

REVISTA

MEDICUS

EL REFERENTE EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

Vol. 5 • Núm. 27 • Marzo-Abril 2024

Manifestaciones cutáneas

de enfermedades alérgicas comunes, cuadro clínico y tratamiento

La corticoterapia

en el manejo de las dermatosis del adulto

Abordaje del paciente con

DERMATOSIS Y CORTICOTERAPIA TÓPICA



NUEVO

Xaraban®

Rivaroxabán

el inhibidor del factor **Xa** de la coagulación

- **Rápida acción** anticoagulante.^{1,2}
- **Eficaz** reducción de eventos tromboembólicos.¹
- En **prevención y tratamiento**, versatilidad anticoagulante.¹



Descargue la IPP



Referencias: 1. Liomont. Información para prescribir amplia Xaraban® Rivaroxabán Tabletas.
2. Berkovits A., Mezzano D., Nuevos anticoagulantes orales: actualización. Rev Chil Cardiol. 2017; 36 (3): 254-263
Reporte las sospechas de reacción adversa al correo:
farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx
INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA PROFESIONAL DE LA SALUD
XARABAN® TABLETAS 10, 15, 20 mg Reg. Núm. 188M2023 SSA IV
Aviso de Publicidad Núm.: 2309072002C00105

cardiometabólica





**SOCIEDAD MÉDICA
HMG HOSPITAL
COYOACÁN**



La nueva experiencia de pertenecer a SMHMG

Afiliate y obtén grandes beneficios:

- Sesiones médicas mensuales
- Difusión de contenidos médicos
- Precio preferente en estacionamiento
- Accesos al Congreso Anual SMHMG
- Actividades sociales y culturales
- Beneficios comerciales
- Descuento en estudios de Imagen en HMG
- Y mucho más...



Para mayor información:
sociedadhmg@gmail.com

Sumario

Volumen 5 • Número 27 • Año 2024 • Marzo-Abril



1898 Carta al editor

Abordaje del paciente con dermatosis
y corticoterapia tópica

[Approach to the patient with dermatosis and topical
corticosteroid therapy]

El futuro de la medicina es el ARN **1900**
[The future of medicine is RNA]

Un puente digital para revertir la parálisis **1902**
[A digital bridge to reverse paralysis]

La soledad como prioridad sanitaria mundial:
la OMS pone en marcha una comisión
para fomentar la conexión social **1903**
[Loneliness as a global health priority: WHO launches a
commission to promote social connection]



1904 Especial

Manifestaciones cutáneas de enfermedades alérgicas
comunes, cuadro clínico y tratamiento

[Cutaneous manifestations of common allergic diseases,
clinical picture and treatment]

Castelán-Chávez EE.

Infografía 1624

Síntomas de alergia



Revisión básica

1914

La corticoterapia en el manejo de las dermatosis del adulto

[Corticosteroid therapy in the management of adult dermatoses]

Espinosa-Cárdenas RE.

1922

Abordaje del paciente con dermatosis y corticoterapia tópica

[Approach to the patient with dermatosis and topical corticosteroid therapy]

Espinosa-Cárdenas RE.

Caso clínico 1930

Manejo de la rinitis crónica en un paciente pediátrico

[Management of chronic rhinitis in a pediatric patient]

Magaña-Casas DI.



Tutorial clínico 1938

Manejo de la rinitis crónica
en un paciente pediátrico

Management of chronic rhinitis in a pediatric patient
Ayala-Balboa JC.



1942 En la opinión del experto

Manifestaciones cutáneas como
herramienta clínica básica

Skin manifestations as a basic clinical tool
Méndez-Flores S.

1946

Conciencia: qué es, de
dónde viene y si las
máquinas pueden tenerla
como herramienta básica



Nuestra portada



Diseñadora invitada
@paulinazarac

Composición a partir de la ilustración de Paulina Zaragoza.

La ilustración de la portada de este número es una obra de Paulina Zaragoza —artista y diseñadora— y forma parte de la iniciativa "Medicus en el arte", un foro de difusión para el talento de nuestros ilustradores mexicanos.

1948

Milagros
inesperados
Torres G



1952

El cerebro y el
cuerpo están más
entrelazados de
lo que creíamos



1954 La agenda

1958 Currícula

Propuesta creativa de Identidad Medicus

Alan Harlow

Comité Científico

Dr. Carlos Abel Gutiérrez Díaz
EDITOR RESPONSABLE

Médico Adscrito al Servicio de Angiología, Cirugía Vascul
y Cirugía Endovascular de la Fundación para la Investigación
de Padecimientos Vasculares del Hospital Ángeles Mocel,
Miembro del Consejo Mexicano de Angiología
y Cirugía Vascul

Dr. Roberto Arenas Guzmán
Dermatólogo y Micólogo, Jefe de la Sección de Micología
Departamento de Dermatología Hospital General
"Dr. Manuel Gea González", Miembro Titular de la
Academia Nacional de Medicina

Dra. Carolina Rosado Bosque Gómez
Médico Internista con Posgrado de Alta Especialidad en
Fisiología Cardiopulmonar, Miembro de la Asociación
Mexicana de Quemaduras de la *European Respiratory
Society* y de la Sociedad Mexicana de Medicina Crítica

Dr. Jorge Luis Abía Guerrero
Especialidad en Medicina Interna, Mtro. en Terapia Familiar,
Codirector del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de
México, Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis, A.C.

Dr. Valentín Sánchez Pedraza
Endocrinólogo, Jefe del Servicio de Endocrinología del
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Dr. Luis Rodrigo Flores Bozo
Médico Dermatólogo Egresado del Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán",
Especialista en Terapia Láser y Dermatología Cosmética

Dr. Iván Jiménez Vázquez
Urólogo del Hospital HMG Coyoacán y Hospital San
Ángel Inn Patriotismo, Educador Sexual por la Asociación
Mexicana de Salud Sexual, A.C.

Dra. Diana Magaña Casas
Médico Inmunólogo con Doctorado en Ciencias Biomédicas
por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad
Nacional Autónoma de México

Dr. Eder Marcelo Rojas Zarco
Médico Anestesiólogo Adscrito al Departamento de
Anestesiología del Centro Médico ABC

Dr. José Luis González Linares
Médico Especialista en Gastroenterología y
Endoscopia Gastrointestinal

Dr. Arturo Jiménez Alba
Médico General Residente de Medicina Interna
en Hospital Clínica Londres

Dra. María Guadalupe Berumen Lechuga
Doctorante en Ciencias Médicas, Maestra en Ciencias
Médicas, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico
Cirujano y Partero, Investigador Asociado "B" IMSS.
Coordinadora Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Luis Antonio Moreno Ruiz
COEDITOR

Jefe del Servicio de Cardiología Adultos de la UMAE del
Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo
XXI del IMSS, Socio Titular de la Asociación Nacional de
Cardiólogos de México y de la Sociedad Nacional de
Ecocardiografía de México

Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco

Especialista en Epidemiología, Egresado de la Dirección
General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, Jefe
del Servicio de Epidemiología UMF 223 IMSS Lerma,
México Poniente

Dra. Bárbara Valdivia Correa

Médico Especialista en Gastroenterología y Endoscopia
Gastrointestinal, Miembro de la Asociación Mexicana
de Gastroenterología y Endoscopia, Servicio de
Gastroenterología del Hospital Médica Sur

Dr. Edgardo Bustillos Alamilla

Médico Especialista en Ginecología, Obstetricia y Biología
de la Reproducción, Director del Hospital Materno Infantil
"Magdalena Contreras" de la Secretaría de Salud de
la Ciudad de México

Dr. Jorge Víctor Yamamoto Cuevas

Endocrinólogo del Hospital San Ángel Inn Universidad,
Experto en Diabetes y Metabolismo en Obesidad, Fundador
de la Polyclinic for the Attention of Diabetes México

Dr. Raúl Dorbeker Azcona

Alergólogo e Inmunólogo Pediatra y Alta Especialidad en
Inmunodeficiencias Primarias del Hospital Juárez del Centro,
Jefe del Servicio de Inmunoalergias del Hospital Juárez
del Centro

Dra. Nélide Padilla Gámez

Investigadora en Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva
de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM,
Educatora Sexual por la Asociación Mexicana de
Salud Sexual, A.C.

Mtro. Daniel Briones Villegas

Psicólogo Ambiental Especializado en Hospitales, Egresado
del Programa de Posgrado de Maestría y Doctorado de la
Facultad de Psicología de la UNAM

Dra. Martha Alejandra Guerrero Aguirre

Especialista en Medicina Nuclear Molecular del Colegio
Internacional de Médicos Nucleares

Dr. Álvaro Takane Kimura

Cirujano Otorrinolaringólogo, Miembro de la Sociedad
Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza
y Cuello

Dr. Luis Alberto Maldonado González

Médico Familiar, Gerente Científico
en Havas Health & You

Ediciones Franco

Diseño Editorial
Paulina Zaragoza
Corrección de Estilo
Karla Paulina Fuentes
Servicios Digitales
Elemento 22

Directora General
Jacqueline Torres
Coordinadora General
Laura Torres
Coordinador Editorial
Dr. Ernesto Fuentes
Educación Médica Continua
Dr. Arturo Jiménez

contacto@efranco.com.mx

Administrador General
Antonio García
Community Manager
Emiliano Hernández
Gerente de Ventas
Laura Gómez
Kira Preza
Javier Gutiérrez
Sales Coordinator
Eric Torres

REVISTA
MEDICUS
EL REFERENTE EN SU PRÁCTICA CLÍNICA


EDICIONES FRANCO
Estrategia + Comunicación + Visión

Publicación avalada por:
SOCIEDAD MEDICA
HOSPITAL EDUCACIÓN

Protege, limpia e hidrata sin reseca la mucosa nasal

2 aplicaciones
en cada fosa nasal
3-4 veces al día

- ✈ **Antiséptico nasal de amplio espectro con pH neutro que elimina el 99.999% de virus y bacterias**
- ✈ **Auxiliar en el tratamiento de Rinitis (Alérgica y estacional)**
- ✈ **Previene infecciones en conductos nasales y disminuye recidiva**



Reg. San. No.: 316C2015 SSA

- ✈ **Válvula pediátrica del tamaño de la narina del bebé**

Seguridad para el bebé y los padres al momento de aplicar

2 aplicaciones
en cada fosa nasal
3 veces a día



Desde
recién nacidos



Reg. San. No.: 316C2015 SSA



Aviso de Publicidad No.: 2315052002C00055

esteripharma.com

800 838 7668

[/esteripharma](https://www.facebook.com/esteripharma)

ESTERIPHARMA
ESTERIPHARMA S.A. DE C.V.



Abordaje del paciente con dermatosis y corticoterapia tópica

Estimado editor:

LOS ESTEROIDES
DE MEDIANA Y
ALTA POTENCIA
RARAMENTE
CAUSAN EFECTOS
SECUNDARIOS
CUANDO SE
UTILIZAN DURANTE
TRES MESES O
MENOS, EXCEPTO
CUANDO SE
USAN EN LA
CARA Y ZONAS
INTERTRIGINOSAS

Para elegir el esteroide ideal se deben tomar en cuenta varios factores, tales como la edad del paciente, la localización, el tiempo de evolución y la gravedad de la dermatosis, el grado de hiperqueratosis y los tratamientos previos utilizados, así como comorbilidades.

Las patologías inflamatorias en la piel, como la psoriasis invertida, dermatitis atópica en el niño o dermatitis seborreica suelen responder con esteroides tópicos de baja potencia. La psoriasis en placas, dermatitis atópica en el adulto y eccema numular usualmente necesitan un esteroide de mediana potencia; y las patologías crónicas, hiperqueratósicas, liquenificadas o induradas que se suelen presentar en la psoriasis palmo-plantar, liquen plano o liquen simple crónico requieren esteroides potentes o superpotentes.

Los esteroides de baja potencia son más recomendables en cara y zonas intertriginosas. Las lesiones recalcitrantes a tratamiento en estas zonas, como el lupus eritematoso y el liquen escleroso, pueden requerir esteroides de más alta potencia o una mayor duración del tratamiento.

En general, el tratamiento diario con esteroides ultra potentes no debe exceder las tres semanas. En caso de lesiones recalcitrantes pequeñas se pueden utilizar durante más tiempo. Los esteroides de mediana y alta potencia raramente causan efectos secundarios cuando se utilizan durante tres meses o menos, excepto cuando se usan en la cara y zonas intertriginosas. En caso de necesitar un tratamiento más largo se recomienda su uso en días alternos para

disminuir los efectos secundarios. Los esteroides de baja potencia casi nunca causan efectos adversos, sin embargo, si se van a utilizar por largo tiempo y en una gran superficie corporal se recomienda también su uso en días alternos. En caso de terapia prolongada el paciente debe estar monitoreado para valorar efectos adversos y taquifilaxia.

La frecuencia de aplicación de los esteroides tópicos fue desarrollada de manera empírica. Después de múltiples ensayos aleatorios se describió que la aplicación de éstos una a dos veces al día es lo ideal, ya que disminuye el riesgo de efectos secundarios y taquifilaxia, además de reducir el costo de la terapia y aumenta el apego del paciente a su tratamiento.

En patologías crónicas, los esteroides potentes o ultra potentes se pueden utilizar solamente los fines de semana durante varias semanas para evitar sus efectos secundarios a largo plazo.

Como regla, no se deben aplicar más de 45 g a la semana de un esteroide potente o 100 g a la semana de uno bajo o moderadamente potente, sin oclusión, si queremos evitar los efectos secundarios sistémicos.

Tampoco se recomienda el uso de un esteroide super potente durante más de tres semanas continuas. En niños y ancianos se recomiendan esteroides de baja potencia debido a la mayor superficie corporal y la fragilidad de la piel, respectivamente. Se debe de evitar su uso en dermatosis impetiginizadas o en piel ulcerada para evitar su absorción sistémica.

Las patologías que menos responden a esteroide tópico son: psoriasis ungueal, eccema dishidrótico, lupus eritematoso, pénfigo, liquen plano, granuloma anular, necrobiosis lipóidica diabetorum, sarcoidosis y prurigo por insectos.

Fuente: Cheirif WO, Sáez OMM, Lammoglia OL. Esteroides tópicos: revisión actualizada de sus indicaciones y efectos adversos en dermatología. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2015;13(4):305-313.

El futuro de la medicina es el ARN

Según el Dr. F. Perry Wilson, de la Yale School of Medicine en New Haven, actualmente la medicina se encuentra en un punto de inflexión fundamental, comparable al descubrimiento de la penicilina en 1928 por Alexander Fleming, y a cuando en 1953, Watson y Crick caracterizaron la estructura de doble hélice del ácido desoxirribonucleico (ADN).

El Dr. Wilson refiere que en realidad son dos los momentos los causantes del punto de inflexión. El primero es, sin duda, la tan de moda Inteligencia Artificial (IA), a la que debemos permanecer constantemente atentos. El segundo momento (aunque menos conocido, no menos importante) es la farmacoterapia con el ácido ribonucleico (ARN), cuyos derivados están llamados a ser los *fármacos del futuro*.

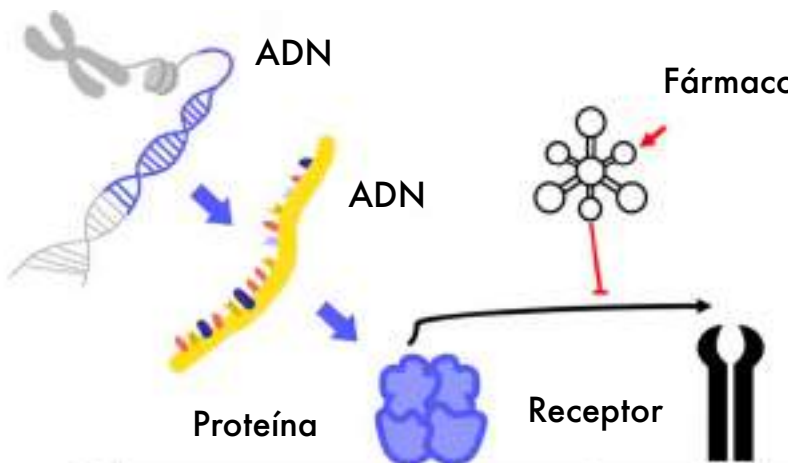
Si partimos de la idea fundamental de que muchas enfermedades implican un problema de proteínas, podemos observar que, en algunos casos,

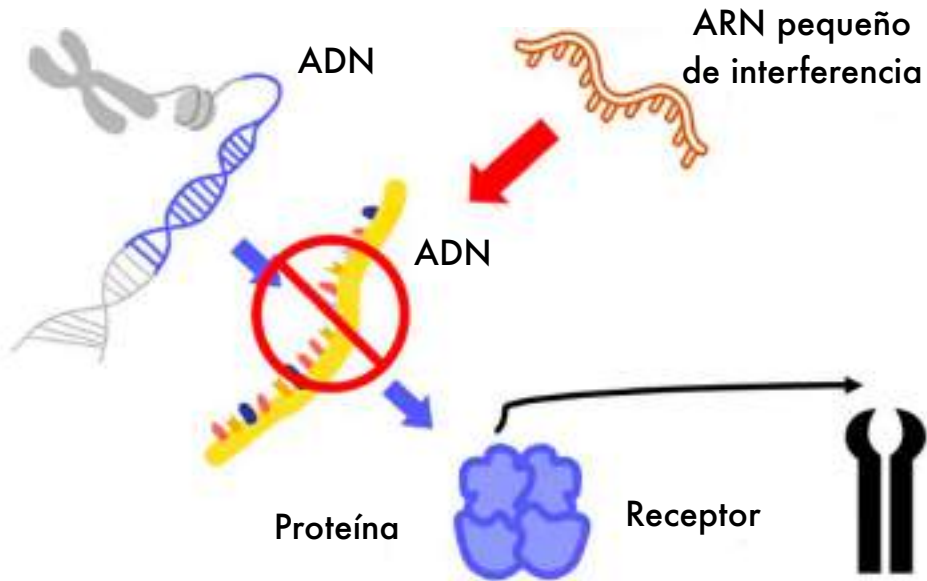
como la *hipercolesterolemia familiar*, el organismo produce demasiadas proteínas, y en otros, como la *hemofilia*, muy pocas.

En casos como estos podemos comprobar que los fármacos actuales suelen surtir un efecto tardío en el curso de la enfermedad. Existen casos en los que hay moléculas que bloquean a una proteína para que no se una a su receptor, impidiendo así que una escinda a otra, o aumente la velocidad a la que se descompone. Lejos del problema básico: la producción de la proteína inadecuada en primer lugar.

En 1998, los biólogos Andrew Fire y Craig Mello de la Universidad de Massachusetts en Worcester, descubrieron el *ARN pequeño de interferencia* (ARNpi), por el que ocho años después ganaron el Premio Nobel de Medicina, poniendo de relieve la importancia del descubrimiento.

El *ARNpi* es la forma que tiene el organismo de destruir a las proteínas antes de que lleguen a





crearse. Con una longitud de aproximadamente 20 pares de bases, el *ARNpi* busca un *ARN* mensajero diana complementario, se adhiere a éste y llama a un grupo de proteínas para que lo destruyan. Sin el *ARN* mensajero diana no puede crearse ninguna proteína.

“¿Cómo te mata el colesterol alto? Las proteínas. ¿Cómo te mata el Staphylococcus aureus? Las proteínas. Incluso los virus no pueden replicarse si se impide que su ARN se convierta en proteínas”, nos dice el Dr. Wilson.

Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, tales como los infartos al miocardio y enfermedades cerebrovasculares, se relacionan con niveles elevados de lipoproteína (a), similar a la lipoproteína de baja densidad (LDL). Los tratamientos con estatinas o las dietas no tienen ningún efecto sobre los niveles de lipoproteínas, su nivel parece estar más o menos codificado genéticamente. Conociendo el código genético de la lipoproteína (a), es relativamente sencillo inventar un *ARNpi* que se dirija específicamente a ella.

No es necesario encontrar una sustancia química que se una fuertemente a algún receptor proteínico, ni preocuparse por los efectos no deseados y todas esas minucias. Basta con elegir la proteína que se quiera suprimir.

