

## Cartas al Editor

### Acné vulgar leve: ¿puede manejarlo el médico general o sólo el especialista?

**Sr. Editor:** El acné es una enfermedad inflamatoria, autolimitada y crónica de los folículos pilosebáceos, muy frecuente en la población. Algunas estimaciones indican que casi el 80% de la población adolescente y de adultos jóvenes puede verse afectada por esta patología.<sup>1,2</sup>

Aunque comúnmente la gente relaciona la aparición de acné con la ingesta de alimentos grasos, no existe evidencia científica que confirme esta asociación.<sup>3</sup> Entre los factores que se han mostrado implicados se encuentran: la hiperqueratosis, la hipersecreción grasa por estímulo androgénico, la presencia del microorganismo *Propionibacterium acnés*, la predisposición familiar, así como también el uso de corticoides y suplementos vitamínicos, sobre todo vitamina B12.<sup>4,6</sup>

De acuerdo al tipo de lesiones, el acné vulgar puede clasificarse en cuatro grados de severidad (Tabla), lo que permite orientar el tipo de tratamiento y la necesidad o no de referir el paciente al especialista.<sup>4,5</sup> El tratamiento para las formas leves es principalmente tópico e incluye el uso de peróxido de benzoilo en crema o en gel al 5%-10%, pudiendo asociarse, de ser necesario, antibióticos tópicos (por ejemplo, eritromicina, clindamicina, minomicina). Este manejo va encaminado a evitar la formación de comedones, eliminar su contenido, combatir al *Propionibacterium acnés* y disminuir la inflamación.<sup>3,6</sup>

**Tabla. Grados de severidad del acné vulgar**

Severidad	Tipos de lesiones
Grado I	Comedones ("espinillas"), pápulas
Grado II	Comedones, pápulas, pústulas
Grado III	Igual al grado II más quistes
Grado IV	Igual al grado III más cicatrices

Las lesiones son polimórficas y se distribuyen en las zonas del cuerpo donde la producción de sebo es mayor (zonas seboreicas): mejillas, nariz, frente, barbilla, pabellón auricular, cuello, nuca, pecho, y región interescapular.

Es necesario y de suma importancia indicar al paciente que el tratamiento será largo y su objetivo es el de realizar un "peeling" químico, lo que ocasionará una intensa inflamación de la piel y creará el aspecto de estar "pelándose"; lo cual aunque resulte molesto para el paciente, no deberá ser razón para suspender el tratamiento a fin de alcanzar el objetivo terapéutico.<sup>6,7</sup>

Entre las medidas generales que deben indicarse al paciente, las más importantes son: 1) no manipular las lesiones y evitar o suspender el uso de cosméticos grasos (cremas, base, etc); 2) lavar la zona afectada no más de dos veces al día con un sustituto del jabón, como por ejemplo los "syndets" que son detergentes sintéticos con pH ácido y de tipo no iónico o catiónico, 3) evitar la exposición al sol, porque las lesiones inflamadas se hiperpigmentan y secundariamente "manchan" la piel; y 4) no acudir a saunas o turcos, pues la exposición al vapor puede agravar las lesiones.<sup>7,8</sup>

Finalmente, se debe tener presente que al ser una patología que afecta la apariencia del rostro y por ende la imagen que

cada individuo tiene de sí mismo, es recomendable indagar si el paciente presenta algún tipo de afectación psicológica (por ejemplo, rechazo o sentimiento de inferioridad), para referirlo al psicólogo y de esta manera dar un atención integral y personalizada a los pacientes que acuden a consulta.<sup>7,8</sup>

Debido a la frecuencia de la patología, el tratamiento de las formas leves de acné vulgar es importante con el objeto de evitar su evolución a estados de mayor severidad. Considerando que el manejo del acné vulgar grado I es relativamente sencillo, muchos de los casos podrían ser tratados en unidades de atención primaria y por médicos generales, dejando los casos de mayor gravedad para que sean manejados única y exclusivamente por el especialista, para lo cual deberán ser referidos de manera precoz.

Lamentablemente el nivel de formación en Dermatología (específicamente en patologías frecuentes de la piel) que se obtiene durante el pre-grado, posiblemente resulta insuficiente como para que ya en la práctica, sea adecuado dejar en manos del médico general la atención de este tipo de pacientes. Quizás valdría la pena que el estudio de esta patología sea reconsiderado dentro de los programas académicos, incluso en los de aquellas materias relativamente nuevas en nuestra Facultad, como es el caso de Farmacología Clínica.

