

**IX JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPÉUTICA
DERMATOLÓGICA Y ESTÉTICA
Caracas, junio del 2007**

Cómo trataría Usted?
Sesión interactiva

Asesora: Ismery Cabello

Secretaria: Zulybeth Rodríguez

Coordinador: Ricardo Pérez Alfonso

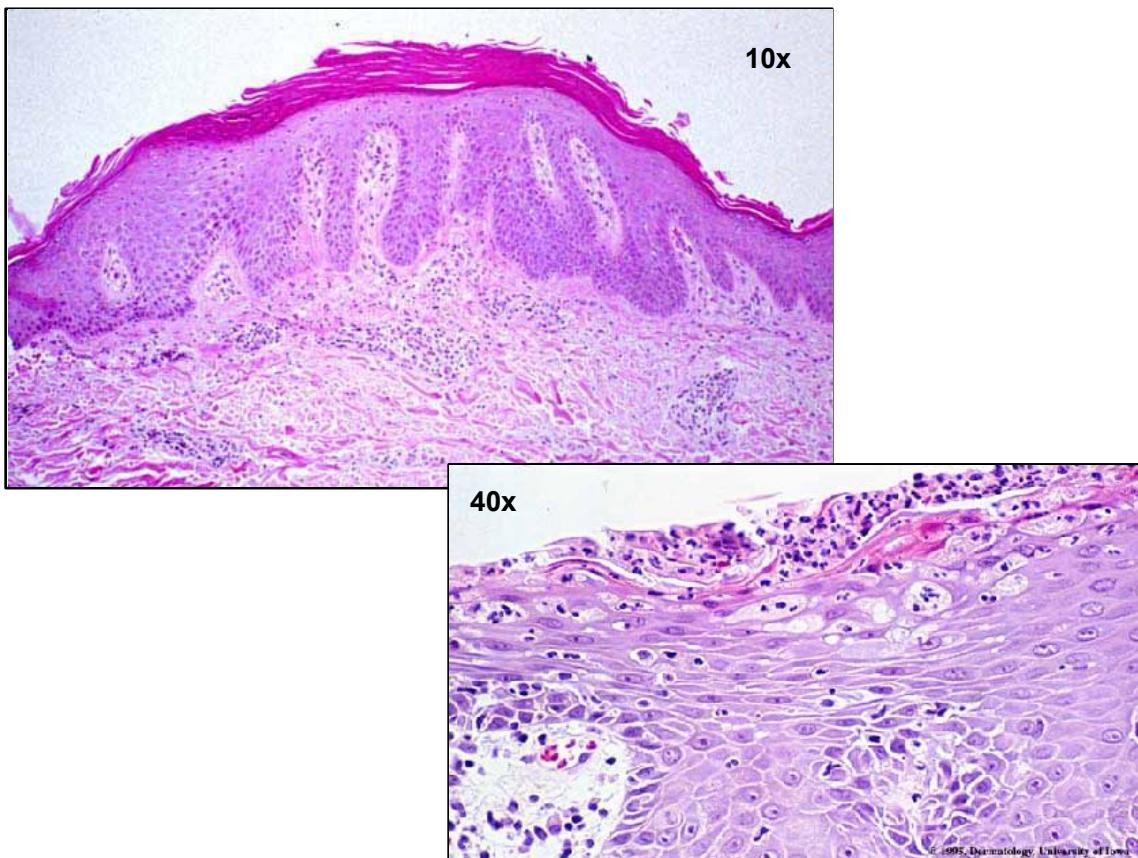
Expertos: Miguel Allevato, Roberto Arenas, Carlos Fernando Gatti, Enrique Hernández Pérez, Reynaldo Arosemena, Mercedes Flores, María Isabel Herane, Juan Honeyman, Edgar Olmos, Eduardo Weiss, Eduardo González, Campo Elías Páez, Jaime Soto

Psoriasis en placa extensa

Faddy Graterol. Nayrin Súnico, Susana Misticoni, Javier Ortega, Margarita Oliver
Ricardo Pérez Alfonzo. Instituto Biomedicina.

- Paciente femenino, 48 años
- Natural y procedente: La Guaira
- Psoriasis desde los 26 años
- Múltiples tratamientos tópicos: esteroides, alquitrán de hulla y calcipotriol
- No mejoría c/aumento número de lesiones
- Dolor articular en manos desde enero 2006.





