 15, 21, 140, 211
 Pilder: 19
Pili canaliculi: 142
 Pimecrolimus: 28, 29
 Pimocide: 45, 120, 144, 154
 Pioderma gangrenoso: 50, 142
 Piodermatitis: 18, 29, 33, 38, 39, 58, 59, 66, 103, 136, 143, 194, 200, 207
 Piojos: 137
 Piperacinas: 201
 Piperidinas: 201
 Piridoxina: 210

Piretrinas: 135
Piretroides: 135
Piridonas: 118
Piritiona de zinc: 46, 47, 142, 172
Piroctona olamina: 13, 14, 46, 47, 48
Pitiriasis capitis: 46
Pitiriasis liquenoide: 145
Pitiriasis versicolor: 145
Plasimine: 143
Podofilino: 40, 41, 122, 211
Podofilotoxino: 41
Polaramine: 21, 201
Polidocanol: 148, 209, 218
Polienos: 118
Polypodium leucotomos: 60
Polytar: 46
Porfirias: 109, 146, 188
Porokeratosis: 147
Positon: 88, 131
Pramox: 149
Prednicartrato: 55
Prevenor: 19
Pro-actidil: 201
Proderma: 17
Progesterona: 20, 48, 107
Progestogel: 48
Promestrieno: 48
Prometacina: 201
Propicia: 22
Prostaglandinas: 59
Prothiaden: 151
Protopic: 28
Protoporfirias: 146
Prozac: 151
Pruriced: 149
Prurigo nodular: 147, 148, 150
Prurito: 16, 18, 19, 27, 29, 40, 56, 102, 104, 105, 107, 109, 113, 127, 131, 147, 157, 170, 175, 189, 207
Prurito acuagénico: 148
Prurito ani: 148
Prurito braquirradial: 147
Prurito hepático: 148, 166, 214
Prurito urémico: 148
Pseudofoliculitis: 149
Pseudofoliculitis barba: 149
Pseudomonas "hot foot": 149
Pseudotumor cerebri: 20
Psicodermatosis: 45, 50, 71, 79, 127, 131,

135, 147, 150, 177, 194, 201, 214
Psoralenos: 156, 157, 212
Psorantrol: 155
Psoriasis: 15, 24, 28, 29, 45, 46, 47, 49, 57, 58, 66, 105, 106, 109, 123, 127, 138, 147, 148, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 188, 209, 213, 214
Púrpura pigmentaria: 38
Pustulosis: 171, 172
PUVA: 25, 29, 57, 60, 72, 80, 87, 104, 105, 107, 113, 114, 127, 139, 145, 146, 156, 157, 158, 159, 171, 177, 203, 212, 213

Q

Queilitis angular: 54, 175
Queilitis granulomatosa: 175
Quellada: 135, 136, 189
Queloides y cicatrices: 175
Quemados: 176, 193
Queratolisis plantar *sulcatum*: 177
Queratosis actínica: 177
Queratosis liquenoide benigna: 177
Queratosis seborreica: 177
Quinacrina: 49, 109, 188
Quiste mucoide: 178
Quocin: 211

R

Raynaud, fenómeno de: 65
Refsum, síndrome de: 87
Regaine: 23
Regender: 60
Reneuron: 151
Replagal: 26
Re-PUVA: 87
Resincolestiramina Rubio: 148
Resiquimod: 77, 78
Resorcinol: 22, 117, 118, 141
Retens: 17
Reticulosis pagetoide: 105
Retinoico, ácido: 15, 23, 24, 71, 87, 117, 141, 176, 193
Retinoides: 14, 15, 19, 20, 21, 39, 45, 58, 66, 68, 80, 87, 104, 105, 107, 109, 116, 139, 140, 154, 157, 159, 160, 161, 171, 181, 182, 188, 190, 211
Retinol: 13, 21, 82, 141
Re-UVB: 154
Revia: 148

Rexilen: 17
 Rifaldin: 73, 102
 Rifampicina: 16, 72, 73, 96, 100, 101, 102, 103, 118, 120, 121, 148, 162
 Rimactan: 73, 102
 Risperidona: 154
 Ritter, síndrome de: 193
 Rituximab: 106
 Rivotril: 71, 153
 Roacutan: 18
 Roferon A: 78, 115
 Rosácea y dermatitis perioral: 181
 Rosácea-seborrea: 183
 Rozex: 181
 Rucinol: 100, 117
 Ruscus, tintura de: 181, 182
 Rutósidos: 38

S

SADBE: 24, 211
 SAHA: 83
 Salazopirina: 142
 Salicilismo: 87
 Sandimmun neoral: 161
 Sangrías: 146
 Sanodin: 22
 Sarcoma de Kaposi: 188, 189
 Sarcop: 189
 Sarna: 65, 95, 131, 136, 189
 Sarpex: 135
 Sartol: 149
 Schamberg, enfermedad de: 38
 Schericur: 56
 Seborrea: 47, 181, 183, 204
 Seborriasis: 48
 Selenio, sulfuro y disulfuro: 46
 Separador interdígital: 77
 Septomida sobres: 53
 Septrin: 144
 Sequedad: 19, 20, 30, 102, 151, 165, 204
 Seropram: 152
 Seroxat: 152
 Sertaconazol: 46, 120
 Sertralina: 59, 71, 152
 Sézary, síndrome de: 106
Short-contact therapy: 24, 156
 Sicorten: 55
 Sífilis: 190, 200
 Silipack: 175

