

grenoso, enfermedad de Behçet, liquen plano, alopecia areata, fotodermatitis, enfermedades del tejido conectivo y otras.^{1-3, 6} En este artículo presentamos nuestra propia experiencia en el tratamiento de varias entidades dermatológicas y la ilustramos con reportes de casos seleccionados.

Psoriasis

Como la estimulación del sistema inmune y la producción de citoquinas por linfocitos y queratinocitos juegan un papel esencial en la patogénesis de la psoriasis, la eficacia del tratamiento de ciclosporina en esta entidad está justificada. La ciclosporina está indicada primeramente en todos los casos severos y recalcitrantes de psoriasis, especialmente en la psoriasis artropática. Se recomienda una dosis inicial de 2.5-3 mg/kg/día y se puede aumentar a 5 mg/kg/día, dependiendo de la respuesta clínica.⁷ El efecto terapéutico máximo se obtiene generalmente después de 2-3 meses de tratamiento y debe ser continuado hasta por seis meses con dosis más bajas.

CASO 1

Paciente femenino de 28 años de edad con antecedentes familiares de psoriasis, con una psoriasis artropática recalcitrante y severa; fue hospitalizada en muchas ocasiones en nuestro departamento debido a las exacerbaciones de la enfermedad. La psoriasis se le diagnosticó hace veinte años. Al inicio de la enfermedad, el tratamiento clásico fue suficiente para mantener una mejoría clínica. Hace cinco años empezó a ser tratada periódicamente con metotrexate. Por aproximadamente tres años, la ciclosporina ha sido agregada para tratar las exacerbaciones de esta enfermedad. En marzo de 2002 se internó en nuestro departamento con psoriasis eritrodérmica que se desarrolló después de una infección del tracto respiratorio superior.

Al ser internada presentaba inflamación que involucraba toda la piel: lesiones eritematosas e infiltrativas de la piel con descamación, mezclándose pápulas solitarias y placas psoriasiformes. Las distrofias ungueales por psoriasis se observaron en todas las láminas ungueales. La paciente sufría de artralgias de las articulaciones de manos y pies y de dolor lumbar. Se administró antibioticoterapia y ciclosporina en dosis inicial de 5 mg/kg/día. Mejoró clínicamente después de 2 semanas y la dosis se disminuyó a 3,5 mg/kg/día. También se le dio tratamiento tóxico con UVB de banda estrecha (311 nm). Gradualmente mejoró y después de un mes fue dada de alta con ciclosporina con dosis de mantenimiento de tres mg/kg/día.

La mejoría clínica se mantuvo durante un mes, después del cual la paciente se redujo la dosis de ciclosporina a 1,5 mg/kg/día. En julio de 2002 la paciente fue nuevamente internada con exacerbación de la psoriasis e infección purulenta del pie. Se dio antibioticoterapia y ciclosporina en dosis de tres mg/kg/día y nuevamente se le dio de alta con mejoría clínica. Ha sido manejada como paciente externa hasta el momento actual, con una condición estable.

Dermatitis atópica

La ciclosporina es altamente efectiva en el tratamiento de la dermatitis atópica para el curso grave y refractario de la terapia convencional. Esto se debe a la inhibición de la activación de las células T (las células T-cooperadoras son el principal componente del infiltrado cutáneo) y la supresión de la formación de IgE. La dosis recomendada de ciclosporina fue similar a la administrada en psoriasis.^{8, 9}

CASO 2

Paciente femenino de 56 años de edad, admitida a nuestro hospital debido a exacerbación de su dermatitis atópica. La enfermedad tenía 16 años de evolución. La paciente tenía también la sintomatología de la conjuntivitis alérgica primaveral. Sus antecedentes familiares de atopia eran negativos. La paciente fue hospitalizada en muchas ocasiones en nuestro departamento, cada vez que su piel estaba involucrada en un alto grado y las lesiones cutáneas se acompañaban de prurito muy intenso. Los niveles plasmáticos de IgE fueron siempre altos. Los tratamientos previos usados fueron antihistamínicos, hidroxicina, doxepina, azatioprina y PUVA, con mejoría temporal solamente.

La paciente desarrolló sintomatología gastrointestinal después del tratamiento con azatioprina, la cual tuvo que ser discontinuada. A su ingreso tenía lesiones eritematosas y pequeñas pápulas localizadas casi en toda su piel. Se observaba una gran área de liquenificación que cubría su cara, cuello, muñecas, manos y tronco. La piel estaba muy seca. También tenía excoriaciones diseminadas secundarias al rascado. Los niveles plasmáticos de IgE fueron de 28 333 U/ml. La eosinofilia periférica era muy alta: 1136/μl.

La paciente inicialmente fue tratada con antihistamínicos y PUVA, terapia con resultados pobres. Entonces la ciclosporina fue dada en dosis de 4 mg/kg/día. Se obtuvo una regresión rápida de las lesiones de la piel y remisión del prurito, y la paciente fue dada de alta después de una semana de tratamiento. Los niveles de eosinofilia disminuyeron a 658/μl. Ahora está con cuidados de paciente externa.