*Dra. Anita Buestán*

*Dr. Stalin Moreno*

Postgradistas de Dermatología

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

### Bibliografía

- 1.- Rook A. Tratado de Dermatología. Volumen III. Tercera edición. España: Ediciones Doyma, 1989; 2071-2094.
- 2.- Rossetti M. Monografía sobre acné en la adolescencia. Clínica, evolución y diagnósticos diferenciales de acné vulgar. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.vio.com.ar/acné/vulgar4.html>.
- 3.- Odon R, James W. *Andrew's* Dermatología Clínica. Volumen I. Novena edición. España: Marban Libros, 2004; 282-292.
- 4.- Fitzpatrick T. Medicina General en Dermatología. Volumen I. Quinta edición. Argentina: Editorial Panamericana, 2001; 809-810.
- 5.- Sampaio S. Dermatología Básica. Tercera edición. Brasil: Livera Artes Medicas, 1987; 180
- 6.- Falabella R. Fundamentos de Medicina: Dermatología. Sexta edición. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003; 38-45.
- 7.- Guerra A. Tratado de Dermatología. Primera edición. España: Luzan S.A., 1994; 814-830.
- 8.- Amado S. Lecciones de Dermatología. Cuarta Edición. México: Méndez Editores S.A., 2001; 526-527.

### El uso de fármacos comúnmente prescritos puede exacerbar un cuadro de glaucoma de ángulo estrecho

**Sr. Editor:** Entre los diferentes tipos de glaucoma, el de ángulo cerrado se caracteriza por presentar una disminución en el espacio comprendido entre la córnea y el iris, denominado ángulo camerular, por el cual se drena el humor

acuoso. Así, cuando se presenta una dilatación de la pupila, el iris se repliega hacia el ángulo, aumentando su grosor a este nivel y provocando por lo tanto una mayor disminución del espacio angular.<sup>1</sup> Cuando una persona posee este tipo estructural se encuentra predispuesta para desarrollar crisis agudas de aumento de la presión intraocular, por mecanismos inducidos por el uso de varios fármacos comúnmente indicados en otras patologías.<sup>2</sup>

En este sentido, los anticolinérgicos (incluyendo aquellos comercializados como antiespasmódicos) bloquean la respuesta del esfínter del iris y del músculo ciliar, provocando una dilatación pupilar y agravando el estrechamiento existente, razón por la cual se encuentran entre los fármacos más frecuentemente responsables de las exacerbaciones del glaucoma de ángulo cerrado.<sup>2,3</sup> Entre los fármacos psicotrópicos, los antidepresivos tricíclicos (como por ejemplo la imipramina y amitriptilina) y los antiparkinsonianos (como la benztropina) también tienen acción anticolinérgica, por lo que administrados a pacientes con ángulo estrecho podrían desencadenar ataques agudos de hipertensión intraocular.<sup>2,3</sup>

Algunos fármacos broncodilatadores que poseen efecto anticolinérgico (como el bromuro de ipatropio), pueden alcanzar el nivel ocular en dosis suficientes como para provocar una respuesta.<sup>2,4</sup> Además, el uso concomitante de agonistas beta-adrenérgicos (que pueden estimular la producción del líquido) también podría causar por lo menos un aumento moderado de la presión intraocular en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado no tratado.

Las sulfonamidas en cambio, 15 minutos después de su administración, tienen la capacidad de producir un estrechamiento de la cámara anterior por un aumento del grosor del cristalino, lo que empuja hacia adelante el iris, favoreciendo el cierre del ángulo de por sí ya estrecho. Este mecanismo de acción y el mismo efecto transitorio también se ha descrito con el uso de acetazolamida y otros diuréticos.<sup>2</sup> Por otra parte, los vasodilatadores del tipo nitratos, al relajar el músculo liso tienen el potencial de provocar midriasis y afectar el flujo de salida del humor acuoso. Este tipo de efecto también se ha reportado en unos pocos casos tras el uso de ansiolíticos.<sup>2,3</sup>

Finalmente, los anestésicos generales son causa de hipertensión intraocular en aproximadamente el 0,1 % de los procedimientos quirúrgicos. La succinilcolina, contrae los músculos extraoculares, elevando la presión intraocular, pero su efecto se limita a diez minutos después de su aplicación, mientras que la ketamina aumenta esta presión por vasodilatación coroidea.<sup>2,3</sup> En estos casos, el diagnóstico podría retrasarse o incluso pasarse por alto debido a que el paciente se queja de visión borrosa en el primer día del postoperatorio y porque las náuseas y vómitos suelen ser atribuidos a otras causas que no se relacionan con aumentos de la presión intraocular.