Hematología y Química sanguínea: normal

VSG: 20 mm

TP-TPT: normal

ASTO < 200 UT

Examen de orina y heces: normal

HIV / VDRL: no reactivo.

Tratamiento: Metotrexato VO 10 mg/semanal

Escasa mejoría de lesiones de piel

Persistencia de artralgia.

Febrero 2006



¿ Que otros estudios solicitaría ?

- A. Hematología completa, VSG.
- B. Factor reumatoideo, AAN.
- C. Rx de tórax, PPD.
- D. Serología para hepatitis B y C.
- E. Todos los anteriores.

Nuevos paraclínicos:

- HC: normal.
- VSG 1h: 35mm
- Rx de tórax: normal.
- PPD: 5mm.
- Serología para Hepatitis B y C: Negativa

¿ Como lo trataría usted ?

- A. Ciclosporina A : 3-5mg/kg/d vo
- B. Acitretin: 0,5 mg/Kg/d vo
- C. PUVA
- D. UVB banda estrecha
- E. Metotrexato: 20 mg semanal vo
- F. Terapia Biológica: EV o SC o IM

¿Cuál terapia biológica usaría?

- A. Infliximab ev 3 mg/Kg sem 2, sem 6 y luego c/8 sem
- B. Etanercept sc 50 mg biw x 12 sem luego 50 mg/sem
- C. Adalimumab sc 40 mg cada 15 días
- D. Alefacept im 15 mg/sem
- E. Efalizumab sc 1-2 mg/Kg mes

Julio 2006



**Adalimumab 40sc
c/15días x 5 meses y
mensual**

- Psoriasis enfermedad inflamatoria crónica, frecuente
- gran afectación bio-psico-social
- eficacia agentes anti FNT α
- Adalimumab AC monoclonal recombinante anti FNT α humano
- utilizado en el tratamiento AR
- dosis: 40 mg SC/ 15 días
- efectividad reconocida
- seguridad a largo plazo ?

Alopecia areata / universal

Nayrin Súnico, Ana González, William Ortiz, Ricardo Pérez Alfonzo.
Instituto de Biomedicina.

- Paciente masculino de 12 años
- Antecedentes: asma bronquial
- Abuela con patología tiroidea
- Inicia Agosto 2005 caída del cabello gradual
- Tratamiento con mometasona, tretinoína 0,025%, pimecrolimus 1%, minoxidil al 5%
- 2005: astenia, intolerancia al frío y palpitaciones
- Enero 2006: madarosis



Enero 2006

Febrero 2006

- Hematología y química sanguínea: normales
- VDRL no reactivo / VIH: negativo
- AAN: negativo
- T4 total, T4 y T3 libre, captación de T3: normal
- TSH: 0,3 μ UI/ml (0,3-4)
- Ac Anti-TPO: 82,1 UI/ml (<5)
- Ac Anti-tirotropina: 1:6400 (<1:100)

¿ Cómo lo manejaría usted ?

- A. I/C con Psiquiatría
- B. I/C Endocrinología
- C. Repetir perfil tiroideo
- D. Ecosonograma tiroideo
- E. Cintilograma tiroideo
- F. Indica tratamiento con levotiroxina vo.

Nuevos paraclínicos:

- TSH: 0,09 µ UI/ml (0,3-0,4)
- Ac - Anti TPO : 90 UI/ml (<5)
- Anti-tiroides: 1: 6800 (<1:100)
- Ecosonograma tiroideo
 - aumento de diámetro longitudinal de ambos lóbulos, nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo de 6x5mm, bocio difuso ?
- I/C Endocrinología
 - bocio con hiperfunción subclínica
 - tiroiditis linfocitaria crónica.

¿Cuál tratamiento realizaría ?