Estudios realizados en pacientes con niveles altos de lipoproteínas han arrojado resultados espectaculares. Dependiendo de la dosis, una sola vacuna de *ARNpi* diseñado específicamente para esta proteína bajó su nivel casi al 100%, en tan solo una semana y con efectos de un año de duración.

“¿Una sola inyección que puede suprimir la síntesis de proteínas durante todo un año? Sí, realmente funciona, cambia el paradigma”, comenta el Dr. F. Perry Wilson. *“No exagero cuando digo que puede llegar un momento en que vayan al médico una vez al año, se pongan las vacunas del ARN y no tengan que volver a tomar ningún otro tratamiento farmacológico. Y ese momento puede ser, digamos, dentro de tan solo 5 años... ¡Increíble! Sin duda me parece que ese Premio Nobel tan rápido fue muy merecido”.*

Fuente: Dr. F. Perry Wilson. NOTICIAS Y PERSPECTIVAS. Medscape. FACTOR DE IMPACTO. El futuro de la medicina es el ARN. 24 de noviembre de 2023. Consultado 05 de diciembre de 2023. Disponible en: https://espanol.medscape.com/viewarticle/5911719?ecd=mkm_ret_231130_mscpmrk-ES_TopArticles_etid6102624&uac=428555CX&implID=6102624

Un puente digital para revertir la parálisis

La experiencia médica más común, respecto a una lesión de la médula espinal (LME), es que se pueden alterar los circuitos neuronales implicados en la locomoción y tener como consecuencia una parálisis permanente.

Un grupo de investigadores de la División de Neurocirugía de la Universidad de Toronto, encabezado por la doctora Laureen D. Hachem intenta demostrar la viabilidad de implementar un “puente digital” entre el cerebro y la médula espinal para mejorar la función locomotora en un individuo con lesión crónica de la médula espinal.

Basándose en la experiencia obtenida en mayo de 2023, por el equipo de investigadores encabezado por Henry Lorach, de la Universidad de Lausana, Suiza, los científicos canadienses han demostrado por primera vez en una persona que vive con LME, que las alteraciones de los circuitos locomotores se pueden restaurar parcialmente mediante el uso de una interfaz cerebro-columna vertebral (BSI por sus siglas en inglés), comunicando los comandos motores generados en el cerebro a los músculos objetivo.

En este estudio, la persona participante sufrió una LME incompleta a nivel de C5-C6, 10 años antes de la implantación de una BSI y, previamente, se había sometido a un programa intensivo de neurorehabilitación con estimulación eléctrica epidural dirigida. Si bien había mejorado su función locomotora, después de su entrenamiento inicial, su recuperación se estancó y se sometió a la implantación de la BSI. El uso de la BSI mejoró el control voluntario de



la marcha y facilitó aún más las actividades que requerían habilidades locomotoras y de coordinación compleja, lo que se tradujo en una mejora en varias métricas de su calidad de vida. Además, las funciones del decodificador y los programas de estimulación permanecieron estables a lo largo del tiempo y se demostró un refuerzo de las funciones corticales, lo que sugiere mejoras duraderas en la capacidad del paciente para modular la actividad cortical con la BSI.

Fuente: Hachem, LD, Balbinot, G. & Fehlings, MG. Cell Research. Nature. Un puente digital para revertir la parálisis. Cell Res 33, 892–893 (2023). Publicado: 17 julio 2023. Consultado: 19 diciembre 2023. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41422-023-00845-9?utm_source=cr_etoc&utm_medium=email&utm_campaign=toc_41422_33_12&utm_content=20231209

Lorach, H., Gálvez, A., Spagnolo, V. et al. Nature. Caminar de forma natural después de una lesión de la médula espinal utilizando una interfaz cerebro-columna. Naturaleza 618, 126–133 (2023). Publicado: 24 mayo 2023. Consultado: 19 diciembre 2023. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06094-5>

La soledad como prioridad sanitaria mundial:

la OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social

"No hay salud sin salud mental", planteó la Dra. Lorena López Pérez, directora de Gestión de Atención Psiquiátrica de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

El aislamiento social y la soledad tienen un impacto grave y aún poco reconocido en la salud y en los parámetros de la esperanza de vida. En noviembre de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció la formación de la Comisión sobre Conexión Social.

La OMS reconoció que este problema ha existido desde hace mucho tiempo y continúa afectando a personas en todo el mundo sin importar país, comunidad o edad.

En la actualidad, 1 de cada 4 personas mayores, y 1 de cada 6 adolescentes, experimenta aislamiento social y soledad, afectando su salud tanto física como mental.

Las personas que carecen de conexión social enfrentan un

mayor riesgo de muerte temprana; esta condición, se ha relacionado con un incremento de varios desórdenes psiquiátricos tales como la ansiedad, la depresión, el abuso del alcohol, problemas de sueño, la demencia y el Alzheimer. También se ha relacionado con padecimientos físicos como diabetes y enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, el lupus, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la obesidad, la disminución auditiva y, en general, una salud deteriorada.

La soledad es un fenómeno bastante complejo. "Es la consecuencia de distintos fenómenos sociales. Hay circunstancias que nos ponen en crisis, y generan que las personas tengan esta sensación subjetiva e interna de soledad que no podemos demeritar; sin embargo, recordemos que es una consecuencia de un sistema social mucho más complejo; el ritmo en que se vive en la actualidad y la forma en la que ahora nos comunicamos o nos vinculamos, hace que cada vez sea más difícil interactuar de persona a persona.

EN LA ACTUALIDAD,
1 DE CADA 4 PERSONAS
MAYORES, Y 1 DE CADA
6 ADOLESCENTES,
EXPERIMENTA
AISLAMIENTO SOCIAL Y
SOLEDAD, AFECTANDO
SU SALUD TANTO FÍSICA
COMO MENTAL.

Es sumamente relevante que concibamos el fenómeno de la soledad como la consecuencia de muchas acciones, en donde sí o sí, las determinantes sociales en salud están involucradas." Explicó la Dra. López Pérez.

La Comisión sobre Conexión Social es la primera iniciativa mundial que aborda la epidemia de soledad; su objetivo es trabajar para entender la gravedad de los riesgos de salud que genera el aislamiento social, y mapear soluciones y recursos de manera efectiva.

Fuente: María Nayeli Ortega Villegas. Medscape Noticias Médicas. La soledad como prioridad sanitaria mundial: OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social - Medscape - 3 de enero de 2024. Consultado 4 de enero de 2024. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5911869>



Manifestaciones cutáneas

de enfermedades alérgicas comunes, cuadro clínico y tratamiento

Dr. Enrique Emmanuel Castelán Chávez

Alergólogo Pediatra adscrito al Hospital San Ángel Inn Universidad.

Miembro del Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en
Inmunología Clínica y Alergia (COMPEDIA).

Contacto: alergiaypediatria@doctor.com

RESUMEN

Las enfermedades alérgicas van en franco incremento y gran parte de éstas involucran manifestaciones cutáneas; por ello, es de interés para todo médico identificarlas y tratarlas. Estas entidades se manifiestan, en dependencia de su mecanismo fisiopatológico, como urticaria con o sin angioedema (mecanismo mediado por IgE específica), o como exacerbación de una condición de la piel con manifestaciones clínicas variables (no mediadas por IgE específica). Los antihistamínicos son útiles para el tratamiento de las manifestaciones mediadas por IgE leves o moderadas, mientras las manifestaciones graves o no mediadas por IgE requieren medidas más intensivas; sin embargo, la identificación exitosa —ya sea para evitar o para generar tolerancia al detonante— es primordial para prevenir nuevos eventos.

PALABRAS CLAVE

Alergia cutánea, urticaria, angioedema, dermatitis por contacto alérgica, dermatitis atópica, alergia alimentaria, reacciones de hipersensibilidad a medicamentos.

ABSTRACT

Allergic diseases are increasing, and most of them involve cutaneous manifestations; therefore, it's interesting for everyone in the medical community how to identify and treat them. Depending on their pathophysiological mechanism, these diseases manifest as urticaria with or without angioedema (mechanism mediated by specific IgE), or as worsening of a skin condition with variable clinical manifestations (not mediated by specific IgE). Antihistamines help treat mild treating mild or moderate IgE-mediated expressions, whereas severe or non-IgE-mediated manifestations require more intensive measures; however, successful identification —to avoid or generate tolerance to the trigger— is essential to prevent new events.

KEY WORDS

Skin allergy, urticaria, angioedema, allergic contact dermatitis, atopic dermatitis, food allergy, drug hypersensitivity reactions.

Puntos clave:

- Se estima que dos de cada cinco pacientes que han presentado un evento alérgico lo han manifestado en la piel.
- Las manifestaciones cutáneas de enfermedades alérgicas dependen del mecanismo fisiopatológico y pueden presentarse de maneras muy variables.
- Cuando un paciente manifiesta una alergia alimentaria, inicialmente se recomienda eliminar de la dieta el alimento sospechoso durante cuatro semanas.
- Los antihistamínicos de segunda generación son el tratamiento de primera línea para el manejo de la urticaria y deben administrarse preferentemente por un período de 7 a 10 días.

Introducción

Las enfermedades alérgicas han mostrado un franco incremento y la mayor parte de ellas involucran manifestaciones cutáneas. Un reciente estudio estadounidense estimó que 41.7% de la población presentó una alergia y, de estos pacientes, 41.4% correspondió a algún tipo de alergia cutánea. En este mismo estudio, 68.4% refirió haber sido diagnosticado por un profesional de la salud: en 45.2% de los casos por un médico general, en 25.3% por un alergólogo y en 16.4% por un dermatólogo. Esto revela la importancia de familiarizarse con las alergias, independientemente de la especialidad médica, para realizar un diagnóstico y seguimiento adecuado.¹

Las alergias se clasifican en función del escenario clínico de cada paciente, la presencia o ausencia de comorbilidad en la piel y el tipo de manifestaciones clínicas. A continuación, las describimos.

Urticaria

Se caracteriza por la aparición de habones, angioedema o ambas; aunque el término no aplica a otros padecimientos (anafilaxia, angioedema hereditario, vasculitis urticariforme o síndromes autoinflamatorios) que presentan estas manifestaciones. Por su duración, la urticaria es aguda cuando dura menos de seis semanas y crónica cuando es mayor a ese periodo. Las características clásicas de estas lesiones son:

- **Habones.** Hinchazón central de tamaño variable, casi siempre con eritema circundante reflejo, acompañado de prurito o en ocasiones ardor; la evolución de cada lesión va de 30 minutos a 24 horas.
- **Angioedema.** Hinchazón súbita y pronunciada de la dermis reticular y membrana mucosa, en ocasiones con dolor en vez de prurito, con una resolución más lenta que la de los habones (hasta 72 horas).

En la urticaria aguda, cuando el detonante es mediado por IgE, existe una relación de exposición con manifestaciones clínicas prácticamente inmediatas (desde minutos hasta dos horas) causadas por alergia a alimentos o picaduras de himenópteros (abejas o avispas).² Para confirmar el diagnóstico, se debe obtener IgE específica al alérgeno en cuestión y, si la reacción inicial fue leve, esta se hace mediante pruebas cutáneas; sin embargo, ante una prueba negativa y alto índice de sospecha, o ante una reacción grave (habitualmente anafilaxia), la recomendación consiste en la determinación específica de IgE sérica. En el caso de anafilaxia, se debe buscar triptasa sérica para descartar mastocitosis asociada.³

Una vez identificado el detonante alérgico, la recomendación general es evitarlo. El soporte farmacológico se enfoca en reducir los efectos clínicos de los mediadores liberados por los mastocitos, principalmente la histamina.

Los antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, bilastina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, mizolastina y rupatadina) son el tratamiento de primera línea y deben administrarse preferentemente durante un periodo de siete a 10 días. A diferencia de los de primera generación, inhiben la liberación de citocinas originadas por los mastocitos y basófilos; además, tienen un inicio más lento, pero con mayor vida media (15 a 20 horas) y atraviesan en cantidades mínimas la barrera hematoencefálica, reduciendo así sus efectos anticolinérgicos (resequedad de mucosas, constipación, diuresis reducida) y sedantes. En ese sentido, los antihistamínicos de primera generación se recomiendan en pacientes con ansiedad o insomnio.⁴

En la urticaria aguda, si la respuesta terapéutica no es satisfactoria, hay dos posibilidades: incrementar la dosis de antihistamínicos hasta cuatro veces la habitual (pudiendo causar náusea o somnolencia) o agregar un esteroide sistémico, que debe considerarse en casos más graves donde los habones son de mayor tamaño y extensión corporal, o cuando se asocian con angioedema.

Cuando los síntomas cutáneos se asocian con uno o más síntomas

sistémicos (pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinales o neurológicos) hay que sospechar anafilaxia e indicar epinefrina. En ocasiones, hay que considerar la posibilidad de añadir inmunoterapia para alimentos o veneno de himenópteros, para generar tolerancia en el paciente y disminuir el riesgo de reacciones graves.³

Dermatitis atópica y alergia alimentaria

Aproximadamente, un tercio de los niños con dermatitis atópica grave suelen presentar alergias alimentarias (leche de vaca, huevo, soya, trigo, pescado, cacahuete o nueces), pero en población adulta suelen ser raras. En pacientes con dermatitis atópica y alergia alimentaria se pueden encontrar tres patrones clínicos:

1. Reacción inmediata no ecematososa.
2. Reacción tardía ecematososa aislada.
3. Reacción mixta (no ecematososa inmediata y ecematososa tardía).

Las reacciones inmediatas son mediadas por IgE y se caracterizan por el inicio agudo de síntomas durante las primeras dos horas de la exposición al alérgeno, mientras que las tardías pueden ocurrir seis a 48 horas después. Se manifiestan como urticaria o angioedema, o bien, como reacciones no cutáneas (gastrointestinales, respiratorias, cardiovasculares o anafilaxia).

Las reacciones tardías son mediadas por linfocitos T y pueden manifestarse como una exacerbación del eczema y, en el caso de las mixtas, presentan ambas fases en sus distintas presentaciones de tiempo.

Para las reacciones tempranas, un buen interrogatorio ayuda a determinar los alimentos sospechosos para realizarles IgE específica, siempre considerando que los pacientes con dermatitis atópica pueden mostrar sensibilizaciones múltiples sin relevancia clínica y que la información obtenida debe contextualizarse para cada paciente.

El problema con las reacciones tardías es su temporalidad asociada, pues es difícil establecer una relación con la causa. Para ellos, se recomienda realizar un diario de síntomas (de dos a cuatro semanas) y considerar la realización de pruebas de parche, aunque su valor diagnóstico es limitado.

Ante estas dificultades, se recomienda eliminar de la dieta el alimento sospechoso durante cuatro semanas. En caso de mejoría, se debe realizar el reto al alimento; no obstante, si se trata de más de uno, se determina el orden de acuerdo con el riesgo y las necesidades del paciente. Si no se observa mejoría con la dieta de eliminación, no está indicado el reto alimentario; sin embargo, si los síntomas empeoran al regresar a la alimentación habitual, hay que considerar otros detonantes que pudieran haber sesgado el periodo de eliminación.

Cuando el reto alimentario es positivo, se realiza la eliminación terapéutica del alimento con el apoyo de un nutriólogo para verificar el proceso y la simultánea provisión de nutrientes. Estas intervenciones suelen hacerse en un periodo de 12 a 24 meses, con seguimiento por IgE específica o retos alimentarios.⁵

Dermatitis por contacto alérgica

La dermatitis por contacto es una enfermedad inflamatoria de la piel que se caracteriza por la presencia de prurito, eritema, vesículas y descamación de la piel.

Este tipo de dermatitis se puede clasificar en: a) alérgica (DCA), reacción de hipersensibilidad tipo IV a un alérgeno específico, y b) irritativa (DCI), la más común (80% de los

casos), causada por un mecanismo no inmune ante un irritante. Desde el punto de vista clínico, es difícil distinguir estas entidades. Debido a este mecanismo de hipersensibilidad mediado por linfocitos T, se requiere una fase inicial de sensibilización, donde el individuo se expone por primera vez al alérgeno —un hapteno de bajo peso molecular que requiere la unión a un transportador de mayor tamaño— para despertar una respuesta inmune. Las formas de presentación clínica de la DCA se resumen en la **Tabla 1**.

De acuerdo con su distribución, pueden presentarse cuatro variantes clínicas de la DCA:

1. Restringida al sitio de contacto con el medicamento desencadenante.
2. Localizada con lesiones satélite, debido a la distribución linfática del hapteno.
3. Generalizada hematógena, por distribución sanguínea del hapteno absorbido a través de la piel.
4. Reactivación sistémica mediante vías extra cutáneas (ingestión, inyección o inhalación); suele presentarse como exantema simétrico intertriginoso y flexural.

Adicionalmente, existe una variante fotoalérgica de DCA que requiere fotones para iniciar una reacción fotoquímica entre el hapteno y su proteína de transporte; esto posteriormente induce los mismos mecanismos de hipersensibilidad de las otras variantes.⁷

La distribución de las lesiones suele sugerir el origen del alérgeno detonante, habitualmente cosméticos o productos personales. Ante la duda, se deben realizar pruebas de parche.

El tratamiento consiste en evitar el alérgeno; no obstante, debido a la ubicuidad de muchos de estos agentes —aun teniéndolos

identificados—, suele ser difícil conseguirlo.

El tratamiento farmacológico de primera línea consiste en esteroides tópicos. Para la DCA aguda, se usan agentes de potencia media a alta. Si la dermatitis es grave, se puede usar un ciclo de esteroides sistémicos. En adultos, se sugiere una dosis de 40 mg diarios con posterior reducción, durante un total, de 14 días. Deben evitarse las preparaciones de difenhidramina tópica porque provocan sensibilización cutánea. Para la DCA crónica, se prefieren los esteroides tópicos de baja potencia sobre los sistémicos, por sus menores efectos adversos.

Es importante el uso concomitante de cremas y humectantes para disminuir la resequeadad y el prurito de las áreas afectadas. Se prefieren los productos libres de fragancia para evitar exposición y sensibilización. Los inhibidores de calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus) no han sido aprobados para esta indicación, pero sí son una opción para áreas de piel sensible (cara,

Aguda	Subaguda	Crónica
Pápulas eritematosas y vesículas que tardan hasta 72 horas en manifestarse (ante exposiciones subsiguientes este periodo se reduce). Los casos graves pueden manifestarse como ampollas	Se presentan características mezcladas de las formas aguda y crónica	Lesiones eritematosas y pruriginosas con estigmas propios de la inflamación crónica: liquenificación, descamación y fisuras. La disrupción de la barrera epidérmica favorece la sobreinfección

TABLA 1. Formas clínicas de la dermatitis por contacto alérgica.⁶

En la **URTICARIA AGUDA**,
cuando el detonante es mediado por IgE, existe
el antecedente de exposición que desencadena

MANIFESTACIONES

CLÍNICAS INMEDIATAS,

es decir, desde minutos hasta dos horas.