Por lo expuesto, resulta evidente que varios tratamientos farmacológicos conllevan el riesgo de precipitar o exacerbar un cuadro de glaucoma de ángulo estrecho. De ahí que los pacientes con esta patología conforman un grupo de riesgo potencial al ser atendidos por otras enfermedades, lo cual implica la necesidad de que todos los profesionales médicos la tengan en cuenta durante el interrogatorio clínico, antes de decidir la prescripción de los medicamentos.<sup>2,4</sup>

*Dra. María Belén Morales*

Postgradista de Oftalmología

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

## Bibliografía

- 1.- American Academy of Ophthalmology. Glaucoma. (Edición en Castellano). Colombia: American Academy of Ophthalmology, 1998-1999; 8.
- 2.- Reza G. Otros mecanismos de cierre angular. En: Yankelevich J, Grigera D, Casiraghi J. Glaucoma. Buenos Aires: Consejo Argentino de Oftalmología, 2003.
- 3.- Moreno L, Herrera F. Medicamentos contraindicados en el glaucoma. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (3): 395-303.
- 4.- De Arruda P. Glaucoma. Principios generales, diagnóstico y tratamiento. Quito: Noción, 1999; 2.

## ¿Cuándo se debe sospechar que un paciente con astigmatismo presenta queratocono?

**Sr. Editor:** El queratocono es una enfermedad oftalmológica, en la que la cornea se adelgaza hasta adquirir la forma de un cono. Desde el punto de vista clínico ha sido definido como una ectasia corneal no inflamatoria, asimétrica y bilateral.<sup>1</sup> La prevalencia reportada de esta patología es de 54.5/100.000 habitantes y la incidencia de 1/2.000/año.<sup>2</sup> Los cambios en la estructura corneal modifican y alteran la visión progresivamente, haciéndola cada vez mas borrosa, pudiendo conducir a la pérdida total de la visión cuando no se ha administrado un tratamiento oportuno.

En etapas iniciales, este cuadro puede confundirse con otros tipos de astigmatismo,<sup>3</sup> por lo que es necesario sospechar de su presencia y determinar si el paciente tiene posibilidades de sufrir del mismo. Algunos elementos orientadores al respecto pueden ser de fácil verificación. Para esto es importante realizar una buena historia clínica, definiendo bien la sintomatología, ya que el queratocono se caracteriza por visión borrosa acompañada posteriormente de fotofobia y prurito.<sup>3</sup> Los antecedentes de cambios de refracción, de manifestaciones de distorsión de imágenes y de diversos grados de intolerancia a los lentes de contacto, también son antecedentes de relevancia.

Durante la anamnesis dirigida puede ser importante indagar sobre la existencia de casos en la familia, se ha reportado cierta relación hereditaria,<sup>2</sup> el antecedente de uso de lentes de contacto y el frote de ojos, todos los cuales son posibles causas de queratocono. La edad de aparición del cuadro es otro indicador, pues la mayoría de los casos debutan durante la adolescencia; además, se ha observado muchos casos de queratocono en los hijos de madres añosas.<sup>4</sup>

El queratocono se relaciona estrechamente con otras enfermedades oculares o sistémicas como el asma bronquial y alergias de origen genético, con algunos síndromes tales como el de Down y Marfan.<sup>2,3</sup> Recientemente una investigación sobre los distintos factores que predisponen para el desarrollo de queratocono, comunicó que los tres principales factores de riesgo son los antecedentes de ojo rojo persistente, la historia familiar y la presencia de atopia concurrente.<sup>2</sup> Esta última, anteriormente ya había sido reportada como fuertemente asociada a la patología.<sup>5</sup>

Los pacientes con este perfil requieren una completa