Silvederma: 143
 Simpatectomía: 59, 65, 81
 Simulect: 168
 Sinequan: 151, 201
 Siplizumab: 168
 Skinoren: 14
 Solacap: 120
 Solaraze: 177
 Solucel: 14
 Solución de Combés: 141
 Solución de Jessner: 88, 117, 141
 Sporanox: 120
Squaric acid dibutil ester: 24
 Stucco queratosis: 190
 Sucralfato: 22, 45, 199
 Sudamina: 53, 190
 Sufil: 132
 Sulfadiazina argéntica: 143, 193
 Sulfona: 50, 59, 100, 101, 102, 107, 139, 171, 172, 181, 203, 209, 210
 Sumitrín: 135
 Suniderma: 56
 Sunlaude sin sol: 213
 Sweet, síndrome de: 50

T

Tacalcitol: 139, 147, 155
 Tacrolimus: 28, 29, 57, 107, 108, 120, 142, 162, 164, 166
 Talidomida: 22, 60, 80, 102, 103, 109, 139, 147, 175, 188
 Talquistina: 53
 Taninos: 53
 Tannosynt: 53, 78, 149
 Tantum verde: 22
 Targretin: 104, 105
 Tarisdin: 46
 Tavegil: 201
 Tazaroteno: 15, 57, 87, 154, 158
 Telfast: 201
 Tenovil: 170
 Tensoderm glicólico: 20
 Terbinafina: 41, 49, 118, 119, 121, 145
 Terramicina tópica: 143
 Tetraciclinas: 16, 17, 18, 20, 21, 72, 138, 143, 145, 161, 200, 203
 Tiabendazol: 50, 95, 189, 204
 Tinaderm: 118
 Tintura de Ruscus: 181, 182

Tiñas: 119, 121, 143, 155
Tiocarbamatos: 118, 136
Tioconazol: 120, 122
Tofranil: 151
Topyline mascarilla: 20
Tosilcloramida: 143
Toxicodermia: 109, 172, 193
Toxina botulínica: 65, 81, 82, 127, 139
Trankimazín: 153
Tranxillium: 153
Tratamiento hormonal sustitutivo: 71, 142
Trazodona: 151
Tretinoína: 23, 117, 127, 140, 141, 147, 149, 172, 182, 199
Trialmin: 19
Triamcinolona: 15, 21, 23, 26, 41, 54, 55, 88, 108, 147, 171, 175, 178, 187, 213
Triasox: 95
Tricloroacético, ácido: 122, 127
Triclosan: 13, 14, 20, 46, 82
Tricoarlinco champú y loción capilar: 23, 46, 47
Tricomosis nodosa: 140
Tricomoniasis: 207
Tricorexi nodosa: 193
Tricostasis espinulosa: 193
Tricotilomanía: 194
Trietanolamina: 136, 156, 171
Trigon: 23, 178
Trigon Tópico: 88
Trileptal: 79
Trilombrin: 132
Tripolidina: 200
Tropargal: 151, 153
Trosid: 120, 122
Tungiasis: 194

U

Úlceras de las piernas: 198
Úlceras venosas: 197
Unna, bota de: 199
Uñas amarillas: 200
Urbal: 22
Urea: 27, 41, 46, 47, 48, 53, 54, 66, 71, 87, 122, 131, 171, 172, 213, 217, 218, 219, 220
Uretritis: 71, 72, 200
Urticaria: 19, 61, 66, 73, 102, 109, 113, 127, 147, 170, 197, 200
UVA: 25, 29, 59, 68, 104, 107, 113, 155, 156,

157, 158, 176, 203, 212, 213, 219
UVB: 29, 66, 67, 104, 107, 145, 146, 148, 155, 156, 157, 158, 159, 212, 214

V

Vaginitis: 33, 37, 204, 207, 214
Vaginosis: 207
Valaciclovir: 77, 78, 79
Valherpes: 77, 79
Valium: 153
Valpridol: 77, 79
Valtrex: 77, 79
Vandral: 152
Vapio antiparasitario: 136
Variargil: 201
Varicela: 207, 208
Varidasa: 197
Varihesive: 198
Vasculitis leucocitoclástica: 209
Vasculitis livedoide: 22, 197, 209
Vasculitis urticariforme: 210
Vaspit: 56
Vectavir: 77
Velodan: 202
Venlafaxina: 152
Verruga vulgar: 210
Verrupatch: 210
Verruplan: 210
Verufil: 210
Vestibulitis vulvar: 214
Vibracina: 17
Vigilon: 198
Violeta de genciana: 143
Virexen: 79
Virherpes: 77
Virlix: 202
Virmen: 77
Virval: 77, 79
Vitamina C: 14, 27, 60, 61, 116, 142, 219
Vitamina D₃, derivados: 47, 113, 155
Vitiligo: 24, 156, 157, 212
Vlemincx, solución de: 20
Vulvodinia: 148, 214
Vulvovaginitis cíclica: 214

W

Wartec: 40
Whitfield, ungüento de: 118
Winkelman, régimen de: 154

X

Xanelim: 167
Xantelasma: 217
Xantomias: 217
Xantomatosis cerebrotendinosa: 217
Xerial *capillaire*: 41
Xerosis: 16, 19, 27, 67, 104, 147, 198, 217
Xerotica *obliterans*: 33

Y

Yacutín: 135, 189
Yoduro potásico: 50, 58, 61, 72, 142, 188, 210, 223

Z

Zalain: 46
Zarator: 19

Zasten: 202
Zeliderm: 14
Zenapax: 168
Zigomicosis: 223
Zileuton: 29
Zinc dihidrato, acetato: 15
Zinc, gluconato: 13, 14, 16, 48
Zinc, sulfato: 25, 39, 50, 53, 96, 193, 199, 200, 211
Zincation plus: 46
Zineryt: 15
Zofran: 147, 148
Zolistan: 202
Zoon, balanitis de: 33
Zorac: 15, 154
Zovirax: 77
Zyrtec: 202

03-04-PPC-03-E-3034-B