HABITUALMENTE,

EL DETONANTE ES UN

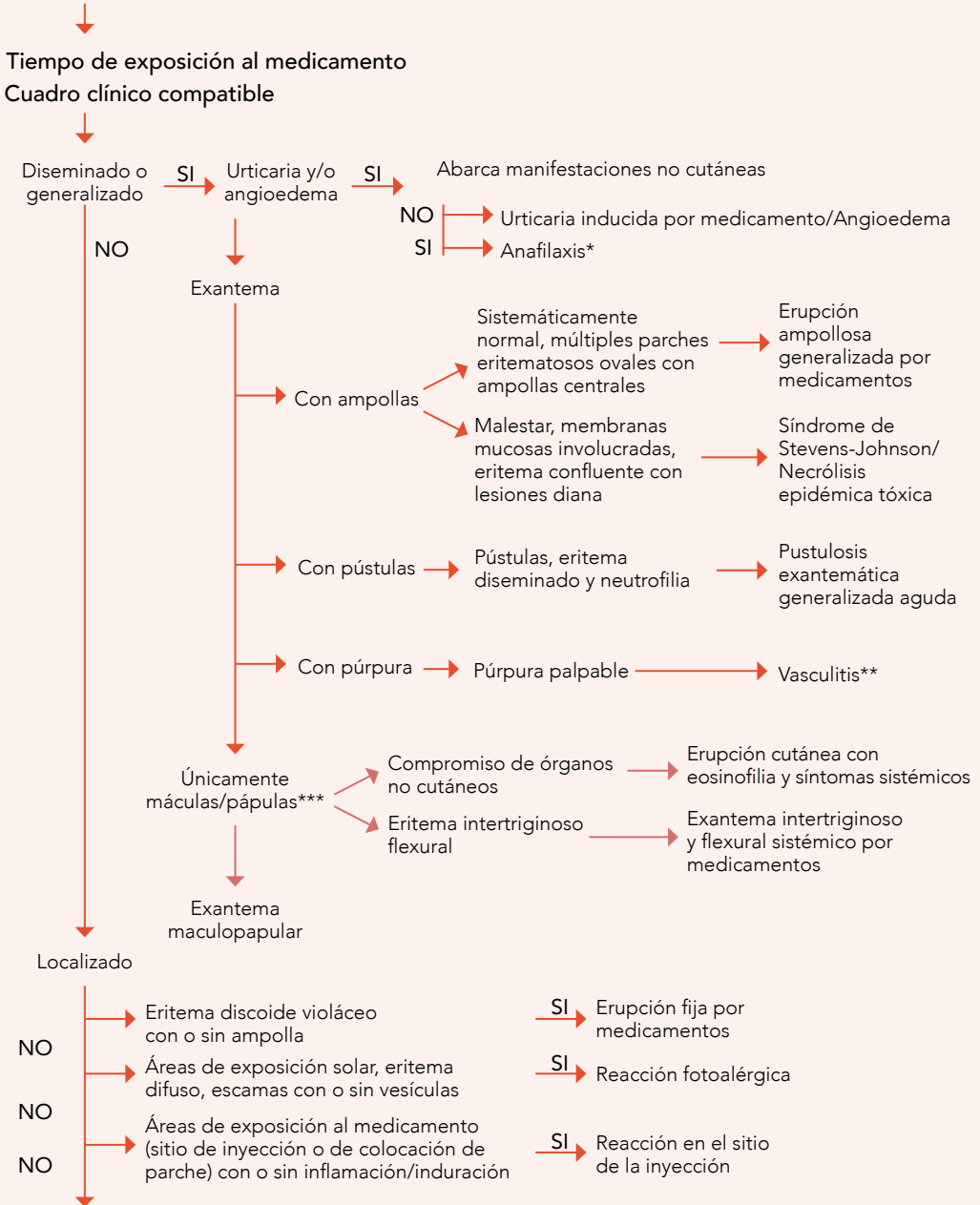
ALIMENTO O LA PICADURA

de abejas o avispas



Sospecha de reacción de hipersensibilidad cutánea inducida por medicamentos

Diagnósticos diferenciales a considerar



Considerar otros diagnósticos: dermatitis por contacto alérgica, urticaria de contacto

FIGURA 1. Algoritmo para reacciones de hipersensibilidad a medicamentos. Esta sugerencia de algoritmo se enfoca en las entidades con efectos sistémicos más importantes y no es exhaustiva en recomendaciones de procedimientos diagnósticos.
* Para ver los criterios de anafilaxia, consultar: Muraro A, et al. *Allergy* 2014;69:1026-45. ** La vasculitis puramente inducida por medicamentos es rara y puede complicar otras reacciones de hipersensibilidad. *** Pueden presentarse vesículas, pústulas, púrpura o eccema mínimo/único en casos selectos de MPE o erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos, y no poder clasificarse adecuadamente en esas entidades.

párpados). En los casos refractarios se puede considerar la fototerapia. Los antihistamínicos no han demostrado eficacia en el prurito relacionado con DCA, pero pueden considerarse aquellos de primera generación por su efecto sedante. Si el paciente no mejorar con esteroides tópicos, hay que sospechar alergia a medicamentos, la cual ocurre en 0.5% de los casos.⁶

Reacciones de hipersensibilidad a medicamentos

Las reacciones de hipersensibilidad no necesariamente constituyen enfermedades alérgicas, por los distintos mecanismos que involucran; sin

embargo, debido a su potencial para presentar complicaciones y poner en peligro la vida, es importante conocer sus patrones clínicos, tarea que la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica ha facilitado notoriamente en el algoritmo de la **Figura 1**.⁸

Conclusión

Las manifestaciones cutáneas de enfermedades alérgicas dependen del mecanismo fisiopatológico y pueden presentarse de maneras variables. Por lo tanto, el enfoque diagnóstico y terapéutico es único para cada una de ellas. Conocer a profundidad estas diferencias nos ahorra tiempo en el abordaje clínico y favorece la intervención terapéutica temprana para la pronta recuperación de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Sophie Seité S, Mei-Shiuan-Kuo A, Taieb C, Lazic-Strugar T, Lio P. Self-reported prevalence of allergies in the USA and Impact on skin: an epidemiological study on a representative sample of America. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3360.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul-Latif AH, Baker D, Ballmer-Weber B, *et al.* The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018;73:1393-414.
3. Krishna MT, Ewan PW, Diwakar L, Durham SR, Frew AJ, *et al.* Diagnosis and management of hymenoptera venom allergy: British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) Guidelines. *Clin Exp Allergy* 2011;41(9):1201-20.
4. Nettis E, Foti C, Ambrifi M, Baiardini I, Bianchi L, *et al.* Urticaria: recommendations from the Italian Society of Allergology, Asthma and Clinical Immunology and the Italian Society of Allergological, Occupational and Environmental Dermatology. *Clin Mol Allergy* 2020;18:8.
5. Wassmann A, Werfel T. Atopic eczema and food allergy. *Chem Immunol Allergy* 2015;101:181-90.
6. Nassau S, Fonacier L. Allergic contact dermatitis. *Med Clin North Am* 2020;104(1):61-76.
7. Zalewska-Janowska A, Spiewak R, Kowalski ML. Cutaneous manifestation of drug allergy and hypersensitivity. *Immunol Allergy Clin N Am* 2017;37:165-81.
8. Brockow K, Ardern-Jones MR, Mockenhaupt M, Aberer W, Barbaud A, *et al.* EAACI position paper on how to classify cutaneous manifestations of drug hypersensitivity. *Allergy* 2019;74:14-27.

Este artículo debe citarse como: Castelán-Chávez EE. Manifestaciones cutáneas de enfermedades alérgicas comunes, cuadro clínico y tratamiento. *Medicus* 2024;05(27):1904-11.

SÍNTOMAS DE ALERGIA

Descarga esta infografía en:
www.revistamedicus.com



PRURITO



EDEMA



ESTORNUDOS



TOS



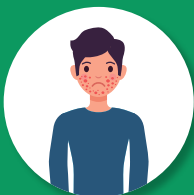
EXANTEMA



LAGRIMEO



ERITEMA



CONGESTIÓN NASAL



Referencia: Aldakheel FM. Allergic Diseases: A Comprehensive Review on Risk Factors, Immunological Mechanisms, Link with COVID-19, Potential Treatments, and Role of Allergen Bioinformatics. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 18;18(22):12105. doi: 10.3390/ijerph182212105. PMID: 34831860; PMCID: PMC8622387.

FACTORES DE RIESGO
Genéticos
Sexo
Edad
Tabaquismo pasivo
Contaminación
Infección



Línea Bioquimed[®] SNC

Naltrexona
Axrop[®]

Anfetamina
Bupropión

Butrew[®]
SBK

Abreak[®]
Mirtazapina

Cedrav-In[®]
Memantina

odven[®]
Venlafaxina

Oampina[®]
Paroxetina

LAMDRA[®]
Lamotrigina
SBK

Ocarbazepina
MHIDE

Producto
Nuevo



300 mg • 600 mg
con 20 y 40 tabletas

Escanea y
descubre
¡Nuestros



PRODUCTOS;

☎ 55 67 21 77 03
ext.115 y 135

www.bioquimed.com.mx



La corticoterapia

en el manejo de las dermatosis del adulto

Dra. Raquel Eugenia Espinosa Cárdenas

Residencia en Medicina Interna, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud en Investigación Clínica Experimental enfocada a la

Farmacología Clínica, Unidad de Posgrado, UNAM

Exjefa de Hospitalización y Extitular del Comité Intrahospitalario del Expediente Clínico,

Hospital Star Médica Centro

Directora Médica de Nube AD

Contacto: raquel.espinosa.ca@gmail.com

RESUMEN

Los corticoesteroides tópicos son unos de los fármacos más utilizados en patologías dermatológicas, ya que sus múltiples propiedades los colocan como tratamientos altamente eficaces en el control sintomático de diversas dermatosis. En función del tipo de dermatosis que se trate, así como del vehículo, potencia y zona en donde se aplicará el corticoesteroide, se debe elegir el agente tópico más adecuado. Las dermatosis más frecuentes en pacientes adultos son la dermatitis atópica, psoriasis en placa, dermatitis por contacto, liquen plano y prurigo por insectos; todas ellas tienen en común que pueden ser tratadas con corticoesteroides que, al ser utilizados en el vehículo adecuado, otorgarán el máximo beneficio al paciente con mínimo riesgo de reacciones adversas. Tal es el caso de los compuestos con betametasona, un corticoesteroide tópico que se presenta en múltiples vehículos y a distintas concentraciones, lo que lo convierte en un fármaco versátil, pues su potencia es variable y puede ser utilizado con seguridad en diversos padecimientos dermatológicos.

ABSTRACT

Topical corticosteroids are one of the most widely used drugs in dermatological pathologies since their multiple properties make them highly effective treatments in the symptomatic control of various dermatoses. Depending on the type of dermatosis in question, as well as the vehicle power and the area where the corticosteroid will be applied, the most appropriate topical agent should be chosen depending on the most frequent dermatoses in adult patients are atopic dermatitis, plaque psoriasis, contact dermatitis, lichen planus, and insect prurigo; all of them have in common that they can be treated with corticosteroids which, when used in the appropriate vehicle, will provide the maximum benefit to the patient with minimum risk of adverse reactions. Such is the case of compounds with betamethasone. This topical corticosteroid occurs that occurs in multiple vehicles and at different concentrations, making it a versatile drug since its potency is variable, and it can be used safely in various dermatological conditions.

PALABRAS CLAVE

Dermatosis, corticoesteroides tópicos, eficacia, seguridad.

KEY WORDS

Dermatosis, topical corticosteroids, efficacy, safety.

Introducción

Los corticoesteroides tópicos son unos de los fármacos más utilizados en los padecimientos dermatológicos y sus múltiples propiedades los colocan como tratamientos altamente eficaces en el control sintomático de diversas dermatosis; sin embargo, es de suma importancia realizar un diagnóstico preciso para definir el fármaco más adecuado para la patología del paciente. Además, resulta fundamental excluir la presencia de infecciones de la piel antes de iniciar el tratamiento con estos medicamentos.¹

En 1952 fue sintetizado el primer corticoesteroide tópico, conocido como «sustancia F», que posteriormente se denominó *hidrocortisona*; esto dio lugar al desarrollo de nuevas moléculas que permitieron a los pacientes con diversas dermatosis tener una mejor calidad de vida.²

Mecanismo de acción

Los corticoesteroides tópicos actúan tanto en la epidermis como en la dermis, y su eficacia clínica recae en sus propiedades vasoconstrictoras y a su efecto antiproliferativo e inmunomodulador. Su característica antiproliferativa es más notable en la capa basal de la

epidermis, donde se encuentran células en división. Es por esta razón que uso en patologías con rápida renovación celular (como la psoriasis) induce el adelgazamiento de la epidermis.²

La eficacia
clínica de los
**CORTICOESTEROIDES
TÓPICOS** se consigue
gracias a su **EFECTO
VASOCONSTRICTOR,
ANTIPROLIFERATIVO
E
INMUNOMODULADOR**



Cabe aclarar que los corticoesteroides tópicos no son fármacos curativos, sino que su acción es puramente sintomática,³ por lo que se recomienda que su uso generalmente no se extienda más allá de dos semanas sin que haya revaloración médica, para evitar el riesgo de reacciones adversas.¹

Clasificación

Los corticoesteroides tópicos pueden clasificarse de acuerdo con su potencia, la cual depende de tres factores principales: la concentración a la que se encuentra, las características de la molécula y el vehículo utilizado.³ La potencia varía dependiendo de qué tan oclusivo es el vehículo; sin embargo, también es necesario tomar en

cuenta el grosor de la piel de distintas regiones del cuerpo, tales como palmas y plantas que, por su baja tasa de absorción, requiere un esteroide potente. Por el contrario, la absorción incrementa en áreas de piel delgada como párpados, cara y genitales, donde se recomienda utilizar corticoesteroides tópicos de baja o mediana potencia, para prevenir riesgo de reacciones adversas.¹ En la **Tabla 1** se presenta la potencia de algunos de los corticoesteroides tópicos más utilizados. En general, la potencia disminuye en el siguiente orden: ungüento > pomada > crema > gel > loción > aerosol > polvos.³ Los vehículos líquidos, como lociones, se utilizan en áreas de piel delgada (pliegues), cuero cabelludo o cuando es necesario tratar grandes superficies. Finalmente, los ungüentos (por su mayor oclusividad) están indicados en áreas de piel gruesa como palmas y plantas, y en dermatitis donde exista liquenificación.⁴

Reacciones adversas

Las reacciones adversas dependen directamente de la potencia del corticoesteroide, así como del área del cuerpo tratada y de la duración del tratamiento.³ Las reacciones adversas locales se deben principalmente a la actividad antiproliferativa de los corticoides sobre los queratinocitos y los fibroblastos con la consiguiente disminución del grosor dérmico y epidérmico. Esta atrofia suele ser reversible; sin

Potencia	Corticoesteroides
Ultra alta	Propionato de clobetasol, crema (0.05%) Diacetato de diflorasona, ungüento (0.05%)
Alta	Dipropionato de betametasona, ungüento (0.05%) Dipropionato de betametasona, crema (0.05%) Valerato de betametasona, ungüento (0.1%) Diacetato de diflorasona, crema (0.05%) Acetonida triamcinolona, ungüento (0.1%)
Media	Valerato de hidrocortisona, ungüento (0.2%) Acetonida triamcinolona, crema (0.1%) Valerato de betametasona, crema (0.1%) Dipropionato de betametasona, loción (0.02%) Acetonida floucinonida, crema (0.025%)
Baja	Valerato de betametasona, loción (0.05%) Acetato de hidrocortisona, crema (1%)

Tabla 1. Potencia de diversos corticoesteroides de uso común.



IMAGEN 1. Dermatitis alérgica en la pierna de un paciente.

embargo, los corticoesteroides pueden desequilibrar la flora microbiana normal, con la aparición de dermatitis perioral, folliculitis, erupciones acneiformes, hipopigmentación, telangectasias e hipertrichosis. Además, pueden causar sensibilización en 0.2 al 0.5% de los pacientes que los utilizan, así como dermatitis alérgica por contacto, la cual es difícil de diagnosticar por el mismo efecto antiinflamatorio de los corticoesteroides tópicos, lo que suele conllevar al uso de esteroides más potentes que a la larga empeoran el cuadro clínico.^{2,3} Finalmente, vale la pena mencionar que el uso prolongado de estos fármacos puede ocasionar falta de respuesta al tratamiento y reacciones adversas sistémicas, como síndrome de Cushing iatrógeno, necrosis avascular de cabeza femoral y, de forma más común, hiperglucemia.¹

Dermatosis en el adulto y su tratamiento

En este apartado se describirán de manera breve las dermatosis más frecuentes y su tratamiento con corticoesteroides tópicos de elección.

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es una enfermedad con repetidas exacerbaciones y remisiones, caracterizada por la presencia de eczema pruriginoso (**Imagen 1**). Los pacientes suelen tener antecedentes alérgicos o tendencia a la hiperproducción de IgE. En pacientes adultos jóvenes (entre 20 y 40 años) la prevalencia alcanza hasta 9%.⁵

El mecanismo de acción del tratamiento con esteroides tópicos consiste en la unión de estos a sus receptores celulares, lo que provoca el efecto antiinflamatorio e inmunosupresor. La potencia del esteroide a elegir para el tratamiento debe estar acorde con la gravedad del cuadro clínico y la zona afectada. Se debe revalorar al paciente en quien se inician esteroides de una a dos semanas después de empezar el tratamiento, para detectar oportunamente la presencia de reacciones adversas y, en tal caso, modificar la prescripción por un corticoesteroide de menor potencia. Se recomienda que, al utilizar un agente de alta potencia, este sea aplicado dos veces al día y, una vez que se haya resuelto el cuadro agudo, cambiar la frecuencia de aplicación a una vez al día.⁵ También se sugiere el uso de valerato de betametasona al 0.1%, ya que es un compuesto que puede encontrarse en diferentes formulaciones, lo que le confiere

distinta potencia y, por tanto, mayor grado de seguridad en el tratamiento de estos pacientes.³

Psoriasis en placa

La psoriasis es una enfermedad causada por una alteración del sistema inmunitario. Afecta alrededor de 2% de la población mundial y 80% de los pacientes presenta enfermedad leve a moderada. Clínicamente, se caracteriza por placas eritematosas descamativas. Si la psoriasis afecta a menos de 5% de la superficie corporal se considera de severidad leve, si afecta de 5% a 10% es moderada, mientras que si afecta a más de 10% es severa. El tratamiento tópico es la piedra angular para el manejo de estos pacientes, en particular aquellos que sufren enfermedad leve o moderada, y generalmente se inicia con un emoliente o corticoesteroide tópico (acetato de hidrocortisona, valerato de betametasona o beclometasona).³ Se han observado resultados favorecedores con terapia combinada, en particular con análogos de la vitamina D (calcipotriol) y corticoesteroides tópicos, que son recomendados por la Academia Americana de Dermatología con un grado de evidencia A.⁶

La combinación más aceptada es calcipotriol con dipropionato de betametasona. Las preparaciones combinadas en ungüento, gel o espumas han demostrado ser seguras, con una mínima proporción de reacciones adversas (menos de 14%), que generalmente se presentan de forma perilesional. La preocupación más importante en el uso de corticoesteroides tópicos es el riesgo de atrofia dérmica; sin embargo, se observó que la combinación de estos fármacos produce significativamente menos atrofia, probablemente debido a la acción del calcipotriol.⁶

Dermatitis por contacto

La dermatitis por contacto es una condición inflamatoria frecuente de la piel que se caracteriza por la presencia de lesiones dérmicas eritematosas y pruriginosas como respuesta al contacto con una sustancia extraña. Se clasifica en irritativa (sin trasfondo inmune) y alérgica (mediada por una reacción de hipersensibilidad retardada, en donde las lesiones ocurren en la reexposición a la sustancia que origina dicha respuesta de hipersensibilidad). Se estima que 80% de las dermatitis por contacto es de tipo irritativa.^{7,8}

El tratamiento de la dermatitis por contacto tipo irritativa se basa en humectantes ricos en lípidos y en emolientes; no obstante, también se recomienda el uso de corticoesteroides tópicos, al

IMAGEN 3. Pápulas poligonales ubicadas en el brazo de un paciente con liquen plano.



