

ERNESTO MACOTELA RUÍZ Y  
JOSÉ LUIS JIMÉNEZ CASTILLA\*

**ALGUNOS  
NUEVOS  
TRATAMIENTOS  
EN  
DERMATOLOGIA.**

LA TERAPÉUTICA dermatológica se ha visto enriquecida durante los últimos años con una gran cantidad de nuevos compuestos. También el mejor conocimiento de la fisiología cutánea, y con ello la comprensión de los mecanismos etiopatológicos de innumerables entidades clínicas, nos ha abocado hacia nuevas conductas terapéuticas. Nos referiremos a ciertos nuevos métodos que creemos son de utilidad para el médico general, referentes a algunas de las entidades clínicas más comunes vistas en la consulta diaria.

**ACNÉ VULGAR (JUVENIL)**

El acné vulgar es uno de los padecimientos que el dermatólogo y el médico general ven con más frecuencia. Es también una de las entidades clínicas más importantes ya que la repercusión psicológica de esta enfermedad no es de descuidar, pues sabemos que cuando el acné se acompaña de cicatrices deformantes, es posible observar cambios en la personalidad considerables. Es esta una de las razones por las cuales una terapéutica eficaz debe ser desarrollada<sup>7</sup>.

Es muy importante que el médico conozca la patogénesis de este padecimiento. Sabemos que las lesiones del acné están asociadas a la hiperactividad de los folículos pilosos y de las glándulas sebáceas que se observa durante la adolescencia. Estas estructuras, que constituyen en general una unidad inseparable, son los sitios en donde las lesiones acneiformes desarrollan. Si consideramos, por otra parte, que la propor-

---

\* Departamento de Dermatología y Micología Médica. Hospital General. Centro Médico Nacional. I.M.S.S. Av. Cuauhtémoc 330, México 7, D. F.

ción de estas unidades folículo-sebáceas es muy importante en la cara, nos sorprende la mínima proporción de ellas que resultan afectadas. La iniciación de la lesión primaria del acné se debe a la obliteración de los orificios pilo-sebáceos por escamas de queratina y sebo. Este material se acumula en el folículo y rompe posteriormente la pared de éste vertiéndose en la dermis. Como cualquier otro cuerpo extraño, este material provoca inflamación que puede extenderse a los folículos vecinos y producir así un acné quístico, indurado, cicatrizante. Otros trastornos tales como el edema tisular y las posibles alteraciones químicas del sebo, requieren investigación ulterior para definir su exacta relación con el acné.

Debemos considerar dos tipos polares de pacientes con acné: 1. Aquellos sujetos que presentan un padecimiento moderado y 2. Los que padecen un acné quístico, severo y cicatrizante.

En el primer grupo con lesiones moderadas, la terapéutica local será suficiente sin el empleo de antibióticos por vía general o corticosteroides. El paciente debe ser entrenado en lo que respecta a las medidas higiénicas fundamentales, especialmente el aseo dos o tres veces al día. Este aseo puede ser llevado a cabo con los jabones comunes y corrientes existentes en el mercado. El paciente deberá aplicar una loción, después de un aseo cuidadoso por la noche. Estas lociones están formuladas empleando agentes queratolíticos y antiseborreicos tales como el ac. salicílico (1 a 3%) y la resorcina (1 a 3%). En algunos casos se agregará corticosteroides debido a su acción antiinflamatoria. Es importante el examen de la piel cabelluda de estos pacientes, ya que la presencia de dermatitis seborreica es un factor contribuyente a la severidad del cuadro clínico.

Los comedones serán extraídos con saca-comedones una o dos veces por semana y las lesiones pustulosas drenadas. Estas manipulaciones deberán ser efectuadas por el médico o un familiar del enfermo instruído al respecto. Es evidente que deberá evitarse que el paciente traumatice su piel con las uñas.

