


puede presentarse alta frecuencia de infecciones por virus Ebstein-Barr, citomegalovirus y *Pneumocystis carinii*. No hay información convincente a corto plazo de que dosis bajas de ciclosporina incrementen el riesgo de malignidad, aunque se aconseja tener precaución.

Debido a que el tratamiento con ciclosporina puede causar varias alteraciones metabólicas, es esencial el monitoreo cuidadoso de estos pacientes. Para iniciar la terapia deben practicarse las siguientes evaluaciones físicas y de laboratorio: presión arterial, peso corporal, BH, con diferencial, electrolitos séricos, creatinina, ácido úrico, pruebas de función hepática y de depuración de creatinina. La presión arterial y los niveles de creatinina plasmática deben ser monitoreados cada dos semanas, y los demás exámenes cada cuatro semanas durante el tratamiento con ciclosporina en enfermedades dermatológicas.^{1, 2, 6} La ciclosporina debe ser discontinuada cuando los niveles de creatinina plasmática sean mayores de 30% del nivel base o en el caso de hipertensión que no responda a tratamiento farmacológico.⁶

Basándonos en los datos de la literatura y de nuestra experiencia, podemos dividir las dermatosis en grupos, dependiendo de su respuesta al tratamiento con ciclosporina (Cuadro 1). El primer grupo consiste en enfermedades que responden bien a la ciclosporina. El segundo grupo, entidades tratadas con ciclosporina con respuesta moderada. En el tercer grupo, las dermatosis con respuesta incierta a la ciclosporina. Hay también enfermedades en las cuales la ciclosporina juega un importante papel adicional, permitiendo reducir la dosis de corticosteroides y acortando el periodo de tratamiento.^{6, 15} 

REFERENCIAS

1. Kauvar AB, Stiller MJ. Cyclosporine in dermatology: pharmacology and clinical use. *Int J Dermatol* 1994; 33: 86-96
2. Calne RY, White DJG, Thiru S et al. Cyclosporin A in patients receiving renal allografts from cadaver donors. *Lancet* 1978; ii: 1323-1327
3. Biren CA, Barr RJ. Dermatologic applications of cyclosporine. *Arch Dermatol* 1986; 122: 1028-1032
4. Borel JF, DiPadova F, Mason J et al. Cyclosporine. *Pharmacol Rev* 1989; 41: 239-439
5. Hess AD, Esa AH, Colombani PM. Mechanism of action of cyclosporine: effects on cells of the immune system and on subcellular events in T cell activation. *Transplant Proc* 1988; 20: 29-40
6. Wasik F, Wasik A. Indications to cyclosporine therapy in dermatology. *Medipress* 1999; suppl. 4: 4-6
7. Finzi AF, Ippolito F, Paonesi E et al. Cyclosporine therapy in psoriasis: recommendations for treatment. *Dermatology* 1993; 187 (suppl 1): 38-40
8. Logan RA, Camp RDR. Severe atopic eczema: response to oral cyclosporine A. *J R Soc Med.* 1988; 81: 417-418
9. Taylor RS, Cooper KD, Headington JT et al. Cyclosporin therapy for severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 580-583
10. Curley RK, MacFarlane AW, Vickers CFH. Pyoderma gangrenosum treated with cyclosporine A. *Br J Dermatol* 1985; 113: 601-604
11. Matis WL, Ellis CN, Griffiths CE, Lazarus GS. Treatment of pyoderma gangrenosum with cyclosporine. *Arch Dermatol* 1992; 128: 1519-1529
12. Ho VC, Gupta AK, Ellis CN et al. Treatment of severe lichen planus with cyclosporine. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 64-68
13. Barthelemy H, Frappaz A, Cambazard F et al. Treatment of nine cases of pemphigus vulgaris with cyclosporine. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 1262-1266
14. Szepletowski J, Wasik F, Szybejko-Machaj G, Maj J. Toxic epidermal necrolysis successfully treated with cyclosporin. Report of three cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1997; 9: 169-172
15. Wasik F, Kolodziej T. Indications to cyclosporine therapy in immunologic skin diseases. *Medipress* 1999; suppl 4: 15-17