IMAGEN 2. Mujer joven con dermatitis de contacto en las manos.

igual que en la dermatitis por contacto alérgica. La potencia del esteroide a elegir dependerá de la zona a aplicar: los de potencia leve se prefieren en cara, pliegues y genitales; los de potencia media en tronco y extremidades; y los de potencia alta en palmas, plantas y piel cabelluda. Se recomienda el uso de ungüento de valerato de betametasona al 0.1% como esteroide de potencia media a alta, al igual que triamcinolona al 0.1% o clobetasol al 0.05%.^{3,7,8}

Liquen plano

Se trata de una enfermedad papuloescamosa caracterizada por pápulas violáceas pruriginosas. Su curso suele ser benigno; sin embargo, los pacientes refieren molestias debidas al prurito y la alteración estética que representa.⁹

El tratamiento de primera línea consiste en el uso de esteroides tópicos, particularmente con valerato de betametasona, que otorga adecuada mejoría sintomática. Este tratamiento ha sido comparado con calcipotriol (análogo de vitamina D) y no se encontraron diferencias entre ambos, por lo que el tratamiento con valerato de betametasona al 0.1% aún se considera de primera elección.⁹

Prurigo por insectos

El prurigo por insectos es una reacción de hipersensibilidad a antígenos de la saliva de los insectos, principalmente de los mosquitos. Se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por la presencia de pápulas pruriginosas y eritematosas, cuya distribución guarda relación con el hábito alimenticio del insecto, el número puede ser variable y pueden ser diseminadas. Una vez que se descubren las lesiones, el tratamiento es puramente sintomático, desde la administración oral de anti-histamínicos hasta el uso tópico de corticosteroides de potencia media a baja de tres a cinco

días, que ayudarán a reducir el prurito y el riesgo de infección secundaria a lesiones por rascado.¹⁰ Dentro de los corticoesteroides utilizados para el tratamiento del prurigo por insectos se encuentran la crema de acetato de hidrocortisona o una presentación de valerato de betametasona, ya sea en loción al 0.05% o en crema al 0.1%, que generalmente son mejor aceptadas por los pacientes.³

Conclusiones

El tratamiento con corticoesteroides tópicos es una de las piedras angulares para los padecimientos dermatológicos, por lo que resulta fundamental conocer la forma apropiada de utilizarlos. El corticoesteroide ideal para cada paciente dependerá del grado de afección de la dermatosis, la zona en la que se presente y, por tanto, de la potencia del corticoesteroide, así como de su

presentación. En patologías más severas —que se presentan en la piel liquenificada o en áreas gruesas— se preferirá un corticoesteroide más potente, como los ungüentos de valerato de betametasona o dipropionato de betametasona; en cambio, en padecimientos relativamente simples, como el prurigo por insectos, la elección ideal será un corticoesteroide tópico de baja potencia, como la loción de valerato de betametasona al 0.05%. Una vez que el médico tenga claras estas pautas para la prescripción de corticoesteroides tópicos, tendrá la seguridad de utilizarlos en pacientes con dermatosis frecuentes con mínimo riesgo de desarrollo de reacciones adversas, ya que al ser tratamientos sintomáticos también deberá recordar que su uso será por un tiempo limitado, no debiendo extender el tratamiento más allá de dos semanas sin que haya revaloración médica, para ofrecerle al paciente una rápida remisión de sus síntomas y, con ello, mejoría en su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Devaraj NK, Rashid AA, Manap AHA, Nasir S. Topical corticosteroids in clinical practice. *Med J Malaysia* 2019;74(2):187-9.
2. Ramírez W. Uso correcto de los esteroides tópicos en atención primaria. *Rev Med Costa Rica y Centroam* 2014;71(613):801-6.
3. Lázaro A, De GM, Atención G De, Toledo P De. Corticoesteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010;34(3):83-8.
4. Tupper L, Léniz J. Corticoides tópicos: elementos para su uso adecuado. *Med Fam [Internet]* 2008;9(3):1-5.
5. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N, Shoji S, *et al.* Japanese guidelines for atopic Dermatitis 2017. *Allergol Int [Internet]* 2017;66(2):230-47.
6. Kin KC, Hill D, Feldman SR. Calcipotriene and betamethasone dipropionate for the topical treatment of plaque psoriasis. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2016;9(6):789-97.
7. Usatine R, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis — American Family Physician. *Am Fam Physician [Internet]* 2016;82(3):249-55.
8. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis por contacto en adultos. México. Secretaría de Salud, 2010. [Internet]. 2010. [Consultado el 11 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/560_GPC_Dermatitisporcontacto/GER_Dermatitis-Contacto.pdf
9. Hoon TS. A randomized controlled trial to compare calcipotriol with betamethasone valerate for the treatment of cutaneous lichen planus. *J Dermatolog Treat* 2004;15(3):141-5.
10. Mendiola IR. Prurigo por insecto y alergia a la picadura del mosquito: estudio de caso. *Aten Fam* 2018;25(3):129-31.

Posipen®

En Staph...

ESPECÍFICO Y SEGURO



Posipen® tratamiento de primera elección contra las infecciones asociadas a *Staphylococcus aureus*^{1,2}



Alcanza hasta un

98%

de eficacia terapéutica en infecciones de piel y tejidos blandos³

- Infecciones de piel^{3,4}
- Impétigo^{3,4}
- Furunculosis⁴
- Folliculitis⁴
- Celulitis^{3,4}
- Heridas infectadas⁴

Único con presentación 12h QUE FACILITA EL APGO AL TRATAMIENTO*



Consulte la IPP

REFERENCIAS: 1. Stevens D, Bone A, Chambers H, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America, IDSA Practice Guidelines for 2014. *Clin Infect Dis* 2014;59(15 July):2. Magaña C, Günter C, Montal A. The efficacy and safety of the antibiotic, dicitaxol in the treatment of children with acute pain and skin structure infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2015) 59, Suppl 5, 503-109. 4. Posipen, información para pacientes vigentes. MATERIA: INVA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONA DE LA SALUD. Reg. Min. Posipen 12h NPM2012/554 IV, Posipen 64811 15A IV. Fecha de publicación: No. 271505700203081

sanfer®



Abordaje del paciente con dermatosis y corticoterapia tópica

Dra. Raquel Eugenia Espinosa Cárdenas

Directora Médica de Nube Ad y Nube R&D

Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud en Investigación Clínica

Experimental en Salud y Farmacología Clínica, Unidad de Posgrado, UNAM

Exjefa de Hospitalización y Extitular del Comité Intrahospitalario del

Expediente Clínico, Hospital Star Médica Centro

Contacto: raquel.espinosa.ca@gmail.com

RESUMEN

Las dermatosis son un grupo de patologías inflamatorias de la piel, comunes tanto en niños como en adultos. Parte del tratamiento clave de estos trastornos cutáneos consiste en la aplicación de corticosteroides tópicos, por lo que es fundamental que los médicos de primer contacto conozcan la forma correcta de prescripción de estos fármacos y su forma de aplicación. Actualmente, es internacionalmente aceptada la aplicación de corticosteroides tópicos en distintos vehículos por medio de la unidad digital, que permite estandarizar las dosis para tener el efecto deseado y reducir al mínimo la presencia de reacciones adversas. Existen combinaciones de corticosteroides tópicos con antibacterianos y antifúngicos, cuyo uso se ha generalizado; sin embargo, es de suma relevancia conocer sus indicaciones específicas, en particular para ser utilizadas en pacientes con dermatosis inflamatorias que se asocian con procesos infecciosos ocasionados por *Staphylococcus* spp. y *Candida* spp., pues se ha demostrado que la adición de antimicrobianos resulta en mayor efectividad y mejoría clínica. Debe recalarse que el tratamiento con corticosteroides tópicos, si bien es sumamente efectivo, no es inocuo; por ello, el conocer a profundidad la patología y su tratamiento para

ABSTRACT

Dermatoses are a group of inflammatory skin diseases common in both children and adults. Part of the key treatment of these skin disorders is the application of topical corticosteroids, first-contact physicians must know the correct way to prescribe these drugs and how to apply them. Currently, the application of topical corticosteroids in different vehicles through the digital unit is internationally accepted, allowing the standardisation of the doses to have the desired effect and minimise of adverse reactions. There are combinations of topical corticosteroids with antibacterials and antifungals, the use of which has become widespread; however, it is extremely important to know its specific indications, in particular to be used in patients with inflammatory dermatoses that are associated with infectious processes caused by *Staphylococcus* spp. and *Candida* spp., since it has been shown that the addition of antimicrobials results in greater effectiveness and clinical improvement. It should be emphasized that treatment with topical corticosteroids, while highly effective, is not safe; for this reason, knowing in depth the pathology and its treatment for each patient —especially in the pediatric

cada paciente —especialmente en la población pediátrica— permitirá obtener el éxito terapéutico deseado sin que el miedo a reacciones adversas prive al médico de prescribir estos tratamientos cuando son necesarios.

population— will allow obtaining the desired therapeutic success without fear of adverse reactions depriving the doctor of prescribing these treatments when necessary.

PALABRAS CLAVE

Dermatosis, corticosteroides tópicos, betametasona, clotrimazol, gentamicina.

KEY WORDS

Dermatoses, topical corticosteroids, betamethasone, clotrimazole, gentamicin.

Introducción

Dermatosis: definición y presentaciones frecuentes

Las dermatosis comprenden un grupo de enfermedades inflamatorias de la piel que generalmente, en su fase aguda, se presentan con morfología eritematosa y pápulo-vesicular. Por el contrario, en la fase crónica, pueden desarrollar solo eritema y descamación.¹

En los pacientes pediátricos, las dermatosis más frecuentes son la dermatitis atópica, la dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto (dermatitis del pañal).¹ Más adelante se profundizará sobre el diagnóstico y tratamiento de las dermatosis pediátricas. Por otro lado, en pacientes adultos, las dermatosis más frecuentes incluyen al liquen plano, la dermatitis seborreica, dermatitis por contacto, eccema numular, dishidrosis y dermatitis atópica.²

Corticosteroides tópicos: indicaciones y clasificación

Los corticosteroides tópicos son fármacos de acción local, que no deben ser utilizados en cualquier patología dermatológica y sin prescripción médica. Sus indicaciones, así como su clasificación, dependen de su potencia, la zona afectada donde se aplicarán y el vehículo que los contiene.³ Conocer dichas características, además de su indicación terapéutica, conlleva una prescripción adecuada de estos fármacos con su consiguiente éxito terapéutico y, no menos importante, disminuye la presencia de reacciones adversas asociadas con el tratamiento.



Potencia	Opciones de corticosteroides
Ultra-alta	Propionato de clobetasol, crema (0.05%) Diacetato de diflorasona, ungüento (0.05%)
Alta	Dipropionato de betametasona, ungüento (0.05%) Dipropionato de betametasona, crema (0.05%) Valerato de betametasona, ungüento (0.1%) Diacetato de diflorasona, crema (0.05%) Acetonida triamcinolona, ungüento (0.1%)
Media	Valerato de hidrocortisona, ungüento (0.2%) Acetonida triamcinolona, crema (0.1%) Valerato de betametasona, crema (0.1%) Dipropionato de betametasona, loción (0.02%) Acetonida flucicnionida, crema (0.025%)
Baja	Valerato de betametasona, loción (0.05%) Acetato de hidrocortisona, crema (1%)

Tabla 1. Potencia de diversos corticosteroides de uso común.

Las patologías cuyo tratamiento debe ser realizado con corticosteroides tópicos son: psoriasis con extensión <10% del tegumento, eccema dishidrótrico, dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, liquen plano, lupus eritematoso discoide y prurigo por insectos.³

Los corticosteroides tópicos se clasifican de acuerdo con el vehículo que los contiene y su potencia (Tabla 1).³

Aplicación de la terapia con corticosteroides tópicos

Actualmente, el conocimiento sobre la cantidad necesaria

a aplicar de un corticosteroide tópico en determinada patología ha cobrado especial relevancia, ya que, con anterioridad, se creía que la aplicación de “una capa delgada, del corticosteroide con menor potencia posible, sólo en el área afectada y menos de dos veces al día”, podía asegurar la ausencia de reacciones adversas asociadas con este tipo de tratamientos.⁴ Sin embargo, la divulgación de este consejo a los pacientes ha generado una amplia disminución del apego al tratamiento; por ello, el personal de salud de primer contacto que atiende pacientes con diversas dermatosis debe conocer y ser capaz de explicar de forma adecuada el método de administración (aplicación) de un corticosteroide tópico, para brindar confianza al paciente, además de un tratamiento seguro y eficaz sin el riesgo de abandono del mismo.

Aplicación por unidad digital

Desde hace 25 años se ha aceptado el método de aplicación de cremas y ungüentos por medio de la unidad digital (UD), que consiste en la cantidad de producto que se administra desde una boquilla de 5 mm a la porción palmar del dedo índice, desde la unión interfalángica distal hasta la punta del dedo del paciente adulto o de la persona que aplicará el producto (Figura 1). Con esta unidad es posible determinar la cantidad de producto (crema, ungüento) que se debe aplicar para cubrir determinada área afectada.^{4,5}

Extensión de la aplicación

En población mexicana se ha observado que una UD pesa aproximadamente 0.45 g en hombres y 0.38 g en mujeres. Además, la longitud de la UD en mujeres es de 24 mm y de 27 mm en hombres; una UD abarca una superficie de 275 cm² y 220 cm² en hombres y mujeres, respectivamente.⁶ La extensión a tratar y, por ende, el número de UD necesarias, dependen de la superficie corporal afectada. En la **Tabla 2** se ejemplifica la cantidad de UD necesarias para tratar determinada zona corporal afectada. En cuanto a las técnicas de aplicación, es importante recalcar dos puntos: la aplicación de corticosteroides tópicos debe realizarse preferencialmente sobre piel húmeda y las presentaciones en cremas, pomadas y ungüentos deben ser frotadas sobre la piel afectada hasta su completa absorción, es decir, hasta que no queden residuos del producto.⁷

Duración del tratamiento

Existen lineamientos generales que dictan la duración del tratamiento con corticosteroides tópicos, entre los cuales están: área periorbital, cara y pliegues; el tratamiento no debe durar más de dos semanas. En el resto del cuerpo pueden utilizarse hasta por tres o cuatro semanas. Se recomienda que la suspensión del tratamiento se lleve a cabo de forma gradual, con disminución de la dosis y potencia del corticoesteroide semanalmente, para evitar reacciones adversas como hipofunción suprarrenal, estrías cutáneas, atrofia dérmica, dermatitis alérgica, hiperpigmentación o hipertrichosis.^{7,8} Para patologías específicas, existen recomendaciones de prescripción en cuanto a la duración del tratamiento:⁷

- **Dermatitis atópica.** De una a dos aplicaciones en niños durante una a dos semanas con reducción progresiva de la dosis; en adultos, una aplicación cada 12 horas por cinco a 10 días.
- **Dermatitis por contacto.** En adultos, una aplicación cada 24 horas durante menos de dos semanas.
- **Dermatitis seborreica.** En adultos, dos a tres aplicaciones cada 24 horas por tres a cinco días, y en niños, de una a dos aplicaciones cada 24 horas por tres a cinco días.
- **Psoriasis palmoplantar.** En adultos, una aplicación cada 12 horas por tres a cuatro semanas; en niños, una aplicación al día, valorar las semanas necesarias de tratamiento y suspender de forma gradual.
- **Liquen plano crónico.** En adultos, una aplicación cada ocho a 12 horas, la duración dependerá del sitio afectado, como se



FIGURA 1. Cantidad correspondiente a una unidad digital (UD). (A) Vista frontal de una UD. (B) Vista lateral de una UD. (C) Vista frontal de ½ UD. (D) Vista lateral de ½ UD.

Las

DERMATOSIS

comprenden un

grupo de

ENFERMEDADES

INFLAMATORIAS

DE LA PIEL que,

en su fase aguda,

presentan morfología

eritematosa y

pápulovesicular

- comentó con anterioridad; en niños, una aplicación al día.
- **Eccema dishidrótico.** En adultos, una aplicación cada ocho a 12 horas. La duración depende del sitio afectado.

Terapia combinada

La asociación de un corticosteroide tópico con un agente antifúngico y otro antibacteriano puede ser beneficiosa en caso de un proceso inflamatorio cutáneo donde además se encuentre un proceso infeccioso, como en el caso de la tiña inflamatoria o los eccemas impetiginizados.³

Es común que las dermatosis previamente mencionadas (principalmente la dermatitis atópica) se asocien con disbiosis, lo que las hace proclives a sufrir procesos infecciosos concomitantes, particularmente por microorganismos como *Staphylococcus* spp. y *Candida* spp. En estos casos, está justificado el uso de terapia combinada, ya que incrementa la tasa de éxito terapéutico en comparación con el uso de un corticosteroide tópico solo.⁹ Respecto a las combinaciones seleccionadas, se ha demostrado el uso de betametasona con gentamicina y clotrimazol es significativamente más efectivo en el tratamiento de estas patologías, en comparación con la combinación de flumetasona; además de que se obtiene mejoría clínica a partir de los dos días de uso, por lo que es un tratamiento seguro que puede utilizarse durante el mismo tiempo que la monoterapia con corticosteroides tópicos.¹⁰

Área afectada	Unidades digitales a aplicar				
	3-6 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años	Adultos
Brazo	1	1.5	2	2.5	5.5
Pierna	1.5	2	3	4.5	11
Tórax y abdomen	1	2	3	3.5	11
Espalda	1.5	3	3.5	5	11
Cara y cuello	1	1.5	1.5	2	2.5
Mano y dedos					1

TABLA 2. Unidades digitales a aplicar de acuerdo con el área afectada y la edad del paciente (se toma como referencia una longitud de la cara palmar del dedo índice, desde la unión interfalángica distal hasta la punta, de 26 mm).

Diagnóstico y tratamiento

Dermatosis más frecuentes en población pediátrica

Las dermatosis que se presentan en edad pediátrica suelen tener un impacto que va más allá de la sola enfermedad. Representan una carga al núcleo familiar, a los cuidadores y al propio paciente de forma económica, psicológica y física.¹ La clave para mejorar estos problemas complejos radica en un adecuado diagnóstico y tratamiento.

- **Dermatitis atópica.** Es el trastorno inflamatorio cutáneo crónico más frecuente. Se presenta prurito como síntoma más recurrente, lesiones liquenificadas en sitios de extensión y en cara, y tiene un curso crónico o con relapsos. El objetivo del tratamiento es disminuir la severidad de las exacerbaciones e incrementar el espaciamiento entre recaídas. Es necesario evitar el contacto con agentes desencadenantes (detergentes, químicos y alérgenos), cuidar la piel con emolientes o ungüentos lipídicos y evitar el rascado. El tratamiento incluye corticosteroides tópicos durante las exacerbaciones de la enfermedad; se deberá escalar la potencia de estos agentes según la respuesta al tratamiento y aplicarlos dos veces al día, no más del tiempo recomendado previamente.¹
- **Dermatitis seborreica.** Es un trastorno cutáneo inflamatorio crónico y recurrente, que afecta áreas de la piel con gran cantidad de glándulas sebáceas (pliegue nasolabial, orejas, cejas, cuero cabelludo y tórax). La enfermedad tiene una prevalencia de 10% en niños y dos picos de presentación: en la infancia, entre los tres meses y el año, y en la pubertad. Clínicamente se presenta con lesiones descamativas blancas o amarillentas no pruriginosas con base eritematosa. Para el tratamiento se requiere una adecuada higiene en las zonas afectadas y uso de emolientes en las lesiones. Se recomienda un curso corto de tratamiento con corticosteroides sistémicos de baja potencia (no más de dos semanas) para reducir el eritema asociado.¹
- **Dermatitis por contacto.** Se clasifica en dermatitis por contacto irritativa o alérgica. Las formas más comunes en niños son dermatitis irritativas por babeo y dermatitis del pañal; esta última es sumamente frecuente y se asocia a la maceración de la piel ocasionada por la humedad concentrada en las zonas en contacto con el pañal. Se presenta con eritema y lesiones máculo-vesículo-papulares. Usualmente se autolimita, pero si es persistente se recomienda tratamiento por corto plazo con corticosteroides tópicos de baja potencia.¹



Conclusiones

Las dermatosis comprenden un amplio grupo de patologías cutáneas con distintos grados de presentación inflamatoria. Se presentan tanto en niños como en adultos, por lo que es necesario que los médicos de primer contacto las consideren dentro de los principales diagnósticos que tendrán que enfrentar en su práctica clínica. Por ello, deben aprender a realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico. El tratamiento con corticosteroides tópicos se considera la piedra angular para la mejoría de estas enfermedades y, por ello, la forma de prescripción debe estandarizarse con base en la potencia y vehículo de los corticosteroides tópicos, así como en la aplicación

del método de la unidad digital, que se deberá enseñar a pacientes y familiares para asegurar el mayor grado de éxito terapéutico.