En los últimos años han sido delineados algunos avances en el tratamiento del acné pustuloso, quístico y cicatrizante. En un principio fue la tetraciclina oral que demostró buenos resultados en una proporción limitada de pacientes. La dosis inicialmente empleada fue de 1.5 a 2.0 g. al día. No obstante sabemos actualmente que dosis de 250 mg. dos o tres veces al día son suficientes.

Nuestra experiencia nos ha mostrado que la más importante adqui-

sición en la terapéutica de este tipo severo de acné es el empleo de los corticoides por vía oral<sup>7</sup>. Estos compuestos pueden ser usados con seguridad y éxito para erradicar la inflamación. Cuando se administran a dosis suficientes durante un período de tiempo razonable, la respuesta es rápida y una vez que la reacción inflamatoria ha sido dominada solo es necesario el empleo de dosis pequeñas de mantenimiento. El fracaso de esta terapéutica es debido al uso inicial de dosis insuficientes para provocar la regresión de las lesiones inflamatorias.

Acostumbramos usar una dosis inicial de 16 a 24 mg. de triamcinolona o su equivalente de dexametasona. Esta dosis deberá ser mantenida durante una o dos semanas y cuando la mejoría es observada, reducir gradualmente la dosis hasta llegar a la de mantenimiento. Al principio usamos antibióticos en unión de los corticosteroides, pero hemos encontrado que esta medida es innecesaria, salvo raras excepciones. En general, este tipo de acné es controlable con dosis pequeñas de corticosteroides, las cuales serán continuadas hasta que el proceso comience a desaparecer espontáneamente.

Durante los últimos años nuevos procedimientos de tipo quirúrgico han enriquecido nuestras armas para tratar el acné cicatrizante. Uno de estos es la dermabrasión, la cual puede ser empleada como un procedimiento de consultorio. Este método correctamente aplicado elimina el 70 por ciento de las cicatrices formadas durante los brotes agudos del acné. Antes de iniciar dicho método deberá controlarse por completo la evolución aguda del acné.

#### CANDIDIASIS

A partir del advenimiento de la cortico y antibioterapias, la candidiasis ha tomado una gran importancia epidemiológica y su cuadro clínico se ha vuelto polimorfo. El dermatólogo es llamado así a tratar varios tipos de candidiasis: intertrigos, oniquias y paroniquias, "pie de atleta" por levaduras, algodoncillo y perleche, entre otras dermatosis y recientemente un interesante cuadro de candidiasis ano-genital. Este último constituye un interesante problema de tipo terapéutico y profiláctico, ya que no es raro encontrar las llamadas "formas conyugales". Las vulvo-vaginitis y las infestaciones del aparato genital masculino por especies del género *Cándida*, especialmente *C. albicans*, no son raras. Otros tipos de candidiasis se ven a menudo asociadas a la diabetes. No

nos ocuparemos del tratamiento de las formas sistémicas de candidiasis.

Como, esbozamos anteriormente, no se puede concebir el tratamiento de la candidiasis sin tener *in mente* las medidas de tipo profiláctico. Es sabido que la presencia e candidiasis vaginal juega un papel importante en la aparición de la candidiasis del recién nacido. Este padecimiento se observa en un 35 por ciento superior, cuando la madre del bebé es portadora de una infestación por *Cándida*. Para prevenir este padecimiento será necesario vigilar la flora vaginal durante las últimas semanas del embarazo. En caso positivo, las levaduras pueden ser suprimidas por el empleo del Nystatin en forma de supositorios o de tabletas vaginales conteniendo 100,000 unidades, aplicadas dos veces al día. A esta medida debe ser agregada un tratamiento oral con la misma droga para evitar reinfestaciones de origen intestinal. Se acostumbra una dosis diaria de un millón a un millón y medio de unidades.

