

DERMATOSIS CENICIENTA. ESTUDIO DE 8 PACIENTES TRATADOS CON CLOFAZIMINA

Arenas, Roberto
Bautista, Mario

RESUMEN

Se presentan 8 pacientes entre los 23 y 41 años de edad con dermatosis cenicienta, tratados con clofazimina. Se recomienda una dosis de 100 mg tres veces por semana. Se encontró mejoría de importante a moderada en 5 casos. El fármaco parece más activo en casos iniciales con bordes activos. Como efectos colaterales se observó acentuación de la pigmentación en un caso y xerosis en tres.

(Palabras clave: Dermatitis cenicienta, eritema discromicum perstans, clofazimina)

INTRODUCCION

La dermatosis cenicienta o *eritema discromicum perstans* es una enfermedad crónica y asintomática, que se caracteriza por manchas azul grisáceas, que en sus etapas activas se acompañan de bordes eritematosos activos¹. Las alteraciones histopatológicas no son específicas; se encuentra vacuolización de la capa basal, incontinencia del pigmento, presencia de melanófagos e infiltrados linfocitarios en la dermis superficial². No se cuenta con un tratamiento específico.

En esta dermatosis la clofazimina parece tener un buen efecto cosmético por el camuflaje de las lesiones y al actuar como medida terapéutica induciendo cambios en la inmunidad celular³.

La clofazimina (Bgg3) se usa como droga antileprosa desde 1972. Esta anilina derivada de las fenotiazinas, se acumula en las grasas y colorea la piel de una manera uniforme. Tiene efectos antiinflamatorios, antimicrobianos, propiedades inmunológicas e inmunestimulantes y se cree que puede disminuir la respuesta inmune⁴.

Se presenta en suspensión oleosa en forma de cápsulas y en general se administra en días alternos. Con dosis de 100 mg tres veces por semana se consiguen niveles séricos de 0.5 g/ml. La droga se elimina lentamente por orina, heces y en mínima cantidad por piel y anexos.

Además de la lepra y la reacción leprosa, se ha usado en psoriasis crónica y pustulosa, vitiligo, lobomycosis, micobacteriosis por *M. ulcerans*, lupus discoide, pioderma gangrenoso, pustulosis palmoplantar, dermatitis atópica, acné conglobata y granuloma facial.

La droga es relativamente atóxica aunque se han reportado infartos esplénicos y puede ser teratógena; se deposita en diferentes órganos como ganglios e intestino y puede tener un efecto irritante gastrointestinal. En la piel ocasiona pigmentación que varía del color rosado al café o negro; xerosis; erupciones acneiformes y fototoxicidad; puede producir pigmentación en córnea, conjuntiva y mácula.

ESTUDIO DE LOS CASOS

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 8 casos con diagnóstico clínico e histopatológico de dermatosis cenicienta. La edad varió entre 23 y 41 años con una media de 30. Fueron la mitad hombres y la mitad mujeres; dos mujeres se dedicaban al hogar, había un obrero y el resto eran empleados. Ningún paciente presentó antecedentes de importancia y salvo su dermatosis eran sanos. Sus pieles fueron tipo IV en seis casos y tipo V en dos.

Todos los pacientes presentaron una dermatosis diseminada que afectó cuello, tronco y extremidades superiores; en tres se comprometió la cara y en tres las extremidades inferiores. Todos tenían manchas azul grisáceas con un tinte cenizo, aisladas o confluentes; en 3 pacientes se encontraron bordes eritematosos y dermografismo en cuatro. No se afectaron palmas, plantas, piel cabelluda, uñas, ni mucosas.

Las biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y coproparasitoscópico no presentaron alteraciones en ningún caso. En todos los pacientes la biopsia fue compatible con dermatosis cenicienta: epidermis adelgazada o con ligera acantosis; en la mayoría hubo un ligero aumento de la capa córnea y pigmentación de la basal. Todos presentaron infiltrados linfocitarios perivasculares, con glóbulos de pigmento melánico libres o englobados por melanófagos; sólo en dos casos se observó degeneración hidrópica de la basal.

Todos los pacientes habían recibido previamente, sin ninguna mejoría y hasta por un año, tratamientos como: linimento oleocalcáreo, pastas con agua oxigenada, esteroides tópicos, protectores solares con PABA, *Fumaria officinalis* y urea.

Roberto Arenas, Dermatólogo y Micólogo. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" México D.F.

Mario Bautista, Residente. Centro Dermatológico Pascua 55
Correspondencia: Dr. Roberto Arenas, Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Tlalpan 4800. México DF C.P. 14000

De acuerdo a una comunicación previa³ y en forma empírica, se administró clofazimina en cápsulas de 100 mg/día a dos pacientes y tres veces por semana en seis.

En un enfermo que recibía 100 mg diarios, se suspendió el tratamiento por acentuación de la pigmentación; los restantes lo tomaron por 3 a 11 meses, con un promedio de 5. En tres casos con la posología de tres cápsulas por semana se presentó xerosis, por lo que la dosis se disminuyó a dos cápsulas por semana y se agregó un sustituto del jabón; en una de estas pacientes se intentó aumentar nuevamente la dosis a 100 mg al día, pero en 8 días apareció un síndrome depresivo, que la paciente atribuyó al medicamento, por lo cual disminuyó la dosis nuevamente. En 4 pacientes se agregó dimetilsulfóxido, pero no se pudo valorar su efectividad por haberlo combinado con el tratamiento oral.