La combinación de un corticoesteroide tópico con antibacterianos y antifúngicos suele ser muy útil en patologías específicas, como la asociación de dermatitis atópica con infecciones ocasionadas por *Staphylococcus* spp. y *Candida* spp., que añade mayor eficacia y resolución de los síntomas en menor tiempo. Finalmente, hay que recalcar la importancia que tienen las dermatosis en la población pediátrica, ya que su mejoría incidirá en muchos otros aspectos de la vida del menor, y un tratamiento específico con adecuado seguimiento incrementará la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS

1. Fleischer AB. Diagnosis and management of common dermatoses in children: atopic, seborrheic, and contact dermatitis. *Clin Pediatr* 2008;47(4):332-46.
2. Wagemann BR, Wagemann BH, Wagemann BE, Huerta RJ, Wagemann FR, Wagemann HP. Dermatitis del adulto mayor en antifárga: experiencia de 30 años. *Rev Chil Dermatol* 2014;30(2):164-76.
3. Lázaro A, De GM, Atención G De, Toledo P De. Corticosteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010;34(3):83-8.
4. Bewley A. Expert consensus: time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids. *Br J Dermatol* 2008;158(5):917-20.
5. Tincopa-Wong OW. Corticoides tópicos actualización y uso racional. *Dermatol Peru* 2016;26(4):192-223.
6. Castaneda-Cazares JP, Torres-Álvarez B, Martínez-Rodríguez A, Díaz-Rosales A. Análisis de la unidad digital como medida de referencia para la prescripción tópica en México. *Gac Méd Méx* 2006;142(1):35-8.
7. Gómez E, Castellano J, Plasencia M, Calzado G, Betancor T, Carretero G. Uso adecuado de corticoides tópicos dermatológicos. *Boletín Canar Uso Racion del Medicam del SCS* 2017;8(4):1-8.
8. Tupper L, Léniz J. Corticoides tópicos: elementos para su uso adecuado. *Med Fam* 2008;9(3):1-5.
9. Grammatikova N. Comparative study of the antimicrobial activity of combined topical medicinal formulations of betamethasone, gentamicin, and clotrimazole *in vitro*. *Pharm Chem J* 2020;53(10):971-5.
10. Hojyo T. Combination dermatological products: a comparison of betamethasone dipropionate/clotrimazole/gentamicin sulphate and flumethasone pivalate/clioquinol creams. *J of International Med Res* 1987;15:255-63.

La decisión
estratégica es:

Firsito[®]
Escitalopram (5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg)

Cuando la **rapidez, eficacia y seguridad importan**

Poblaciones especiales

Cada paciente es diferente y algunos son sensibles y requieren una titulación lenta o menor dosis:

- 1. En depresión y trastornos de ansiedad, **dosis inicial de 5 mg**^{1,2,3}
- 2. En pacientes de **poblaciones especiales** con daño hepático⁴
- 3. **Combinación de medicamentos** antidepresivos⁵
- 4. **Trastornos de Pánico**: Se recomienda iniciar con **dosis única de 5 mg**¹⁰
- 5. **Cambio de antidepresivo** o división de dosis¹¹



Tratar a los pacientes con
Depresión y Trastornos de Ansiedad
requiere **diferentes estrategias...**



Reg. No. 2484203 SSA by
Ministerio de Salud para el fortalecimiento de la salud
No. De Auto. 2016-000000000

Referencias:

1. David S. Baldwin et al. Escitalopram and venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder: Randomised, placebo-controlled, double-blind study. *PLoS Med* 7.
2. Alan C. Wade et al. Efficacy, safety and tolerability of escitalopram in doses up to 30 mg in major depressive disorder (MAGE) in an open-label, phase study.
3. JPN Fricko

zydus
Delivering To Life

Si piensa en Zydus,
piense en calidad





Manejo de la rinitis crónica

en un paciente pediátrico

Dra. Diana Ivette Magaña Casas

Médico Inmunólogo con Doctorado en Ciencias Biomédicas por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

Contacto: dianivet0505@yahoo.com.mx

RESUMEN

La rinitis crónica es una enfermedad frecuente y a menudo minimizada que, con frecuencia, está mal caracterizada en la población pediátrica. Puede ser causada por alguna alergia o agente infeccioso; también pueden coexistir ambas etiologías y favorecer una confusión por parte del médico en torno a la presentación clínica del padecimiento. La falta de un diagnóstico claro puede tener un impacto sinérgico en la gravedad de la enfermedad, como se evidencia en el asma; por ello, se requiere un interrogatorio y exploración clínica completos, así como un tratamiento adecuado. Presentamos el caso de un niño de siete años con rinitis crónica y su adecuada respuesta a un antihistamínico de segunda generación.

PALABRAS CLAVE

Rinitis crónica, alergias, diagnóstico, antihistamínicos, desloratadina.

ABSTRACT

Chronic rhinitis is a common and often minimized disease poorly characterized in the pediatric population. An allergy or an infectious can cause it. Both etiological factors can confuse the physician regarding the clinical presentation of the disease. The lack of a precise diagnosis can synergistically impact the severity of the disease, as evidenced in asthma; therefore, a thorough history, clinical examination, and appropriate treatment are required. We present the case of a seven-year-old boy with chronic rhinitis and her adequate response to a second-generation antihistamine.

KEY WORDS

Chronic rhinitis, allergies, diagnosis, antihistamines, desloratadine.

Presentación del caso

Se trata de paciente masculino de siete años que llega a la consulta de alergología por presentar rinorrea hialina, estornudos en salva (siete a ocho veces seguidas) y prurito oculonasal desde hace 18 meses, con tendencia a la exacerbación, especialmente durante la temporada de marzo a mayo. Tres meses previos a la consulta actual inició tratamiento médico con un antibiótico del grupo de las cefalosporinas de primera generación y antihistamínicos de primera generación. El paciente mostró mala respuesta terapéutica, pues la sintomatología persistió hasta el momento actual.

Antecedentes heredofamiliares

Se refiere la presencia de un hermano menor de cinco años con cuadros de eccema desde hace dos. Padre de 40 años con asma desde los 13 años, controlado, actualmente solo requiere uso de salbutamol en caso necesario; madre de 35 años con alergia alimentaria al camarón.

Antecedentes personales no patológicos

Vive en casa propia con todos los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios. Duerme en recámara con alfombra, no tiene convivencia con perros o gatos. Alimentación: carne roja, 2/7; carne blanca, 3/7;

pescado, 2/7; frutas, 7/7; verduras, 7/7. Cuenta con esquema de vacunación completo correspondiente a su edad.

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes interrogados y negados.

Antecedentes perinatales

Producto de embarazo de 40 semanas de gestación, normo-evolutivo, obtenido por parto eutócico; APGAR 8/9, peso al nacer 3 Kg, talla 50 cm; lactancia materna durante un mes, inicio de la ablactación a los tres meses, la cual incluyó consumo de huevo.



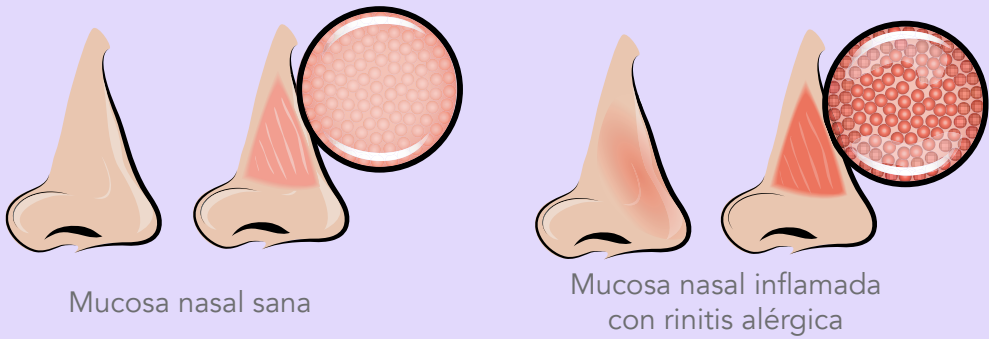


FIGURA 1. Mucosa nasal sana y la inflamación característica de la rinitis alérgica.

Exploración física

Se encuentra paciente consciente, cooperador y con marcha normal. Peso, 23 kilos; talla, 130 cm; FC, 85 ppm; FR, 18 rpm, T, 36.5 °C. Cráneo normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos, conductos auditivos externos y narinas permeables, ojos simétricos con pupilas isocóricas y normorrefléxicas; presenta hipertrofia de cornetes inferiores de 25%, faringe granulosa, cuello sin adenomegalias. Campos pulmonares bien ventilados sin presencia de estertores o sibilancias. Área cardíaca con latidos rítmicos y sin fenómenos agregados. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias y con adecuada peristalsis. Miembros torácicos y pélvicos con adecuada movilidad, reflejos conservados y llenado capilar de dos segundos.

Pruebas de laboratorio

Se realiza determinación de inmunoglobulina E (IgE) sérica total, la cual es de 205 UI. Con base en este resultado, se solici-

tan pruebas cutáneas por *prick test*, que muestran hipersensibilidad leve para *Ligustrum vulgare* (aligustre) y *Populus alamo* (álamo negro). Inicia tratamiento con 10 ml de desloratadina al día durante 15 días, mostrando remisión de la sintomatología, por lo que se recomienda su administración, tanto por razón necesaria como de manera permanente durante el período de polinización de los alérgenos identificados. Finalmente, se consigue un adecuado control de la alergia de la rinitis crónica del paciente.

Discusión

La rinitis crónica (RC) es una afección a menudo trivializada que, con frecuencia, está mal caracterizada en la población pediátrica, resultando en un diagnóstico incorrecto y, por lo tanto, en malas recomendaciones de tratamientos posteriores. Establecer el diagnóstico correcto es el primer paso hacia una mejora en la terapéutica médica.¹ Los síntomas de la RC incluyen: congestión nasal, presión de los senos nasales, prurito (generalmente en nariz, boca, ojos o garganta), párpados hinchados, secreción nasal, rinorrea, estornudos y tos; sin embargo, estas manifestaciones clínicas no necesariamente son las únicas. La presencia de dos o más síntomas, por más de una hora en dos o más días, es el único requisito para el diagnóstico.²

Clásicamente, la RC se divide en dos categorías principales: rinitis alérgica (RA) y rinitis no alérgica (RNA). Sin embargo, de 30% a 50% de los pacientes con RC puede tener una superposición de rinitis no alérgica (NAR, por sus siglas en inglés) y RA —también denominada rinitis mixta— que puede ser más difícil de diagnosticar.¹

La RA es una de las enfermedades más comunes en el mundo, con una incidencia de 10% a 40% en la población general.³ Los estudios epidemiológicos han revelado que la prevalencia de RA infantil ha mostrado una tendencia ascendente en los últimos siete años, que va de 2.2% a 14.6% entre los niños de seis a siete años,

y de 4.5% a 45.5% entre los adolescentes de 13 a 14 años en todo el mundo.⁴ Los síntomas clínicos incluyen obstrucción nasal, rinorrea, prurito nasal y estornudos. Las guías ARIA clasifican a la RA según la presencia de síntomas de la siguiente manera:

1. **Rinitis intermitente.** Presencia de síntomas por menos de cuatro días a la semana o menos de cuatro semanas
2. **Rinitis persistente.** Presencia de síntomas que duran más de cuatro días a la semana durante más de cuatro semanas.

Por otro lado, la RA se puede dividir en estacional y perenne, según el tipo de alérgenos. En este sentido, los alérgenos externos (como el polen de la hierba y los árboles) son normalmente los principales sensibilizadores para la RA estacional, mientras que los alérgenos de interiores (como los ácaros del polvo) son los alérgenos para la RA perenne.³

En el presente caso clínico, la edad y los síntomas (prurito y estornudos) son sugerentes de liberación de histamina e inflamación neurogénica, mientras que la presencia de conjuntivitis es un factor que apunta a un diagnóstico de alergia al polen. La prevalencia de RA aumenta constantemente con la edad del niño, desde la primera infancia hasta la adolescencia, particularmente cuando ambos padres son atópicos. En la **Figura 2** se muestran los resultados de un estudio realizado en población

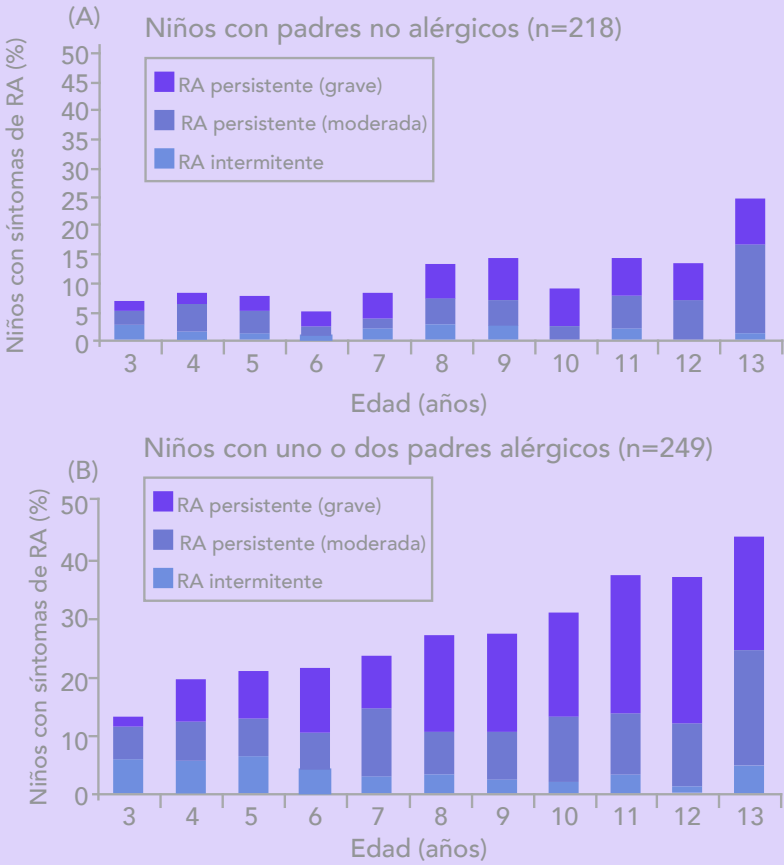


FIGURA 2. Historia natural de la rinitis alérgica (RA) en la edad pediátrica, donde se muestra el porcentaje de niños con síntomas de RA en pacientes con padres sin alergias (A) y en pacientes con uno o dos padres alérgicos (B).²
Adaptado de: Rotiroti G, et al. *Pediatric Allergy and Immunology* 2015;26(2):103-10.

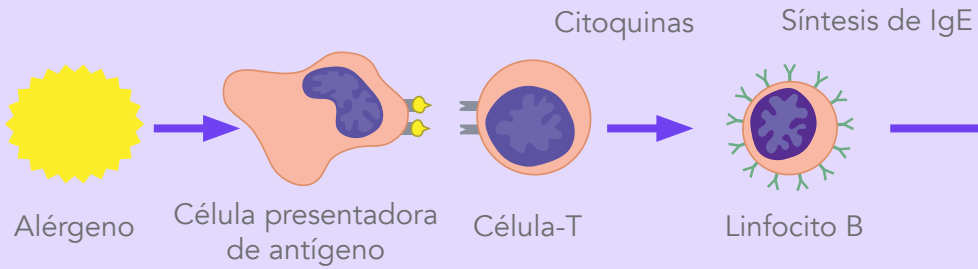


FIGURA 3. Sensibilización alérgica y su respuesta mediada por IgE.¹

Adaptado de: Greiwe JC, et al. *J Clin Med* 2019;8(11):1-10.

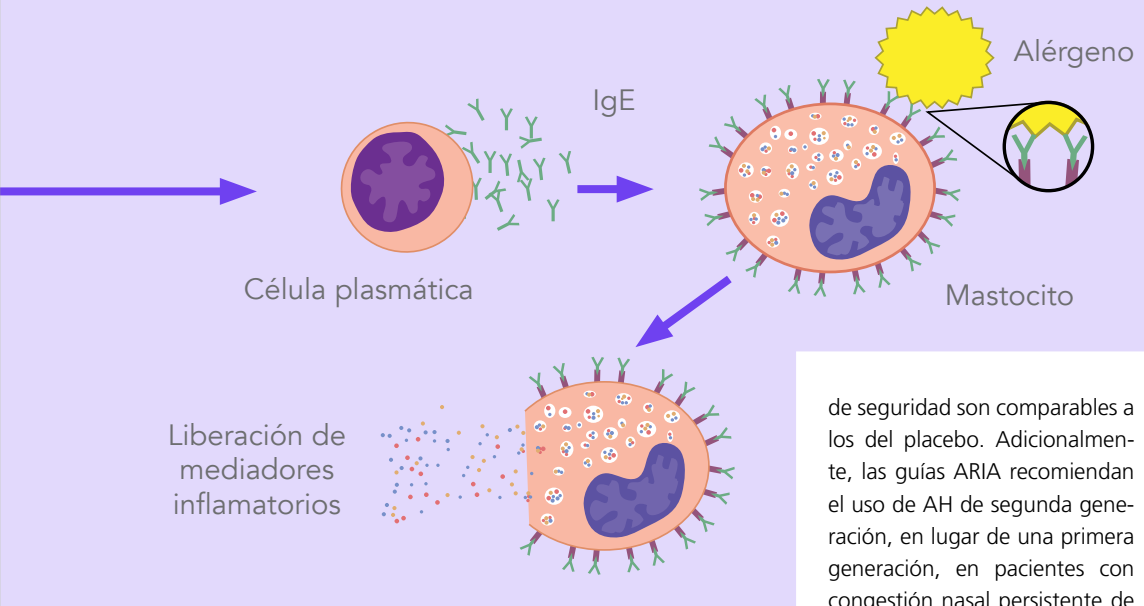
pediátrica, donde se puede observar cómo incrementa el porcentaje de presentación de rinitis cuando ambos padres tienen atopia, a diferencia de cuando no existen antecedentes hereditarios.²

La patogenia de la RA involucra varios tipos de células efectoras, citoquinas y mediadores bioactivos que contribuyen al proceso inflamatorio, que conduce a una reacción inflamatoria bifásica caracterizada clínicamente como inmediata con síntomas de fase (temprana) y tardía (Figura 3). Los pacientes que genéticamente están predispuestos a desarrollar RA producen IgE específica para un alérgeno incitante (p. ej. polen de pasto) que se une a los receptores de IgE de alta afinidad en los mastocitos y basófilos. La respuesta clínica de la fase temprana ocurre después de que estos mastocitos —previamente sensibilizados— se activan mediante la exposición al alérgeno relevante específico, resultando en la liberación de mediadores bioactivos preformados y recién formados. Estos

mediadores se unen a los receptores en los vasos sanguíneos, lo que resulta en cambios fisiológicos que se manifiestan como congestión nasal, rinorrea anterior o secreción nasal posterior, estornudos y prurito. La respuesta de fase tardía generalmente comienza entre cuatro y ocho horas después de la exposición al alérgeno, e implica migración celular y activación de linfocitos, eosinófilos y basófilos que liberan citoquinas y factores quimiotácticos, lo que resulta en más cambios proinflamatorios que se manifiestan como obstrucción nasal persistente, rinorrea anterior y posterior, fatiga y malestar.¹

Como se mencionó anteriormente, los síntomas de la RC no siempre pueden ser atribuidos a desencadenantes alérgicos. Los síntomas de RC, con resultados negativos de pruebas cutáneas a aeroalérgenos estacionales y perennes, ausencia de eosinofilia en la citología nasal y síntomas inducidos por desencadenantes no alérgicos, se han denominado tradicionalmente como rinitis vasomotora (también conocida como rinitis idiopática) debido a la escasa comprensión de su mecanismo subyacente.⁵ La NAR se ha utilizado para denotar una clasificación más amplia de afecciones que incluyen no solo la rinitis vasomotora, sino también la NAR con eosinofilia inducida por fármacos, rinitis hormonal, senil, atrófica y gustativa. Más recientemente, se ha descrito la rinitis entópica en pacientes que tienen respuestas de IgE específicas negativas a los alérgenos mediante pruebas cutáneas, pero con IgE específica en las secreciones.⁵