Las cantidades ano-rectales responden bien a la terapéutica con el nystatin. Como dijimos para la prevención de la candidiasis oral, la vaginitis por *Cándida* será tratada con supositorios y la vulvitis con ungüento; esta última es a menudo descuidada y es fuente de reinfestaciones vaginales. Aquí llegamos a un punto muy importante: la investigación de infestación por *Cándida* en el cónyuge, ya que la presencia de uretritis o de prostatitis subclínicas, es causa de reinfestación. Este tipo de infestaciones en el varón pueden ser tratadas con instilaciones de Anfotericina B o de Nystatina.

Tanto en el hombre como en la mujer, la anitis por *Cándida* es a menudo la causa de pruritos anales, lo mismo es aplicable a la vulvitis crónica que constituye en ocasiones el *substratum* de un prurito vulvar. Recientemente se han reportado casos de candidiasis ano-rectal mejorados por una asociación de nystatina local y el empleo de diyodohidroxi-quina por vía oral, cuando estos casos se mostraron resistentes a la terapéutica habitual. En los casos crónicos y rebeldes de candidiasis deberá ser eliminada la posibilidad de un proceso irritativo de contacto (uso de productos anticonceptivos, v.g. diafragma, etc.,) o bien el empleo de anticonceptivos ácidos que propician el desarrollo de *Cándida*.

Una gran proporción de paroniquias son causadas por *C. albicans* que responden al tratamiento prolongado con nystatina (masajes dos o tres veces al día durante cuatro o seis semanas). Es curioso que cuando la lesión es una oniquia, ésta no responde al tratamiento con esta droga. Señalaremos que es importante el estudio micológico y bacteriológi-

co de estos casos de paroniquias ya que en ocasiones se trata de infecciones piógenas sensibles a los antibióticos y antisépticos locales.

De las infecciones cutáneas por *Cándida*, los intertrigos crural, interglúteo, submamario, las *erotio interdigitalis blastomycética*, etc., son de las más comunes y su tratamiento requiere el uso de medidas locales tales como la nystatina o los diferentes colorantes (verde de metilo o violeta de genciana). En ocasiones estará indicado el empleo de corticosteroides locales para disminuir la reacción inflamatoria.

Un grave problema terapéutico es el granuloma candidiásico. No existen reportes de curación con la nystatina. Varios autores (Degos, Drouhet) concuerdan en el hecho de que este tipo de candidiasis responde satisfactoriamente al tratamiento intravenoso con anfotericina B a dosis de 0.7 a 1.4 mg. por kilogramo de peso, administrados diariamente o cada dos días. Las dosis totales dependerán de la naturaleza de la infección y del estado general del paciente (Sternberg). Debido a las frecuentes reacciones del tipo tóxico, se recomienda una vigilancia cuidadosa del enfermo y tal vez la adición de medidas preventivas, tales como los antihistamínicos o los corticosteroides (Degos). Agregaremos que este tratamiento general es aplicable a las formas sistémicas cada vez más comunes: septicemia, peritonitis neumonitis y otras.

Sternberg y Macotella<sup>7</sup> han venido empleando en el Centro Médico de la Universidad de California en los Angeles, una loción que contiene anfotericina B al 3 por ciento. Se ha tratado una gran variedad clínica de casos de candidiasis cutánea que incluyen intertrigos y paroniquias entre otros. Queda la impresión de que los resultados de la anfotericina B local son cuando menos comparables a los observados con la nystatina. No se han observado reacciones de tipo eczematoso o irritaciones primarias.

### CORTICOSTEROIDES

La introducción más valiosa en terapéutica dermatológica en los últimos años, es la de los corticosteroides.

A partir de la introducción del ungüento de cortisona hemos visto una sucesión de nuevos corticosteroides que incluyen la hidrocortisona, prednisona, prednisolona, acetato de fluorcortisona, acetato de triamcinolona y la dexametasona. Las nuevas drogas han sido admitidas teniendo como base un mayor efecto anti-inflamatorio a una menor concen-

tración. Estos hechos han sido demostrados adecuadamente por medio de investigaciones cuidadosas y bien controladas. Creemos oportuno indicar que el empleo de la hidrocortisona está aún ampliamente justificado.