El grado de mejoría se evaluó de la siguiente manera: mejoría importante, 1; mejoría moderada, 4; mejoría discreta, 2; empeoramiento, 1. Dos pacientes con mejoría moderada y uno con mejoría importante, presentaron la enfermedad en etapa temprana con bordes activos.

COMENTARIOS

La dermatosis cenicienta es un padecimiento de etiología desconocida y aún sin tratamiento efectivo^{1,2}; se trata probablemente de una enfermedad inmunológica, por lo que la clofazimina puede llegar a constituir un medicamento útil en

su manejo. No se ha precisado aún en que casos debe administrarse, pero de acuerdo con esta pequeña experiencia, parece más activo en formas iniciales y es necesaria una dosis promedio de 100 mg tres veces por semana, durante tres a cinco meses.

Como se ha mostrado previamente, su utilidad en dermatosis cenicienta se debe al parecer a sus efectos moduladores de la inmunidad. Piquero-Martín y cols³ en su trabajo sobre ocho pacientes estudiados en Venezuela, encuentran buenos resultados en siete, con cambios en parámetros inmunológicos que consistieron en decremento de la relación CD4/CD8 y un aumento en la respuesta a la fitohemaglutina. Los efectos colaterales que encontramos fueron mínimos; la sequedad de la piel mejoró con la disminución de la dosis y la aplicación de un sustituto del jabón; sólo en un caso la acentuación de la pigmentación fue de importancia, pero en general se observó cierta acentuación del color de la piel no afectada y ésta fue disminuyendo al bajar la dosis administrada y desapareció al suspenderla.

La administración de clofazimina no es suficiente para hacer desaparecer la dermatosis cenicienta por completo, pero si hay bordes activos, la mejoría es más rápida y estos bordes son los primeros en desaparecer (Figs. 1 y 2); es probable que sea necesario dar un tratamiento combinado o encontrar la mejor época para su administración, así como determinar el tiempo necesario para asegurar una mejor efectividad terapéutica.



Fig. No. 1: Dermatitis cenicienta con bordes activos

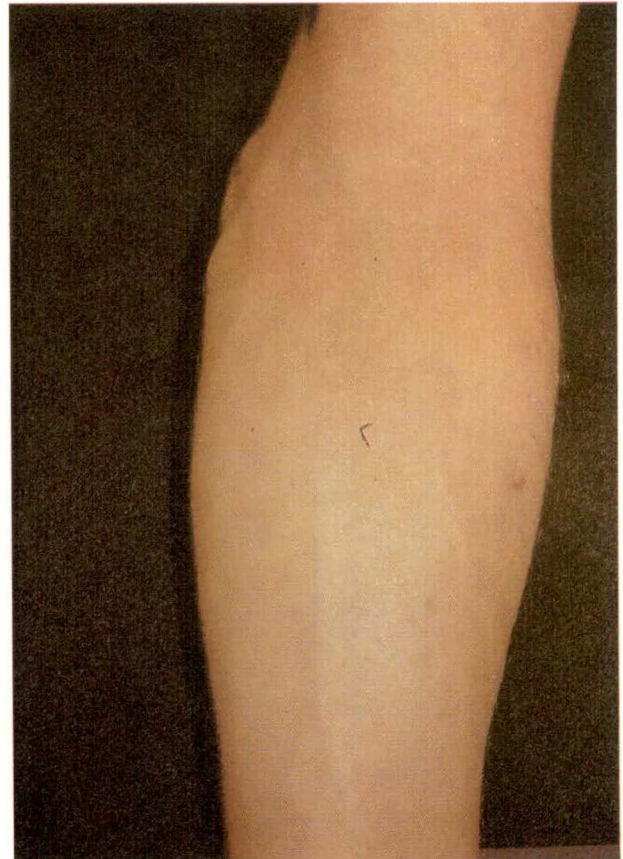


Fig. No. 2: Después de tres meses de tratamiento con clofazimina.

SUMMARY

Eight patients with erythema dyschromicum perstans (Ashy dermatosis) ranging in ages from 23 to 41 years were studied. Most of the patients received 100 mg orally on alternate days for 3 to 5 months. In five patients a good response was observed. If they showed erythematous borders the clinical improvement was better. There have been no important side effects, sauf dry skin in three cases and some increase of pigmentation in one.

(Key words: Ashy dermatosis, *erythema dyschromicum perstans*, *clofazimine*).

BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez O, López-Lino D. Estado actual de la dermatosis cenicienta. Med Cut IILA. 1984; 12: 11-18.
2. Vega ME, Waxtein L, Arenas R, Hojyo MT, Domínguez-Soto L. Ashy dermatosis and pigmented lichen planus. A clinical and pathological study of both conditions. Int J Derm. En prensa.
3. Piquero-Martín J, Pérez-Alfonso R, Abrusci V, Briceno LB, Gross A, Mosca W, Tapia F, Convit J. Clinical trial with Clofazimine for treating Erythema Dyschromicum Perstans. Evaluation of Cell-Mediated Immunity. Int J Derm. 1989; 28 (3): 198-200
4. Woodley DT. Clofazimine and its uses in dermatology. J Ass Mil Derm. 1982; 8 (2): 41-46.