El diagnóstico diferencial de la RC es amplio; sin embargo, la rinitis en los niños suele ser causada por una infección o una alergia. La rinitis infecciosa y alérgica pueden coexistir, confundiendo así la presentación clínica e impactando en la gravedad de la enfermedad de manera sinérgica, como es evidente en el asma. Además, debido a la conexión anatómica y funcional de la nariz con el ojo, oído medio, tejido adenoideo-amigdalino (anillo de Waldeyer) y la vía aérea inferior, la presentación clínica de la rinitis en la infancia pue-



de incluir características de conjuntivitis, otitis media, hipertrofia adenoidea y asma. La conjuntivitis alérgica es la comorbilidad más común de la rinitis alérgica, particularmente cuando la del alérgeno desencadenante es el polen.⁵

Los antihistamínicos (AH) se utilizan ampliamente por vía oral e intranasal. Debido a la falta de selectividad del receptor H_1 y su capacidad para cruzar la barrera hematoencefálica, los AH de primera generación se han asociado con efectos adversos sedantes. El uso de AH de segunda generación ha marcado un gran avance en el tratamiento de la RA debido a su capacidad para aliviar los síntomas, son más eficaces y tienen un efecto más rápido y sostenido, y menor incidencia de eventos adversos. Sin embargo, algunos agentes de este grupo (cetirizina y azelastina) pueden ocasionar sedación sustancial.^{6,7} Una forma de minimizar el problema es administrar el AH poco tiempo después de la aparición de los síntomas, con la finalidad de brindar alivio de estos, en cuyo caso se recomienda emplear AH con rápido inicio de acción. Sin embargo, los AH son más eficaces como agentes profilácticos, para lo cual se requiere administrarlos regularmente. Para esta segunda modalidad se recomienda emplear AH no sedantes y de cómoda posología una vez al día.⁷ De acuerdo con las directrices de iniciativa para la Rinitis Alérgica y su Impacto sobre el Asma (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*, ARIA por sus siglas en inglés) y del Grupo Respiratorio de Atención Primaria Internacional (*International Primary Care Respiratory Group*, IPCRG por sus siglas en inglés) se recomienda el uso de AH de segunda generación (desloratadina, fexofenadina y levocetirizina) como tratamiento de primera línea para la RA, por su eficacia para resolver la rinorrea, el prurito nasal y los estornudos; además, sus perfiles

de seguridad son comparables a los del placebo. Adicionalmente, las guías ARIA recomiendan el uso de AH de segunda generación, en lugar de una primera generación, en pacientes con congestión nasal persistente de leve a moderada.⁸

La desloratadina es un fármaco tricíclico no sedante de acción prolongada que se administra por vía oral y es uno de los AH más potentes, sobre la base de la especificidad y la fuerza de la afinidad de unión a los receptores H_1 .⁹ Este agente se disocia muy lentamente del receptor H_1 e inhibe de forma directa múltiples pasos en la cascada inflamatoria alérgica, lo que resulta en disminución de la permeabilidad capilar, reducción de la producción de moco, relajación del músculo liso y vasodilatación, disminuyendo así los síntomas relacionados con la alergia (estornudos, rinorrea, prurito nasal, ocular y ojos llorosos). Independientemente de sus efectos antihistamínicos, la desloratadina inhibe la expresión de moléculas de adhesión celular y la generación y liberación de mediadores inflamatorios y citoquinas, además de atenuar la quimiotaxis, la adhe-

sión y la viabilidad de los eosinófilos y activación.⁹ También se ha demostrado que la desloratadina atenúa la liberación de histamina, triptasa, leucotrienos (LTC4) y prostaglandinas (PGD2) de mastocitos y basófilos, y puede reducir la eosinofilia en las vías respiratorias superiores, así como la inflamación mediante la inhibición en la producción de eosinófilos, citoquinas quimioatóxicas por células epiteliales, y la disminución de la supervivencia y activación de eosinófilos.⁹ Estudios de unión ligando-receptor para los receptores H₁ han demostrado que la desloratadina es entre 15 y 20 veces más potente que la loratadina y la terfenadina, y tiene una afini-

dad 50 a 194 veces mayor que la cetirizina, loratadina y fexofenadina. Finalmente, el metabolismo de primer paso de la desloratadina es menor al de la loratadina, y tiene una vida media de eliminación de 27 horas, en comparación con las 12 a 15 horas de la loratadina.⁹

Conclusiones

La rinitis crónica es una enfermedad frecuente que puede ser causada por alguna alergia o agente infeccioso. La falta de un diagnóstico claro puede tener un impacto sinérgico en la gravedad de la enfermedad, por lo que se requiere un interrogatorio y exploración clínica completos, así como un tratamiento adecuado. Las principales guías internacionales recomiendan el uso de AH de segunda generación como tratamiento de primera línea para la RA. La desloratadina como monoterapia para el control de los síntomas de la rinitis alérgica es más eficaz que otros AH de primera generación gracias a su rápido mecanismo de acción y mínimo efecto sedante, lo cual —aunado a su favorable perfil de seguridad— permite su utilización por períodos prolongados, tanto en niños como en adultos, con excelente respuesta terapéutica.

REFERENCIAS

1. Greiwe JC, Bernstein JA. Allergic and mixed rhinitis: diagnosis and natural evolution. *J Clin Med* 2019;8(11):1-10.
2. Rotiroti G, Roberts G, Scadding GK. Rhinitis in children: common clinical presentations and differential diagnoses. *Pediatr Allergy Immunol* 2015;26(2):103-10.
3. Meng Y, Wang C, Zhang L. Advances and novel developments in allergic rhinitis. *Allergy* 2020;10.1111/all.14586.
4. Wang X, Cheng J, Ling L, Su H, Zhao D, Ni H. Impact of temperature variability on childhood allergic rhinitis in a subtropical city of China. *BMC Public Health* 2020;20(1):1418.
5. Bernstein JA, Levin LS, Al-Shuik E, Martin VT. Clinical characteristics of chronic rhinitis patients with high vs low irritant trigger burdens. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;109(3):173-8.
6. Velentza L, Maridaki Z, Blana E, Miligkos M. Antihistamines in the management of pediatric allergic rhinitis: a systematic review. *Paediatr Drugs* 2020;10.1007/s40272-020-00419-x.
7. Velázquez de Campos O. Combinación montelukast-desloratadina en las enfermedades alérgicas en los niños. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 2013;32(2):34-8.
8. Bachert C. A review of the efficacy of desloratadine, fexofenadine, and levocetirizine in the treatment of nasal congestion in patients with allergic rhinitis. *Clin Ther* 2009;31(5):921-44.
9. González-Núñez V, Valero A, Mulla J. Safety evaluation of desloratadine in allergic rhinitis. *Expert Opin Drug Saf* 2013;12(3):445-53.

Nuevo volumen
Obtén hasta
43

**PUNTOS CON
VALOR CURRICULAR**
por parte del



Comité Normativo Nacional
de Medicina General, A.C.
(CONAMEGE)

Ingresa a:

www.revistamedicus.com



 Revista Medicus

 Medicus

 medicus_revista

 @medicus_revista



Selección antibiótica en pacientes con alergia a la penicilina

Dr. Julio César Ayala Balboa

Alergólogo e Inmunólogo Clínico, Unidad de Factor de Transferencia del
Instituto Politécnico Nacional

Miembro del Consejo Nacional de Inmunología Clínica y Alergia A.C.
(CONICA), del *American College of Allergy, Asthma and Immunology*
(AACAI) y de la *American Association of Certified Allergists* (AACA)

Contacto: julbalboa@gmail.com

RESUMEN

Los antibióticos betalactámicos son responsables de 80% de las consultas por alergia a medicamentos en pediatría. Una opción terapéutica para este tipo de pacientes consiste en utilizar fármacos químicamente relacionados; sin embargo, hay que tomar en cuenta que la reactividad cruzada entre grupos de fármacos es distinta entre ellos y el enfoque debe ser específico. En las infecciones respiratorias bacterianas de vías superiores sin complicaciones ni factores de riesgo se recomienda el uso de macrólidos como tratamiento de primera elección.

PALABRAS CLAVE

Antimicrobianos, alergia a la penicilina, reactividad cruzada, tratamiento antibiótico.

ABSTRACT

Beta-lactam antibiotics are responsible for 80% of pediatric drug allergy consultations. A therapeutic option for this type of patient is to use chemically related drugs; however, it must be considered that the cross-reactivity between groups of drugs is different between them, and the approach must be specific. Macrolides are recommended as the first-line treatment in bacterial upper respiratory infections without complications or risk factors.

KEY WORDS

Antimicrobials, penicillin allergy, cross-reactivity, antibiotic treatment.

Introducción

Los antibióticos betalactámicos suponen alrededor de 80% de las consultas por alergia a medicamentos en pediatría. De ellos, las penicilinas son los más frecuentes y, actualmente, la amoxicilina ocupa el primer lugar.¹ Existen dos tipos de reacciones que se pueden esperar tras la toma de un medicamento: las inmediatas y no inmediatas.

Reacciones inmediatas

Aparecen tras la toma del fármaco, generalmente dentro de la primera hora. Son mediadas por IgE, pueden ser rápidamente progresivas y potencialmente mortales, y tienden a ser más graves con exposiciones repetidas.¹ Incluyen urticaria, angioedema y anafilaxia con sus manifestaciones más severas (edema laríngeo, broncoespasmo, hipotensión, etcétera).

Reacciones no inmediatas

Aparecen después de un periodo variable, desde horas hasta días. Incluyen las reacciones aceleradas (de >1 a <72 horas) y las tardías (de días a semanas), apareciendo exantemas morbiliformes no pruriginosos o erupciones maculopapulares. En general, no son mediadas por IgE y, más raramente, cuadros graves como el síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (NET) o reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome *Drug Related Eosinophilia with Systemic Symptoms*, DRESS por sus siglas en inglés, que corresponde a una reacción a fármacos caracterizada por eosinofilia y síntomas sistémicos).²



Los hongos del género *Penicillium* — particularmente los de la división *Ascomycota*— son de gran importancia en la producción de medicamentos antibióticos.

Fármaco 1	Fármaco 2	Fármaco 3	Fármaco 4
Amoxicilina	Cefadroxilo		
Ampicilina	Cefalexina		
Piperacilina	Cefoperazona		
Aztreonam	Ceftazidima		
Bencilpenicilina	Cefalotina	Cefamandol	Cefaloridina

Tabla 1. Fármacos β-lactámicos que comparten cadenas laterales.³
 Adaptado de: Guzmán MA, et al. Alergia a β-lactámicos. *Rev Chil Infect* 2004;21(4):285-98.

Opciones de antibioticoterapia

Una opción terapéutica para aquellos pacientes con alergia a los betalactámicos consiste en utilizar fármacos químicamente relacionados. La probabilidad de que exista reactividad cruzada es menor en las reacciones mediadas por células T que en las reacciones mediadas por IgE. En este caso, un *prick* previo es informativo (si es negativo sugiere tolerancia) y es recomendable, en función de la situación clínica del paciente, someterlo a una prueba de exposición controlada (PEC) con el fármaco.²

La reactividad cruzada entre grupos de fármacos es distinta entre ellos y el enfoque debe ser específico. En el caso de los betalactámicos, la reactividad cruzada, por lo general, va a depender de si el paciente está sensibilizado al anillo betalactámico, con lo que la alergia puede ser múltiple; o bien, si la sensibilización implica a las

cadenas laterales de las moléculas, con lo que el paciente puede presentar reactividad cruzada con los betalactámicos que comparten la cadena lateral.²

Los pacientes alérgicos a la penicilina o a la amoxicilina tienen más riesgo de presentar reacción con cefalosporinas de primera generación que con las de segunda o tercera generación, y menos aún con carbapenémicos o monobactámicos.² En la **Tabla 1** se muestran los fármacos que pueden presentar reactividad cruzada.

En las infecciones respiratorias bacterianas de vías superiores sin complicaciones ni factores de riesgo se emplearán macrólidos como tratamiento de primera elección.⁴

El uso de macrólidos se considera una de las opciones terapéuticas más adecuadas en los casos en los que la recurrencia de cuadros infecciosos sucede en periodos relativamente cortos, a pesar de tratamiento con betalactámicos, lo cual sugiere la existencia de cepas bacterianas productoras de penicilinas, aun cuando no se cuenta con resultados de exudados faríngeos previos. Cabe resaltar que en



▲ Paciente con alergia a la amoxicilina.

los pacientes que presentan habones tras el consumo de los antibióticos en tratamientos previos, estos podrían estar relacionados con una tendencia atópica y dicha sospecha se refuerza ante un antecedente familiar.

La azitromicina es un antibiótico de amplio espectro que pertenece a la familia de los macrólidos, con actividad bacteriostática contra bacterias tanto Gram positivas como Gram negativas, incluyendo especies de *Bordetella pertussis* y *Legionella* spp. También posee actividad contra *Mycoplasma pneumoniae*, *Treponema pallidum*, especies de *Chlamydia* spp. y del complejo de *Mycobacterium avium*.⁵ A diferencia de la claritromicina, la azitromicina no presenta interacción significativa con el citocromo P450 3A41 y, en comparación con la eritromicina, es más estable en ambientes ácidos, lo cual simplifica su administración junto con los alimentos.

Conclusión

Los antibióticos betalactámicos son responsables de cuatro de cada cinco visitas al médico a causa de alergia medicamentosa en la población pediátrica. En las infecciones respiratorias bacterianas de las vías superiores sin complicaciones ni factores de riesgo se recomienda el uso de macrólidos como tratamiento de primera elección. El uso específico de azitromicina como macrólido de primera elección está justificado tanto por su facilidad de administración en monodosis, principalmente para grupos pediátricos, así como por su menor efecto gástrico, en comparación con la eritromicina y la claritromicina.

Los
ANTIBIÓTICOS
BETALACTÁMICOS
son responsables
de CUATRO DE
CADA
CINCO VISITAS AL
MÉDICO
a causa de alergia
medicamentosa en
la población
PEDIÁTRICA

REFERENCIAS

- Romano A, Caubet JC. Antibiotic allergies in children and adults: from clinical symptoms to skin testing diagnosis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2(1):3-12.
- Romano A, Gaeta F, Valluzzi RL, Caruso C, Rumi G, Bousquet PJ. IgE-mediated hypersensitivity to cephalosporins: Cross-reactivity and tolerability of penicillins, monobactams, and carbapenems. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(5):994-9.
- Guzmán MA, Salinas J, Toche P, Afani A. Alergia a β -lactámicos. *Rev Chil Infect* 2004;21(4):285-98.
- Pineiro-Pérez R, Hijano-Bandera F, Álvarez-González F, Fernández-Landaluce A, Silva-Rico JC, Pérez-Cánovas C, *et al.* Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)* 2011;75(5):342.
- Parnham MJ, Erakovic Haber V, Giamarellos-Bourboulis EJ, Perletti G, Verleden GM, Vos R. Azithromycin: mechanisms of action and their relevance for clinical applications. *Pharmacol Ther* 2014;143(2):225-45.

Este artículo debe citarse como: Ayala-Balboa JC. Selección antibiótica en pacientes con alergia a la penicilina. *Medicus* 2024;5(27):1938-41.



Manifestaciones cutáneas

como herramienta clínica básica

Dra. Silvia Méndez Flores

Médico Especialista en Medicina Interna y Dermatología, Adscrita al Hospital Tlalpan, Ciudad de México.

Contacto: silvia.mendezflores@gmail.com



La Dra. Silvia Méndez Flores está especializada en Medicina Interna y Dermatología, adscrita al Hospital Tlalpan de la Ciudad de México, ubicado en la calle Del Bordo 20 en la colonia Tlalpan de la Ciudad de México.

RESUMEN

La piel es el órgano más grande del cuerpo, que por su accesibilidad nos permite ver lo que pasa en el organismo. En la mayoría de las lesiones de la piel pueden observarse varias señales de enfermedad; por ello, es necesario asociar los hallazgos cutáneos con los signos y los síntomas de otros órganos y sistemas. El médico de primer contacto puede ser capaz de identificar las diferentes enfermedades y manifestaciones cutáneas más frecuentes; no obstante, en los casos en los que surgen dudas, la mejor conducta terapéutica consiste en derivar al paciente con un especialista en dermatología para una revisión exhaustiva. La Dra. Silvia Méndez Flores, médico especialista en medicina interna y dermatología, nos habla sobre las manifestaciones cutáneas como herramienta clínica básica, así como de los padecimientos sistémicos que muestran signos clínicos en la piel.

PALABRAS CLAVE

Manifestaciones cutáneas, dermatología, diagnóstico clínico, enfermedades sistémicas.

ABSTRACT

The skin is the largest organ in the body, which "due to its accessibility" allows us to see what is happening in the body. Various signs of disease can be seen in most skin lesions; therefore, it is necessary to associate the cutaneous findings with the signs and symptoms of other organs and systems. The first contact doctor may be able to identify the most frequent skin diseases and manifestations; however, in cases where doubts arise, the best therapeutic approach is to refer the patient to a specialist in dermatologist for a thorough review. Dr Silvia Méndez Flores, a specialist in internal medicine and dermatology, talks about skin manifestations as a basic clinical tool and refers to systemic conditions that show clinical signs on the skin.

KEY WORDS

Skin manifestations, dermatology, clinical diagnosis, systemic diseases.

1. ¿Cuáles son las presentaciones dermatológicas más comunes que requieren la exclusión de una enfermedad sistémica subyacente?

La piel es el órgano más grande del cuerpo, que por su accesibilidad nos permite ver lo que pasa en el organismo. De este modo, son muchos los hallazgos cutáneos o las manifestaciones dermatológicas que nos pueden hablar de enfermedades sistémicas, como las siguientes:

- Infecciones cutáneas asociadas a inmunosupresión: VIH/SIDA, diabetes mellitus, tratamientos inmunosupresores, entre otros
- Manifestaciones cutáneas de enfermedades de origen reumatológico
- Síndromes cutáneos paraneoplásicos
- Metástasis cutáneas de neoplasias originadas en otros órganos
- Manifestaciones asociadas con el síndrome metabólico

2. ¿Cuáles son los principales marcadores dermatológicos para el diagnóstico de una enfermedad sistémica?

Las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas suelen ser muy amplias, si bien en algunos casos se trata de manifestaciones específicas, como



▲ La acantosis nigricans una manifestación cutánea que se dispone en los pliegues, es característica en los pacientes con resistencia a la insulina.

En la mayoría de las LESIONES DE LA PIEL pueden observarse varias SEÑALES DE ENFERMEDAD; por ello, es necesario ASOCIAR LOS HALLAZGOS CUTÁNEOS con los signos y los síntomas de otros órganos y sistemas

los signos cutáneos específicos de las dermatomiositis o la acantosis nigricans que se dispone en los pliegues (característica de la resistencia a la insulina). Es un hecho que en la mayoría de las lesiones cutáneas pueden observarse varias señales de enfermedad; por lo tanto, es muy difícil especificar marcadores dermatológicos únicos, debido a que el paciente debe ser evaluado es su conjunto y entendido como un "todo". Esto quiere decir que tenemos que asociar los hallazgos cutáneos con los signos y los síntomas de otros órganos y sistemas.

3. ¿Qué datos clínicos dermatológicos debe buscar de manera obligada el médico de primer contacto durante la exploración física de un paciente?

Lo primero que debe realizar un médico de primer contacto es la revisión cutánea completa bajo una adecuada iluminación. De esta manera, es posible distinguir cualquier alteración en la piel. En segundo lugar, una vez identificadas las alteraciones cutáneas, debe distinguirlas; dentro de la formación del médico general, el profesional aprende a identificar las diferentes enfermedades y manifestaciones cutáneas más frecuentes; no obstante, en los casos en los que exista alguna duda al respecto, la mejor conducta terapéutica consistirá en enviar al paciente con un especialista en dermatología para una revisión exhaustiva.

4. ¿Cómo se puede distinguir una lesión cutánea que forma parte de una enfermedad dermatológica de otra que es producto de un padecimiento sistémico?

