

15. Gallin JI, Malech HL. Role of the neutrophil in host defense and inflammation. In: Mandell GL, Novick WJ Jr. eds. Pentoxifylline and leukocyte function. Somerville, NJ. Hoechst-Roussel Pharmaceuticals, 1988:82-95.
16. Currie MS, Murali K, Rao K. Stimulus specific effects of pentoxifylline on neutrophil CR-3 expression, degranulation and superoxide production. *J Leukoc Biol* 1990; 47:244-250.
17. Salyer IL, Bohnsack JF, Knape WA. Mechanisms of tumor necrosis factor-alpha alteration of PMN adhesion and migration. *Am J Pathol* 1990; 136:831-841.
18. Strieter RM, Remick DG, Ward PA. Cellular and molecular regulation of tumor necrosis factor alpha production by Pentoxifylline. *Infect Immun* 1988; 56:1772-1776.
19. Schandené L, Vandenbussche P, Crusiaux A. Differential effects of pentoxifylline on the production of tumor necrosis factor-alpha and interleukin-6 by monocytes and T cells. *Immunology* 1992; 76:30-34.
20. Rieneck K, Diamant M, Haar P, Schönharting M, Bendzen K. In vitro immunomodulatory effects of pentoxifylline. *Immunol Lett* 1993; 37:131-138.
21. de Fraissenet A, Berman B, Duncan Mr. Effects of interferon gamma, tumor necrosis factor alpha and pentoxifylline on human normal Langerhans cell expression of ICAM-1 in vitro. *Clin Res* 1990; 58-524A.
22. Rosenthal LA, Taub DD, Moors MA y col. Methylxantine-induced inhibition of antigen and superantigen specific activation of T and B lymphocytes. *Immunopharmacology* 1992; 24:203-217.
23. Ely H. Is pentoxifylline the drug of the decade? *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:639-642.
24. Fleischer A, Rapp S, Reboussin D, Vanarthos J, Feldman R. Patient measurement of Psoriasis Disease Severity with a structured instrument. *J Invest Dermatol* 1994; 103:1033-1037.

Cox, N.H, Paterson WD.

Br J Dermat 1994; 131:878-82.

OCULAR TOXICITY OF ANTI MALARIALS IN DERMATOLOGY: A SURVEY OF CURRENT PRACTICE

Se realizó cuestionario a 325 dermatólogos. 168 respondieron que usaban HCQ. 66 CO y 89 mepacrina. HCQ fue considerada la más efectiva por el 59% y que tiene menos efectos secundarios cutáneos por el 66%; mepacrina fue considerada la de menos toxicidad ocular por el 50%. 30 señalaron observar efectos oculares pero en su mayoría leves, presentándose maculopatía luego de tratamientos cortos.

Se consideraron factores de riesgo, la dosis acumulativa (30%), dosis por kilo de peso (8%), la duración del tratamiento (3%) y combinaciones de éstas (58%). La evaluación oftalmológica fue realizada por el 56%, de los cuales 60% de rutina. Los dermatólogos deben considerar importante la dosis por kilo de peso para evitar toxicidad de las drogas y la evaluación oftalmológica para el monitoreo de los efectos secundarios principales.

Ficha presentada por la Dra. María Leonardis