- A. Esteroides tópicos y/o intralesionales + ICT
- B. DNCB 0,0001 / Difenciprona 2%
- C. Tretinoína gel 0,05% + esteroides gel
- D. Minoxidil 5% + tretinoína y/o esteroides
- E. Sildenafil loción capilar 1%
- F. Levotiroxina vo (según endocrinólogo)

Febrero 2007



Levotiroxina 25 µgr vo OD
Minoxidil loción 5% y tretinoína gel 0.05 %

- Asociación alopecia areata c/patología tiroidea: 28-47%
- Asociación c/otras enfermedades autoinmunes
 - Vitílico
 - S. poliendoocrinopatía autoinmunitaria familiar: hipoparatiroidismo
 - Diabetes mellitus tipo 1
- Múltiples tratamientos reportados
 - CC tópicos o intralesionales o sistémicos
 - ICT
 - Immunoterapia tópica: DNCB, Dibutil ester ácido escuárico, Difenciprona
 - Antralina / Tretinoína / Minoxidil al 5%
 - Sildenafil loción capilar
 - Ciclosporina A
 - Sulfasalacina
 - PUVA
 - Tacrolimus
 - Terapia biológica: Alefacept, Efalizumab
- Algunos pacientes se resuelven sin intervención
- Buscar y tratar (*siempre que sea posible*) la causa subyacente

Todo hombre debe conocer sus propias limitaciones ...

Dirty Harry. Magnum 44.
Clint Eastwood

Hidrosadenitis supurativa

Mildred Sánchez, Aura Valenzuela, William Ortiz, Javier Ortega, Ricardo Pérez Alfonzo.
Instituto Biomedicina

- Femenina, 18 años, natural Rio Chico y procede Guatire
- Inicia EA hace 4 años
- Abscesos múltiples en región inguinal derecha
- Posteriormente abscesos en ambas axilas
- Recibe tratamientos con múltiples antibióticos sin mejoría
- Anteced. personales: anemia microcítica hipocrómica
- Sin escolaridad actual
- Madre: muerta x aborto séptico. Hermanos: 7 (1 epilepsia)





- Hb: 5,6 g/dl; Hcto 18.5%; Leuc 9000 mm³ (68.9% segm, 19.0% linf) Plaq: 541.000xmm³
- Glic: 101mg/dL Creat: 0.8 mg/dL LDH: 276 UI/L
- TGO: 20 UI/L TGP: 10 UI/L BT: 0.34 mg/dl BD: 0.11 mg/dl;
- PT: 40.2/29 seg; PTT: 14.1/12.3 seg.
- VDRL: No reactivo HIV: Negativo.
- *Cultivo bacteriológico: Staphylococcus epidermidis*
- IDR: PPD 0, Candidina 32 mm, Esporotriquina 6 mm
- Rx de Tórax: normal
- tto. antibiót.: ciprofloxacina 500 mg
- Escasa mejoría



Junio 2007

¿Cómo la trataría usted ?

- A. Clindamicina 600 mg/d + rifampicina 600 mg/d
- B. Claritromicina 500 mg cada 12 h
- C. Cirugía resección amplia de trayectos fistulosos
- D. Isotretinoína 2mg/kg/d
- E. Acetato de ciproterona 100 mgr/d
- F. Dapsona 100 mg vo/d
- G. Infliximab: 3-5 mg /kg repetir en 2sem y c/6sem

Tratamiento de Hidrasadenitis supurativa:

- Evitar fricción: Ropa holgada y fresca, evitar obesidad
- Lociones antisépticas: Cloruro de aluminio
- Antibióticos tópicos: Clindamicina tópica al 1%
- Tetraciclina orales: Disminuye S.aureus.
- Clindamicina +Rifampicina : 300 mg BID c/u
- Esteroides: Triamcinolona Intralesional ,Prednisona.
- Isotretinoína: No superior a Abs. Sólo efectiva en HS leve.
- Acetato de ciproterona:100 mg/d
- Ciclosporina A, Metotrexato
- Dapsona :50 a 150 mg/d
- Finasteride:5mg/d
- Zinc:90 mg gluconato de zinc /dia .
- Cirugía.
- Infliximab, Etarnecept,Adalimumab