Durante la formación del médico general —que puede durar de seis a siete años, dependiendo de la universidad—, el estudio de la piel o el conocimiento dermatológico es muy limitado, de tal suerte que existe una muy baja probabilidad de que el médico de primer contacto tenga la suficiente experiencia para realizar un diagnóstico certero. Posteriormente, se requieren cuatro años de estudio para obtener una especialidad en medicina interna (enfocada en el manejo de las patologías sistémicas no quirúrgicas del adulto) y tres más para realizar la subespecialidad en dermatología. Es por ello por lo que afirmar la existencia de un único punto clave para distinguir si una lesión cutánea forma parte de una manifestación sistémica o una patología meramente de la piel sería imposible; nuevamente, el dermatólogo que atiende patologías hospitalarias o un dermatólogo-

internista debe evaluar al paciente en su conjunto, con la capacidad de asociar diferentes factores patológicos. Por ejemplo, las manifestaciones cutáneas secundarias a vasooclusión nos hablan, evidentemente, de una causa sistémica, pero estas pueden ser varias: infecciones, alteraciones de la coagulación causada por medicamentos, enfermedades reumatológicas, émbolos, depósito de calcio, entre otras.

5. ¿Cuáles son las enfermedades con manifestaciones cutáneas que requieren un tratamiento urgente?

Las enfermedades con manifestaciones cutáneas que requieren un tratamiento urgente son aquellas en donde la piel pierde su función de protección; es decir, cuando existe una ruptura o pérdida de continuidad en ella. Esto puede ocurrir en las enfermedades ampollas que afectan grandes áreas de superficie corporal, así como en las reacciones cutáneas alérgicas a fármacos que condicionan la muerte de los queratinocitos y, por lo tanto, comprometen amplias zonas de pérdida cutánea. Las enfermedades vasooclusivas que pueden condicionar amplias zonas de necrosis nos hablan de un padecimiento sistémico subyacente de gravedad que también requiere un abordaje terapéutico inmediato.



▲ El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad crónica autoinmune que causa efectos sobre diversos órganos del cuerpo, incluida la piel (lupus cutáneo).

Lecturas recomendadas

1. Saenz-de Santa María ML. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2011;22(6):749-56.
2. Mettang T, Streit M. Dermal clues to systemic diseases. *Dtsch Med Wochenschr* 2018;143(23):1690-9.
3. Schmid-Simbeck M, Udvardi A, Volc-Platzer B. Cutaneous manifestations in renal diseases. *Hautarzt* 2016;67(12):960-9.

Este artículo debe citarse como: Méndez-Flores S. Manifestaciones cutáneas como herramienta clínica básica. *Medicus* 2024;5(27):1942-4.

La revista *Medicus* es una publicación bimestral dirigida al médico general, cuyo objetivo es acercar información actualizada y práctica mediante artículos desarrollados por líderes de opinión que ofrecen los lineamientos básicos para la atención adecuada y oportuna de las patologías con las que se enfrentan los profesionales de la salud en su práctica clínica diaria.

Lineamientos para autores

Selección

Las colaboraciones que se reciben deben enviarse al correo contacto@efranco.com.mx. Todos los trabajos estarán sujetos a revisión del Comité Científico Editorial.

Extensión

La extensión máxima es de 13500 caracteres (tres páginas) de texto y, adicionalmente, un máximo de cuatro tablas, figuras y/o fotografías, bajo las siguientes especificaciones:

- **Fuente:** Times New Roman
- **Tamaño:** 11 puntos
- **Formato de párrafo:** interlineado sencillo (1.0) sin dejar espacios libres entre párrafos; se deben marcar las palabras en cursivas o negritas, los párrafos que llevan viñetas y los formatos de subíndices y superíndices.

- **Tablas, figuras e imágenes:** habrán de ser colocadas al final del documento y deben estar señaladas con números arábigos conforme a la secuencia global que les corresponde en el documento; a su vez, en el cuerpo del texto, el autor debe hacer referencia a estas; los encabezados de las tablas, así como los pies de figuras e imágenes deben incluir leyendas legibles y se debe indicar la fuente original de donde fueron tomadas.
- **Fotografías:** además de cumplir con las indicaciones anteriormente descritas, deben reunir las siguientes especificaciones: formato JPG, TIF o PDF, resolución 300 dpi en CMYK o RGB.

Para conocer más detalles sobre el proceso de revisión y las políticas de publicación, favor de consultar la página www.revistamedicus.com



EDICIONES FRANCO
Estrategia • Comunicación • Imagen

Ediciones Franco. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: contacto@efranco.com.mx



CONCIENCIA:

qué es, de dónde viene y si las máquinas pueden tenerla como herramienta clínica básica

“Para comprender hacia dónde podría dirigirse la Inteligencia Artificial (IA), primero debemos comprender qué significa para nosotros la conciencia, el yo y el libre albedrío”. Liad Mudrik, neurocientífica de la Universidad de Tel Aviv.

I've been thinking
obra de Daniel C. Dennett



El diccionario de la Real Academia Española define a la conciencia como: “El conocimiento del bien y del mal que permite a la persona enjuiciar moralmente la realidad y los actos, especialmente los propios”. También podemos subrayar la diferencia entre conciencia, y consciencia con “s”, que se define, como “Conocimiento inmediato o espontáneo que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y reflexiones. O bien, “la capacidad de algunos seres vivos de reconocer la realidad circundante y de relacionarse con ella”.

Los avances tecnológicos y las controversias políticas en el mundo actual están provocando que las cuestiones prácticas y filosóficas que rodean a la conciencia sean cada vez más complejas. Por un lado, la Inteligencia Artificial (IA) se encamina a volverse consciente. Los algoritmos de última generación podrían manipular nuestra conciencia para cambiar nuestra visión del mundo. Cada vez está más claro que debemos mejorar enormemente nuestra comprensión fundamental de la conciencia y de los fenómenos relacionados con ella, tales como la agencia, el libre albedrío y el sentido sobre sí mismo. Con tanto en juego, será mejor que hagamos las cosas bien.

I'VE BEEN THINKING



DANIEL C.
DENNETT

He estado pensando

Daniel Clement Dennett, destacado filósofo y científico cognitivo nacido en Boston en 1942, ha dedicado su carrera a reflexionar sobre los misterios más espinosos y fundamentales de la mente. *¿Tenemos libre albedrío? ¿Qué es la conciencia y cómo surgió? ¿Qué distingue la mente humana de la mente de los animales?*

El veterano profesor de filosofía relata su agitada vida en un nuevo libro, celebra la evolución y advierte sobre lo que es realmente peligroso respecto a la IA.

En esencia, *He estado pensando*, es un libro autobiográfico en el que el influyente filósofo estadounidense, hace un entretenido recuento de sus memorias, desde su infancia en Beirut -como el hijo de un espía- hasta su obra fundamental sobre la conciencia, el libre albedrío y la teoría de la mente.

En su libro, Dennett cuenta muchas historias de su vida, pero como indica el título, el énfasis está en la vida de la mente. No sólo su mente, sino todas las mentes, puesto que gran parte de su carrera como filósofo la ha pasado trabajando en cuestiones relacionadas con la conciencia y la cognición, colaborando con científicos de todo tipo.

Un tema central de su trabajo es la naturaleza de la conciencia, de la cual Dennett afirma que no es magia, sino una propiedad física. "Sólo digo que no es lo que crees que es. No es verdadera magia. Es como un truco de cartas. La evolución es el gran prestidigitador, el artista de la prestidigitación. Las cosas que la naturaleza ha improvisado mediante la selección natural son asombrosamente inteligentes, ingeniosas y, a veces, espeluznantemente astutas".

Fuentes:

Liad Mudrik. Nature. BOOK REVIEWS. Consciousness: what it is, where it comes from, and whether machines can have it. Disponible en: https://www.nature.com/articles/d41586-023-03335-5?WT.ec_id=NATURE-20231102&utm_source=nature_etoc&utm_medium=email&utm_campaign=20231102&sap-outbound-id=A1D87BA09BF6C2FF26E70F71C1384A45C470528B

Wikipedia. La enciclopedia libre. Daniel Dennett. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Daniel_Dennett

Taylor McNeil. Tufts Now. ARTIFICIAL INTELLIGENCE. Daniel Dennett's Been Thinking About Thinking—and AI. Disponible en: <https://now.tufts.edu/2023/10/02/daniel-dennetts-been-thinking-about-thinking-and-ai>

BookBrowse. He estado pensando por Daniel C. Dennett. Disponible en: https://www.bookbrowse.com/bb_briefs/detail/index.cfm/ezi-ne_preview_number/18170/ive-been-thinking

Diccionario de la Lengua Española. DEL. Conciencia. Disponible en: <https://dle.rae.es/conciencia?m=form>

DENNETT CUENTA MUCHAS HISTORIAS DE SU VIDA, PERO COMO INDICA EL TÍTULO, EL ÉNFASIS ESTÁ EN LA VIDA DE LA MENTE

En 2022 se jubiló como profesor emérito de la Universidad de Tufts en Medford, Massachusetts, donde también se desempeñó como director del Centro de Estudios Cognitivos.

Después de jubilarse, escribió sus memorias y comenzó a emitir advertencias sobre los peligros de la Inteligencia Artificial (IA). Su principal preocupación no es que la IA vaya a eliminar puestos de trabajo, sino que tiene el potencial de destruir la confianza, la cual se desempeña como un eje de la civilización.

"Hoy, por primera vez en la historia, gracias a la inteligencia artificial, cualquiera puede crear personas falsas que puedan pasar por reales, en muchos de los nuevos entornos digitales que hemos creado". Escribió Dennett, recientemente en *The Atlantic*. *"Estas personas falsificadas son los artefactos más peligrosos de la historia de la humanidad, capaces de destruir no sólo las economías, sino también la libertad humana misma".* Y añadió, *"El problema más apremiante no es que vayan a quitarnos nuestros empleos, ni que vayan a cambiar la guerra, sino que van a destruir la confianza humana. Nos llevarán a un mundo donde no se puede distinguir la verdad de la falsedad. No sabes en quién confiar. La confianza resulta ser una de las características más importantes de la civilización y, ahora, corremos un gran riesgo de destruir los vínculos de confianza que han hecho posible la civilización".*



DR. MUVI

Milagros inesperado

Por: **Guillermo Torres**

"A TODOS NOS LLEGA EL FINAL; SÉ QUE NO HAY EXCEPCIONES. SIN EMBARGO, DIOS MÍO, A VECES LA MILLA VERDE PARECE TAN LARGA..."

STEPHEN KING.

El director y guionista Frank Darabont nos entregó en 1999 una estupenda y conmovedora adaptación de la novela *La Milla Verde*, que fue escrita en 1996 por el polémico y prolífico autor estadounidense Stephen King, con la que obtuvo el premio Bram Stoker ese mismo año. Algo que pocos saben, es que King se inspiró en un terrible y complicado caso de la vida real, ocurrido en 1944 en Carolina del Sur. Basado en la historia de George Stinney, un menor afroamericano de 14 años que fue encontrado culpable y ejecutado en la silla eléctrica tan solo tres meses después de su juicio, en el que, un jurado compuesto por diez hombres blancos (y un abogado que hizo poco por defenderlo) lo sentenciaron por el delito de violación y asesinato de las hermanas Mary y Betty Binnicker, de 8 y 11 años. Tristemente, setenta años después, en 2014, una revisión del caso de George Stinney, dejó en claro su inocencia pues, entre otros detalles, la viga que fue utilizada como arma, era demasiado pesada como para que un niño de catorce años hubiese sido capaz de levantarla.

En esta película retitulada en Hispanoamérica como *Milagos Inesperados*, se cuenta en forma de *flash back* una oscura historia de injusticia, llena de magia y fantasía ambientada en 1932, años posteriores a la Gran Depresión. Todo comienza en un asilo de ancianos, donde encontramos a un hombre de edad avanzada viendo una película clásica en un televisor en blanco y negro, visiblemente afectado por la emoción que le causa el ver el número musical *Cheek To Cheek*, interpretado por el inmortal actor Fred Astaire. El anciano es Paul Edgecomb, (Dabbs Greer) que se levanta intempestivamente y abandona la sala de televisión, seguido por su amiga Elaine Connelly (Eve Brent). Cuestionado por ella, Paul inicia la narración del porqué de su actitud.

Acto seguido, nos encontraremos con un Paul Edgecomb (Tom Hanks) más joven, cuando era el jefe del Pabellón "E", destinado exclusivamente a los reclusos sentenciados a la silla eléctrica en la penitenciaría de *Cold Mountain*, en el estado de Luisiana. Es allí, donde Paul, es testigo de los eventos más tristes, dramáticos y fantásticos que marcarán un antes y un después en su larga vida. El factor que desencadena dichos eventos es la llegada al pabellón de John Coffey (Michael Clarke Duncan), un hombre de altura descomunal y piel oscura, acusado de haber asesinado y violado a dos niñas blancas.

En el transcurso de la trama, nos damos cuenta de que John Coffey, es en realidad una víctima de discriminación. Lejos de ser el personaje que aparenta -maligno y peligroso- se nos revela como un tímido y gentil gigante, poseedor de un "poder especial" que le permite curar casi cualquier lesión física y toda clase de enfermedades en los seres vivos. El mismo jefe Paul, experimentará en carne propia una milagrosa curación aplicada por Coffey, liberándolo de

SE CUENTA
EN FORMA DE
FLASH BACK UNA
OSCURA HISTORIA
DE INJUSTICIA,
LLENA DE MAGIA
Y FANTASÍA
AMBIENTADA EN
1932, AÑOS
POSTERIORES
A LA GRAN
DEPRESIÓN.





▲ **Michael Clarke Duncan** actor estadounidense



▲ **Tom Hanks** actor y director de cine estadounidense



▲ **David Morse** actor y director de cine, cantante y escritor estadounidense



▲ **Sam Rockwell** actor estadounidense.

una infección en las vías urinarias que le provoca desde hace mucho tiempo un dolor agónico al ir al baño como si *orinara navajas*, y que le impide mantener relaciones sexuales satisfactorias con su esposa Jan (Bonnie Hunt), motivo por el que la pareja le quedará eternamente agradecida.

A partir de este punto, la vida de los habitantes de la llamada *Milla Verde* (por el color del piso), tanto reclusos como guardias, incluyendo al director del penal -el alcalde Harold Moores (James Cromwell)-, se verá drásticamente alterada por los efectos de los increíbles poderes del gigantesco John Coffey. Además, descubriremos más tarde que, dichos poderes, lograrán alterar la esperanza de vida de dos de los personajes centrales, el propio Paul Edgecomb y un personaje muy especial, que aparece y desaparece de forma misteriosa en medio de las celdas, el señor *Jingles*, un simpático ratoncito bautizado así por “Del”, Eduard Delacroix (Michael Jeter), un recluso francés que se convierte en el mejor amigo del roedor.

En un análisis más profundo de esta historia, es ineludible reconocer el respeto con el que Stephen King honra la memoria del pequeño George Stinney. Tanto *los poderes*, como la actitud infantil de John Coffey, nos muestran la pureza del ánimo de un niño inocente de 14 años. Tan solo imaginar la huella que debió producir en las personas que conocieron a George Stinney en la vida real, durante los tres meses que permaneció en ese pabellón, y su posterior ejecución, debió ser una experiencia sumamente poderosa en todo sentido. A pesar de todo, podemos afirmar que técnicamente esta película, no se basa en un hecho real, sino en la novela que ha transformado la realidad en una serie de elementos tomados del realismo mágico y traídos por el autor para contar con dignidad (si esto fuera posible), un acto de injusticia cruel que sucedió hace casi 80 años.

The Green Mile, recibió cuatro nominaciones a los premios Oscar del año 2000 como mejor película, mejor actor de reparto, mejor guión adaptado y mejor sonido. Ese mismo año, *La Milla Verde* ganó tres Premios Saturno por mejor película de acción-aventura-thriller, mejor actor de reparto y mejor actriz de reparto.

Fuentes:
Lindsey DeRoche. SCREEN RANT. ¿La Milla Verde está basada en una historia real? La respuesta es complicada. Disponible en: <https://screenrant.com/green-mile-true-story-real-life-inspiration-george-stinney/> Wikipedia. La enciclopedia libre. The Green Mile. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/The_Green_Mile Wikipedia. La enciclopedia libre. La milla verde (novela). Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/La_milla_verde_\(novela\)](https://es.wikipedia.org/wiki/La_milla_verde_(novela))
Paloma González. GQ. The Green Mile: la trágica historia que inspiró la novela de Stephen King. Disponible en: <https://www.gq.com.mx/entretenimiento/articulo/the-green-mile-pelicula-stephen-king-historia-real>

- REVISTA ONLINE
- REDES SOCIALES
- EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Súmate a la comunidad Medicus ingresando a:

www.revistamedicus.com

Donde encontrarás un atractivo contenido para mantenerte actualizado en tu práctica médica



Noticias • Artículos de revisión • Tutoriales clínicos
Opinión de expertos • Infografías • Agenda de eventos
Reseñas de cine • Literatura • Bienestar... y más

 Revista Medicus  Medicus

 medicus_revista  @medicus_revista



El cerebro y el cuerpo

están más entrelazados de lo que creíamos

PARA LOS NEUROCIENTÍFICOS,
ES HORA DE MIRAR MÁS ALLÁ DEL
CEREBRO LOS MÉDICOS QUE TRATAN
EL CUERPO NO DEBEN ASUMIR QUE
EL CEREBRO ESTÁ POR ENCIMA DE
INVOLUCRARSE

Durante mucho tiempo, se pensó que el cerebro no tenía nada que ver con varios de los trastornos que ocurren en otras partes del cuerpo, pero, de hecho, se ha logrado comprobar que están estrechamente relacionados con la actividad del sistema nervioso.

Hace décadas, se pensaba que el cerebro al ser un activo valioso del cuerpo debía aislarse de forma segura detrás de una barrera biológica, y protegerse de los estragos de los gérmenes invasores, y de las batallas libradas por el sistema inmunológico y la constante agitación de las células en el resto del cuerpo.

Sin embargo, recientemente los neurocientíficos han constatado (tras una serie de pruebas) que tal aislamiento del cerebro no es correcto, pues tiene implicaciones importantes tanto para la ciencia como para la atención sanitaria.

El número de afecciones que han podido ser relacionadas con el cerebro va en aumento. Por ejemplo, se ha visto que los cambios en la composición de los microorganismos residentes en el intestino, se han relacionado con trastornos como

la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de la neurona motora. Algunos estudios indican que determinadas infecciones podrían provocar la aparición de la enfermedad de Alzheimer. También existe la teoría de que una posible infección durante el embarazo podría provocar un trastorno del espectro autista en los bebés.

Al parecer, la interacción del cerebro y el cuerpo es en ambas direcciones. Hay algunos síntomas que normalmente no se consideran trastornos del sistema nervioso, en los que el cerebro y los procesos neuronales que lo conectan con el cuerpo desempeñan un papel importante. Por ejemplo, el desarrollo de fiebre está influenciado por una población de neuronas que controlan la temperatura corporal y el apetito.

El efecto del cerebro sobre el cuerpo se torna evidente al estimular una región en particular del cerebro de ratones, que hace “recordar” al cuerpo episodios previos de inflamación y reproducirlos. Hay cada vez más pruebas de que algunos tipos de cáncer utilizan los nervios para crecer y propagarse. La Dra. Michelle Monje de la Universidad de Stanford, muestra cómo algunos tipos de cáncer cerebral consolidan conexiones con neuronas que mejoran su progresión. Por su parte, el Dr. Jonathan W. Lovelace y sus colegas de la Universidad de California exploran las vías neuronales que pueden provocar una caída en la presión arterial, ocasionando un síncope clínico.

Hasta al momento, todos los hallazgos realizados y los que aún se llevan a cabo, están marcando un cambio radical en nuestra visión del sistema nervioso y los neurocientíficos apenas están comenzando a explorar sus impactos. Para comprender

realmente cómo se entrelaza el cerebro y el resto del cuerpo, los investigadores de diversos campos necesitarán trabajar juntos y de manera más estrecha. En última instancia, el objetivo debería ser estudiar la interacción entre el cerebro y el cuerpo. Esto requerirá métodos para acceder a la función cerebral, como la resonancia magnética funcional, descrito en un artículo por la Dra. Emily S. Finn y sus colegas de la Universidad de Yale.