Durante los últimos años se han experimentado dos nuevos corticosteroides en el Centro Médico de la Universidad de California en los Angeles<sup>7</sup>. Se trata de la fluradrenolona y el acetónido de fluocinolona. Ambos compuestos son hidrocortisonas fluorinadas con una unión acetónica, la cual incrementa sus propiedades anti-inflamatorias y disminuye al mismo tiempo las propiedades de retención de líquidos.

El acetónido de fluocinolona es activo a una concentración de 0.025 por ciento y la flurandrenolona al 0.050 por ciento. Estos dos compuestos son comparativamente mucho más activos que los usados actualmente: triamcinolona, que es activa como la dexametasona, a una concentración de 0.1 por ciento.

Se emplearon estos dos compuestos en unos 500 pacientes. La experiencia con fluocinolona se limitó a su uso en una crema base hidrosoluble sin agente antibacteriano agregado. Se ha usado en erupciones eczematógenas no infectadas secundariamente, tales como la neurodermatitis, la dermatitis de contacto, etc. Puesto que no se efectuó un estudio comparativo con placebos, triamcinolona y dexametasona, no es posible hacer una comparación exacta de estos compuestos, no obstante, basados en el estudio de varios cientos de pacientes parece ser que este compuesto es al menos comparable en efecto, con los corticosteroides ya citados: triamcinolona y dexametasona. La flurandrenolona ha sido empleada en unguento con y sin neomicina, y en una loción con neomicina. Es por estas razones que fue usado en lesiones secundarias infectadas y en varias variedades de piodermatitis. Con este compuesto queda la impresión, después de usado en unos 200 pacientes, de que al menos es tan activo como la triamcinolona. Mencionaremos que la flurandrenolona produce un efecto benéfico en las psoriasis discoides, particularmente cuando la droga ha sido combinada al ácido salicílico al 3% o a la antralina del 0.1 al 0.25%.

No nos referiremos en esta ocasión al empleo de los corticosteroides en el tratamiento de ciertos padecimientos como el Lupus eritematoso sistémico, el pénfigo vulgar, etc., que han cambiado radicalmente la malignidad de estos cuadros.

## REFERENCIAS

1. Degos, R., Drouhet, E., Touraine, R. et Dana, M. (1959): "Granulome moniliasique. *Effects de L'Amphotericine B*". Bull. Soc. Franc. Derm. et Syph. 66 (5): 632-637.
2. González-Ochoa, A., Domínguez, L. y Macotella-Ruíz, E. (1959): "Tratamiento de la Moniliasis Oral con Nystatin". Rev. Inst. Salub. y Enf. Trop. 15 (4): 195-202.
3. Newcomer, V. D., Sternberg, Th. H., Wright, E. T. Reisner, R. M., McNall, E. (1960): "The treatment of systemic fungus infections with Amphotericin B". Ann. New York Acad. Scie. 89: 221-239.
4. Sternberg, Th. H., Tarbet, J. E., Newcomer, V. D., Huddleson, H. G., Weir, R. H., Wright, E. T. and Egeberg, R. O. (1953): "Antifungal effects of Nystatin on the fecal flora of animals and man". Antibiotics Annual 1953-1954: 200-209. Medical Encyclopedia. New York, N. Y.
5. Sternberg, Th. H. and Newcomer, V. D. Ed. (1955): "Therapy of Fungus Diseases". Little Brown and Co.
6. Sternberg, Th. H., Wright, E. T., Oura, M. (1956): "A new Antifungal Antibiotic: Amphotericina B". Antibiotics Annual 1955-1956: 566-573. Medical Encyclopedia, New York, N. Y.
7. Sternberg, Th. H. y Macotella-Ruíz, E.: "Nuevos Tratamientos en Dermatología". Memorias, VI Reunión Médica de Occidente. Guadalajara, Jal. Nov. 1961.