

-En un estudio en infantes de 3 semanas a 6 meses con escabiosis se demostró el menor riesgo de neurotoxicidad de la permetrina sobre el lindano.

La escabiosis hasta 1980 tuvo un

comportamiento cíclico de 15a, debiendo finalizar en esta década. Las cifras estadísticas demuestran que la epidemia aún continúa; los expertos proponen como posibles explicaciones: la presencia de alguna evidencia

que muestra resistencia del parásito al lindano. También que el parásito se ha transformado en parásito oportunista en pacientes con SIDA, con aparición de formas atípicas de difícil diagnóstico.

FICHA RESUMEN

EL CHANCROIDE EN 1990. Savall, R. Piel 1990, 5: 211-213.

El chancroide es una Enfermedad de Transmisión Sexual a la que se le ha prestado poca atención a pesar de que supera la sífilis en incidencia mundial. Es muy frecuente en Africa. En Europa y USA fue poco frecuente hasta mediados de los años 70. La clínica: una o varias lesiones ulceradas dolorosas, de bordes despegados, fondo granular, costra en su superficie; no indurada, con incubación entre 7 a 21 días; lesión genital, rara vez extragenital. En un 60%, se asocia a adenopatías a veces con drenaje espontáneo. El diagnóstico diferencial es con sífilis y herpes genital. El diagnóstico: por clínica, biopsia, test de autoinoculación y por respuesta al tratamiento. El agente causal, el *Hemophilus ducreyi*, es un microorganismo gram negativo difícil de cultivar. En la actualidad, se ha modificado el método de cultivo. Se recoge la muestra del fondo, sin previa limpieza, y se cultiva en medio Hammond modificado (Agar cho= colate con Vancomicina 3 µgr/ml y enriquecido con Isovitalex BBL al 1%). Se incuba en atmósfera microaerofílica o con CO₂ al 10%, a una temperatura de 22-35% con saturación de humedad.

En cuanto al tratamiento, hay un alto fracaso con las tetraciclinas y las sulfonamidas. La mayoría de las cepas son productoras de B lactamasas. Se recomienda usar Eritromicina, TSM, Acido clavulánico con amoxicilina, ceftriaxona, quinolona, espectinomicina y rifampicina.

Dra. Paola Pasquali

Nota: Para ampliar la información con respecto a las pruebas de laboratorio se puede el lector referir a:

Pérez, J.L. I: Diagnóstico de laboratorio del chancroide. Piel 1987.2: 482-487.

USO DEL INTERFERON ALFA EN LAS VERRUGAS VULGARES REBELDES A OTROS TRATAMIENTOS.

Rangel Seife R., Díaz De V. Eunice, Castillo María Dolores, Sabates Manuel et al. Rev. Cubana Med. 29(2): 1990. 190-195.

Se estudiaron 12 pacientes portadores de verrugas gas vulgares, crónicas y rebeldes a tratamientos convencionales. A todos se les aplicó interferon alfa. Los criterios de selección de la muestra fueron lesiones de más de un año, un número mayor de 50 y resistencia a los tratamientos clásicos. Se detecta predominio de niños y adolescentes; las dos terceras partes eran masculinos y blancos. Tenían entre 50 y 100 verrugas la mitad de ellos. El 91,7% curó todas sus lesiones antes de 18 semanas. No se observaron reacciones adversas a la terapéutica empleada y un año después de curados no se detectaron recidivas en ellos.

Dra. Ketty Iskandarian I.

WEEKLY LOW DOSE METHOTREXATE THERAPY FOR CUTANEOUS SARCOIDOSIS.

Webster G., Razsi L., Sánchez M. and Shupack J. J. Am. Acad. Dermatol. 24: 451-4, 1991.

Tres pacientes con sarcoidosis cutánea severa resistente a tratamiento fueron tratados con dosis bajas de metotrexate oral en un régimen semanal. Los granulomas faciales y las ulceraciones fueron las que mejor respondieron. La respuesta se hizo aparente después de varias semanas de tratamiento, pero se necesitaron de 6 a 8 meses para alcanzar su máximo efecto.

Dra. Elana Machado

sas áreas de superficie corporal atacadas, los demás pacientes tenían menos de la mitad de superficie corporal afectada, incluso algunos con lesiones aisladas y escasas, esto hace que el tratamiento tópico sea una alternativa excelente en comparación al tratamiento sistémico como el Ketoconazol.