La interconexión del cerebro y el cuerpo tiene implicaciones increíblemente seductoras, para comprender y tratar enfermedades. Si algunas enfermedades cerebrales comienzan fuera del cerebro, entonces, quizás, las terapias para ellas también puedan llegar desde fuera. Los tratamientos que surten efecto a través del sistema digestivo, el corazón u otros órganos, serían de mucho más fácil acceso y menos invasivos de administrar que aquellos que deben cruzar la barrera hematoencefálica, la primera línea de defensa del cerebro contra patógenos y otras agresiones del cerebro.

En sentido inverso, también podrían explotarse los efectos de nuestras emociones o estado de ánimo, sobre nuestra capacidad de recuperarnos de una enfermedad. Actualmente, se están realizando trabajos preliminares que prueban, que, si al estimular ciertas áreas del cerebro que responden a la recompensa y producen sentimientos de positividad, podría mejorar la recuperación de afecciones tales como los ataques cardíacos. Quizás aún más emocionante es la posibilidad de que el hacer cambios en nuestro comportamiento (como reducir el estrés), pueda tener beneficios similares.

Para los neurocientíficos, es hora de mirar más allá del cerebro. Los médicos que tratan el cuerpo no deben asumir que el cerebro está por encima de involucrarse, pues su actividad podría estar influyendo en una amplia gama de afecciones, desde infecciones leves hasta la obesidad crónica.

Fuente:
EDITORIAL. Nature. Naturaleza 623, 223-224 (2023). El cerebro y el cuerpo están más entrelazados de lo que creíamos. Disponible en: https://www.nature.com/articles/d41586-023-03435-2?WT.ec_id=NATURE-20231109&utm_source=nature_etoc&utm_medium=email&utm_campaign=20231109&sap-outbound-id=C-FE3E516E069994FC34CAA040E69C0662303853



Evento médico – Presencial

Congreso Internacional del Colegio Mexicano de Urología Nacional 2024

Presenta las novedades de empresas internacionales relacionadas con sectores del cuidado de la salud



Del 19 al 23 de marzo de 2024



Expo Guadalajara Centro de Exposiciones

<https://www.neventum.es/ferias/congreso-internacional-colegio-mexicano-urologia-nacional>

4 Día Mundial de la Obesidad

En México, el sobrepeso y la obesidad afectan a más del 75% de las personas adultas y al 35.6% de la población infantil, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-2019. Estas cifras han llevado a que nuestro país se ubique en primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil y el segundo en adultos, superado solamente por Estados Unidos.

Esta enfermedad es considerada un problema de salud pública, la cual ha adquirido las proporciones de una epidemia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 800 millones de personas en el mundo viven con obesidad. Se estima que para el 2030, se alcancen 250 millones de casos, debido al incremento en la obesidad infantil.

Evento médico – Presencial

2do. Congreso Autismo

Evento enriquecedor que busca profundizar en el entendimiento y la inclusión de la neurodiversidad. Con el tema "Creando nexos en la neurodiversidad", este congreso tiene como objetivo principal explorar y fortalecer los lazos que unen a la comunidad en el apoyo al autismo.



Del 16 al 27 de marzo de 2024



Tecnológico de Monterrey Campus Puebla

<https://www.neventum.es/ferias/congreso-internacional-colegio-mexicano-urologia-nacional>

Cultura – Presencial

Monumental. Dimensión pública de la escultura

Monumental reúne el trabajo de creadoras y creadores como: Francisco Zúñiga, Germán Cueto, Luis Ortiz Monasterio, Ángela Gurría, Lorraine Pinto, Manuel Felguérez, entre otros.



Hasta 31 de diciembre 2024



Museo de Arte Moderno, CDMX

<https://www.mexicoescultura.com/actividad/248945/monumental-dimension-publica-de-la-escultura.html>

11 Día Mundial del Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa crónica e incurable, que afecta a más de siete millones de personas en todo el mundo.

ABRIL

Evento médico

17º Curso y 19º Congreso Nacional en Medicina General

Es un espacio dedicado a los profesionales de la salud, dirigido a todos los médicos generales del país, donde se imparten: simposios, conferencias magistrales, que abarcan temas sobre la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías más frecuentes a las que se enfrenta el médico de primer contacto, con énfasis en las enfermedades crónicas degenerativas.



Del 25 al 27 de abril 2024



Centro de Convenciones Puebla,
Salón el Alto

<https://inemec.edu.mx/proximos-eventos/19-congreso-de-medicina-general-puebla-2024>

Evento médico

Alta Especialidad en Medicina General y Familiar

Diplomado de Actualización y Desarrollo Académico en línea, dirigido al Médico General y Médico Familiar, que permite al usuario mantenerse a la vanguardia en los temas prioritarios de salud en nuestro país



Del 23 de febrero al 14 de diciembre 2024



Virtual Sincrónico

<https://paralasalud.com.mx/diplomado-actualizacion-medicina-general/>

ABRIL

Cultura – Presencial

Audiorama del Parque Hundido

El Audiorama se encuentra dentro del Parque Hundido. Es un espacio al aire libre apropiado para escuchar música. Es sede del Colectivo Audiorama en donde presentan conciertos de rock y jazz los fines de semana. La entrada es gratuita.



Consultar cartelera en las redes de la Alcaldía Benito Juárez



Av. de los Insurgentes Sur S/N, Col. Extremadura, Benito Juárez.

LA REVISTA

MEDICUS

EL REFERENTE EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

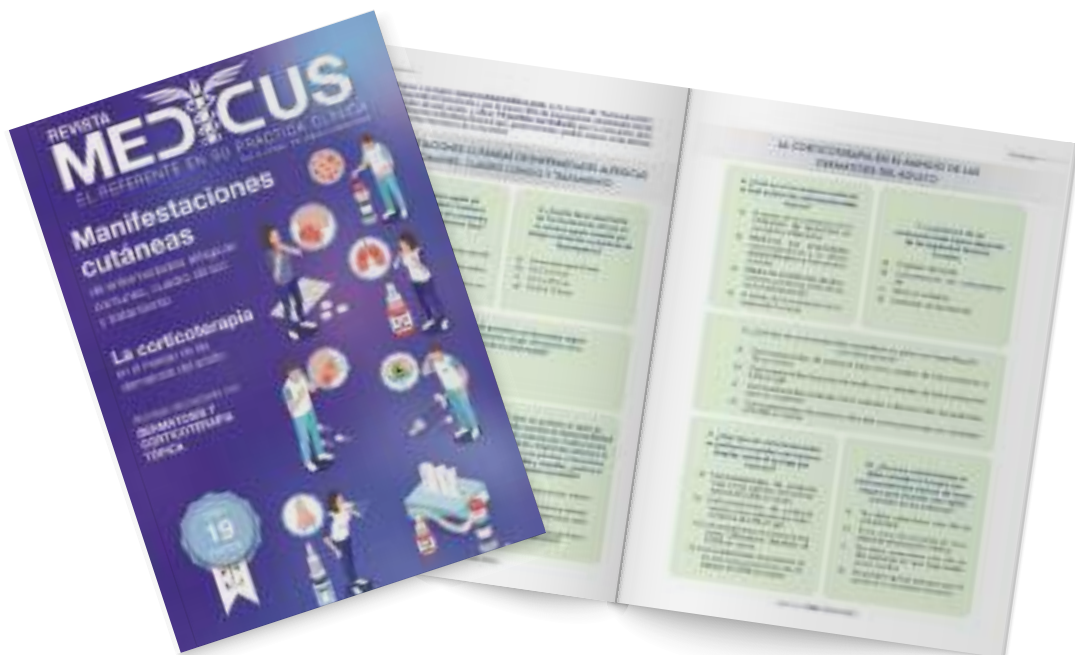
LE OFRECE EN ESTA EDICIÓN
LA POSIBILIDAD DE OBTENER

19 PUNTOS

CON VALOR CURRICULAR POR PARTE DEL



**Comité Normativo Nacional
de Medicina General, A.C.
(CONAMEGE)**



PARA RENOVAR SU
CERTIFICACIÓN
COMO
MÉDICO GENERAL

Ingresa a la página: www.revistamedicus.com, en la sección de "Autoevaluación", y responde correctamente a, por lo menos, 80% de las preguntas relacionadas con los artículos de esta revista, y obtén **19 puntos curriculares** para la renovación de la certificación en Medicina General que, posteriormente, podrás canjear en las oficinas del Comité Normativo de tu localidad.

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS COMUNES, CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

1. En la urticaria aguda sin datos de gravedad ni involucro sistémico, ¿cuál es el tratamiento farmacológico de primera línea?

- a) Esteroides tópicos
- b) Antihistamínicos orales de segunda generación
- c) Ciclo corto de esteroides sistémicos
- d) Ciclo de esteroides sistémicos con reducción graduada

2. ¿Cuánto duran usualmente las manifestaciones clínicas en la urticaria aguda causada por alergia a alimentos o picaduras de himenópteros?

- a) De minutos hasta 2 horas
- b) De 2 a 6 horas
- c) De 6 a 24 horas
- d) De 24 a 72 horas

3. ¿Qué grupo etario de pacientes con dermatitis atópica presenta más frecuentemente alergia alimentaria como agravamiento de su enfermedad?

- a) Niños
- b) Jóvenes
- c) Adultos
- d) Adultos mayores

4. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera línea para la dermatitis por contacto alérgica?

- a) Antihistamínicos orales de primera generación
- b) Antihistamínicos orales de segunda generación
- c) Esteroides tópicos
- d) Ciclo de esteroides sistémicos

5. Ante un paciente en quien se sospecha reacción de hipersensibilidad cutánea inducida por medicamentos sin datos de compromiso sistémico ni urticaria y con parches eritematosos diseminados y ampollas, ¿cuál es el diagnóstico probable?

- a) Urticaria inducida por medicamento
- b) Síndrome de Stevens-Johnson
- c) Pustulosis exantemática generalizada aguda
- d) Erupción ampollosa generalizada por medicamentos

LA CORTICOTERAPIA EN EL MANEJO DE LAS DERMATOSIS DEL ADULTO

6. ¿Cuál es el mecanismo mediante el cual actúan los corticoesteroides tópicos?

- a) A través de la activación de la infiltración de leucocitos en los tejidos inflamados
- b) Mediante sus propiedades vasoconstrictoras y su efecto antiproliferativo e inmunomodulador
- c) Mediante la inhibición de lipocortinas, proteínas inhibitoras de la fosfolipasa A2
- d) A través de la activación de la respuesta humoral

7. La potencia de un corticoesteroide tópico depende de los siguientes factores, excepto:

- a) El grosor de la piel
- b) Concentración del corticoesteroide
- c) Vehículo utilizado
- d) Extensión de las lesiones

8. ¿Qué tipo de corticoesteroides se prefieren en pieles con liquenificación o en áreas gruesas?

- a) Corticoesteroides de potencia baja como acetato de hidrocortisona al 1% en crema
- b) Corticoesteroides de potencia media como valerato de hidrocortisona al 0.2% en gel
- c) Corticoesteroides potentes como valerato o dipropionato de betametasona en ungüento
- d) Corticoesteroides de potencia ultra alta como propionato de clobetasol al 0.05% en crema

9. ¿Qué tipo de corticoesteroides se prefieren en pieles con lesiones simples, como el prurigo por insectos?

- a) Corticoesteroides de potencia baja como valerato de betametasona al 0.05% en loción
- b) Corticoesteroides de potencia media como valerato de hidrocortisona al 0.2% en gel
- c) Corticoesteroides de potencia alta como Diflorasona diacetato al 0.05% en crema
- d) Corticoesteroides de potencia ultra alta como propionato de clobetasol al 0.05% en crema

10. ¿Durante cuánto tiempo se debe extender la terapia con corticoesteroides tópicos de forma segura para alcanzar una rápida remisión de los síntomas?

- a) No debe extenderse más allá de una semana
- b) Entre una y dos semanas sin necesidad de revaloración médica
- c) No debe extenderse más allá de dos semanas sin que haya revaloración médica
- d) Se pueden aplicar siempre que el paciente lo considere necesario

MANEJO DE LA RINITIS CRÓNICA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

11. ¿Cuál es el tipo de rinitis crónica más frecuente en la población pediátrica?

- a) Rinitis alérgica
- b) Rinitis vasomotora
- c) Rinitis gestacional
- d) Rinitis infecciosa

12. ¿En qué células se encuentran los receptores de alta afinidad de la IgE?

- a) Monocitos y macrófagos
- b) Plaquetas y neutrófilos
- c) Linfocitos y eritrocitos
- d) Mastocitos y basófilos

13. ¿Porque las guías recomiendan el uso de antihistamínicos de segunda generación como primera línea de tratamiento para la rinitis alérgica?

- a) Por su eficacia y seguridad
- b) Por su costo-beneficio
- c) Por su fácil administración
- d) Porque incrementan la calidad de vida

14. ¿Cuál es el órgano más comúnmente afectado en las comorbilidades asociadas con la rinitis alérgica?

- a) El oído medio
- b) Los ojos
- c) Las amígdalas
- d) Vías aéreas inferiores

15. ¿Cuál de los siguientes antihistamínicos posee mayor afinidad para los receptores H₁?

- a) Loratadina
- b) Cetirizina
- c) Desloratadina
- d) Fexofenadina

SELECCIÓN ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON ALERGIA A LA PENICILINA

16. ¿Cuál es el antibiótico betalactámico que ocasiona más alergias?

- a) Penicilina
- b) Ampicilina
- c) Amoxicilina
- d) Propicilina

17. Los pacientes alérgicos a la penicilina o a la amoxicilina tienen más riesgo de presentar reacción con:

- a) Cefalosporinas de primera generación
- b) Cefalosporinas de segunda generación
- c) Cefalosporinas de tercera generación
- d) Carbapenémicos o monobactámicos

18. ¿Qué caracteriza a las reacciones alérgicas medicamentosas inmediatas?

- a) Aparecen después de un periodo variable desde horas hasta días
- b) Se asocian con cuadros graves como el síndrome de Stevens-Johnson
- c) Se pueden manifestar como exantemas morbiliformes no pruriginosos
- d) Pueden ser rápidamente progresivas y potencialmente mortales

19. ¿Qué caracteriza a las reacciones alérgicas medicamentosas no inmediatas?

- a) Aparecen tras la toma del fármaco
- b) Se pueden manifestar como erupciones maculopapulares
- c) Son mediadas por IgE
- d) Tienden a ser más graves con exposiciones repetidas

20. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de elección en pacientes con infecciones respiratorias bacterianas de vías superiores sin complicaciones ni factores de riesgo?

- a) Betalactámicos
- b) Cefalosporinas
- c) Quinolonas
- d) Macrólidos

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS COMO HERRAMIENTA CLÍNICA BÁSICA

21. ¿Cuál de las siguientes presentaciones dermatológicas no requiere la exclusión de una enfermedad sistémica subyacente?

- a) Infecciones cutáneas asociadas a inmunosupresión
- b) Manifestaciones asociadas con el síndrome metabólico
- c) Quemaduras
- d) Síndromes cutáneos paraneoplásicos

22. ¿Cuáles son los marcadores dermatológicos indispensables para el diagnóstico de una enfermedad sistémica?

- a) Biopsia de piel
- b) Marcadores tumorales
- c) Deshidrogenasa láctica y proteína C reactiva
- d) En la mayoría de las lesiones cutáneas pueden observarse varias señales de enfermedad, por lo que no existen marcadores dermatológicos indispensables para el diagnóstico

23. ¿Qué datos clínicos dermatológicos debe buscar de manera obligada el médico de primer contacto durante la exploración física de un paciente?

- a) Revisión cutánea completa bajo una adecuada iluminación y distinción de las alteraciones cutáneas identificadas
- b) Indicar una biopsia de piel cuando una lesión cutánea no puede ser distinguida
- c) Retirar mediante un procedimiento quirúrgico menor cualquier lesión sospechosa
- d) En todos los casos se debe enviar al paciente con un especialista en dermatología para una revisión exhaustiva

24. ¿Cuál de las siguientes es una manifestación cutánea que se dispone en los pliegues y es característica en los pacientes con resistencia a la insulina?

- a) Ampolla diabética
- b) Acantosis nigricans
- c) Escleroderma diabeticorum
- d) Lupus cutáneo

25. ¿Cuáles son las enfermedades con manifestaciones cutáneas que requieren un tratamiento urgente?

- a) Enfermedades ampollosas que afectan grandes áreas de superficie corporal y reacciones cutáneas alérgicas que comprometen amplias zonas de pérdida cutánea
- b) Manifestaciones cutáneas propias de VIH
- c) Enfermedades vaso oclusivas leves y lesiones por herpes zóster
- d) Exantema maculopapular por dengue, zika y Chikunguña

ABORDAJE DEL PACIENTE CON DERMATOSIS Y CORTICOTERAPIA TÓPICA

26. Corticosteroide de acción ultra-alta:

- a) Valerato de betametasona
- b) Valerato de Hidrocortisona
- c) Dipropionato de betametasona
- d) Propionato de clobetasol

27. Corticosteroide de acción alta:

- a) Valerato de betametasona
- b) Valerato de Hidrocortisona
- c) Dipropionato de betametasona
- d) Propionato de clobetasol

28. Corticosteroide de acción media:

- a) Valerato de betametasona
- b) Valerato de Hidrocortisona
- c) Dipropionato de betametasona
- d) Propionato de clobetasol

29. ¿Corticosteroide de acción baja:

- a) Valerato de betametasona
- b) Valerato de Hidrocortisona
- c) Dipropionato de betametasona
- d) Propionato de clobetasol

30. Trastorno inflamatorio cutáneo crónico más frecuente:

- a) Dermatitis atópica
- b) Exantema
- c) Impétigo
- d) Psoriasis



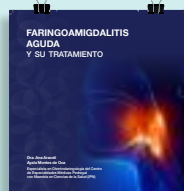
EDICIONES FRANCO

Estrategia • Comunicación • Imagen



Somos una empresa con
MÁS DE 31 AÑOS DE EXPERIENCIA
en el desarrollo de proyectos
CREATIVOS E INNOVADORES
en el mercado farmacéutico

Contamos con un
EQUIPO PROFESIONAL Y CREATIVO
dispuesto a resolver todas tus
necesidades de comunicación.



Folder contenedor de 3 fascículos

Av. de los Insurgentes Núm. 1677 Interior 1006, Col. Guadalupe Inn, Del. Álvaro Obregón
C.P. 01020 Ciudad de México • contacto@efranco.com.mx

FLONORM



Escanea el código QR para conocer la IPP de cada producto



FLONORM[®]
Rifaximina- α

MODULAR LA MICROBIOTA INTESTINAL
para mejorar la calidad de vida.¹



Síndrome de Intestino Irritable²



Enfermedad Diverticular Sintomática No Complicada²



Encefalopatía Hepática²



Diarrea Aguda²



Un  **FLONORM[®]** para todos
Rifaximina- α



ALFASIGMA[®]

Referencias:

1. Cuomo Rascato, Barbara Giovanni, Annibale Bruno, Rifaximin and Diverticular Disease: Position of Italian Society of Gastroenterology (SIGEP) Digestive and Liver Disease, 50(1) 2016; 194-197.
2. IIRP Flonorm[®], Reg. No. 472466 QSA IV, Reg. No. 033466 QSA IV

No. de Autor: 705700005775

NUEVAS PRESENTACIONES

Thoreva[®]

Atorvastatina

MES
a
MES

40 mg

Caja con 28 tab.

20 mg

Caja con 30 tab.



Amplia gama de presentaciones

80 mg

Caja con 30 tab.

20 mg

Caja con 30 y 60 tab.

40 mg

Caja con 28 y 56 tab.

10 mg

Caja con 60 tab.

1 vez al día¹

El Camino Correcto en Dislipidemias

Referencias: 1. Información Para Prescribir Thoreva[®]

Thoreva[®] Tabletas Reg. Núm. 224M2011 SSAIV

Aviso de publicidad No.: 233300202X0503

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en

la página de internet: www.liomont.com.mx

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA PROFESIONAL DE LA SALUD