Las recientes observaciones; llevan a la conclusión de que con los efectos terapéuticos antimicóticos del Bifonazol intervienen una amplia gama de complejos factores, entre los cuales se mencionan: a) actividad microbiana primaria sobre los hongos patógenos, b) efecto directo sobre el crecimiento de los hongos y su capacidad de síntesis del ergosterol, c) efecto anti-inflamatorio.

CONCLUSIONES

De los tres regímenes de tratamiento

empleados con Bifonazol en solución al 1%, el más efectivo fue el de seis aplicaciones (grupo C).

El Bifonazol solución al 1%, fue bien tolerada en todos los pacientes y ninguno observó reacciones adversas. Resulta una alternativa útil y efectiva en el tratamiento tópico de la pitiriasis versicolor, especialmente cuando hay escasas lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Burke R.C. Tinea versicolor. Susceptibility factors and experimental infection in human beings. *J. Invest. Dermat.* 36: 389-401, 1961.
2. Roberts S.O.B. Pytiriasis. A clinical and mycological investigation. *Br. J. Dermatol.* 81: 315-326, 1969.
3. Faergemann J. Fredrikson. T. Tinea versicolor with regard to seborreic dermatitis. *Arch.* 115: 966, 1979. 4. Bohle P.G. and Collins-Lech. C. cell

mediate immunity to *Pityrosporum orbiculare* in tinea versicolor. *J. Clin. Invest.* 62: 4553, 1978.

5. Nazzaro Porro M., and Passi S. Cell mediated immunity to *Pityrosporum orbiculare* in tinea versicolor. *J. Clin. Invest.* 62: 4553, 1978.

6. Karaoni R., Bou Resli M. and Al Zaid N.S. et al. Tinea versicolor. Ultrastructural studies in hypopigmented skin. *Dermatologica*; 162: 6955, 1981.

7. Plempel M. Bifonazol un antimicótico de característica peculiar; *Med. cut. I.L.A. Vol. XV. Suplemento N° 1*, págs. 13-14, 1987.

8. Galimberti A.L. y col. Cambios estructurales producidos por el Bifonazol y en hongos productores de micosis superficiales. *Med. cut. I.L.A. Vol. XV. Suplemento N° 1*, págs. 25-34, 1978.

9. Stettendorf S. Bifonazol, un nuevo antimicótico tópico. Puesta al día de los estudios clínicos internacionales. *Med. cut. I.L.A. Vol. XV, Suplemento N° 1/1987.*

FICHA RESUMEN

TOPICAL METRONIDAZOLE THERAPY FOR PRESSURE SORES OF GERIATRIC PATIENTS. Gomolin H., Brandt. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1983;31: 710-2.

Las úlceras de decúbito especialmente cuando están infectadas es una causa de morbilidad importante en ancianos. La contaminación por orina y materia fecal predispone a infecciones polimicrobianas incluyendo los anaeróbicos. Se usó Metronidazol tópico en solución acuosa al 1% con buenos resultados.

Dra. Lina Fernández

CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN AN AIDS PATIENT: CURE WITH ITRACONAZOLE. Pialoux G., Hennequin C., Dupont B., Ravisse P.J. *Infect. Dis.* 1990, 162(5): 1221-1222.

Se presenta el caso de un paciente con infección por HIV del grupo IV C-1 de la CDC quien consultó por dos lesiones en piel de dos meses de

evolución, tipo papulo eritematosas, no ulceradas, en cara posterior del antebrazo derecho; sin otras infecciones oportunistas. Presentaba anergia a la tuberculina y a la candidina. La subpoblación de T4 en 65 y T8 en 608 linfocitos/mm³ y la p24 antigenemia en 400 pg/ml. La biopsia de las lesiones reportó reacción granulomatosa significativa con infiltrado inflamatorio y macrófagos con múltiples amastigotes de leishmania en su interior. Cultivo: negativo; la punción esternal, la serología antileishmania negativos. Fue tratado con Zidovudine (Retrovir) e Itraconazole (400 mgr/día) presentando desaparición de las lesiones en tres meses.

Los autores plantean que la Leishmaniasis al sur de Francia es relativamente frecuente, tanto en su forma visceral como la cutánea y que el agente causal es la *Leishmania Donovanii* (L.D. infantum). Lo presentan como el primer caso de L. Tegumentaria asociada a HIV. Los casos anteriores reportados, según estos autores, fueron formas viscerales con localización cutánea.

Dra. Paola Pasquali