Pioderma gangrenoso

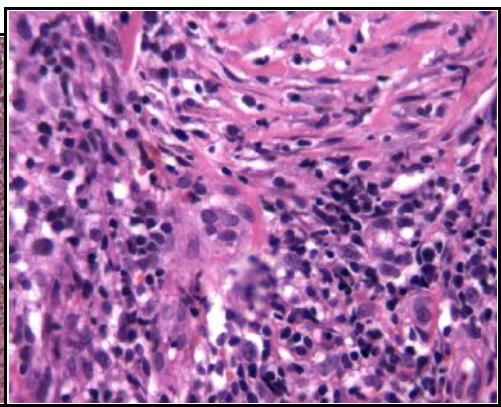
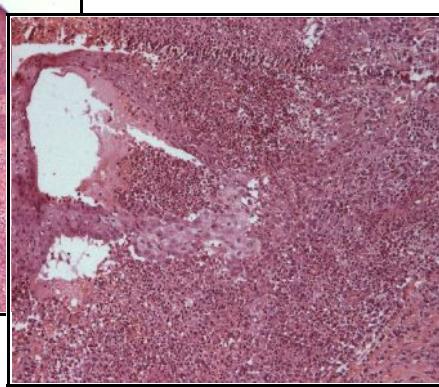
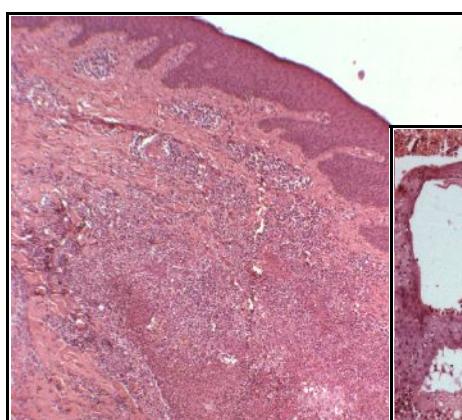
Angélica Ramírez, Mildred Sánchez, Allison Bell- Smith,
Margarita Oliver, Jaime Píquero-Martín, Ricardo Pérez Alfonzo
Instituto de Biomedicina

- Pac. femenino, 60 años

- natural y procedente: El Tigre (Anzoategui)
- lesión papulo-pústular eritematosa en pared abdominal (flanco derecho) dolorosa, c/ulceración y aumento de tamaño progresivo de 2 años de evolución
- ulceras en genitales de aproximadamente 4 años evolución
- desde hace 1 mes lesión ulcerada en brazo izquierdo posterior a trauma leve



- Hb: 10,2 gr/dl, Hcto: 32 %, GB: 10.200 xmm³ Plaquetas: normales
- Glicemia, urea y creatinina: normal
- HIV y VDRL: no reactivos
- TP y TPT: normales
- Examen de orina: normal
- ANA y ACA: negativos
- **Sangre oculta en heces: positivo**
- TSGO / TSGP: normales



¿ ... otros estudios complementarios... ?

- A. VSG
- B. Función y auto inmunidad tiroidea
- C. Perfil lipidico y ecosonograma abdominal
- D. PPD y/o otras intradermorreacciones
- E. Cultivos bacteriológicos, micológicos y micobacterias
- F. I/C Gastroenterología: rectosigmoidoscopia
 - Cultivo bacterias, micológico y micobacterias: neg
 - Serología para hongos
 - banda débil de Coccidioidis immitis
 - banda débil de Histoplasma capsulatum
 - IDR:
 - Leishmanina: 6 mm
 - Esporotriquina: 10 mm
 - Histoplasmina: 5 mm
 - PPD: 6 mm
 - Candidina: 8 mm
 - Coccidiодina: 9 mm

¿ Cómo lo trataría usted ?

- A. Esteroides tópicos
- B. Triacinalona IL
- C. Tacrolimus 0.1 % ungüento tópico
- D. Cs A tópica
- E. Cs A 3-5mg/kg/d vo
- F. Talidomida vo
- G. Infliximab ev 3 mg/Kg sem 2, sem 6 y luego c/8 sem



**Triamcinolona IL semanal sólo en lesión de abdomen derecho
Tacrolimus 0.1 % tópico bid en lesión abdomen y vulva**



13.03.20

- Enfermedad ulcerativa
- 4 variantes clínicas: ulcerativa, ampollar, pustulosa, granulomatosa superficial
- Ulcera c/bordes necróticos, base purulenta o vegetante
- Asociado a enf. intestinal, artritis, gammaglobulina monoclonal y otros trastornos hematológicos
- HP: reacción vascular neutrofílica, hasta necrosis
- Tto: cc, tacrolimus, CsA, clofazimina, terapia biológica (anti-TNF α), O2 hiperbárico, Ig EV, Mtx, colchicina, talidomida

Balanitis recidivante

Zulybeth Rodríguez, María Eugenia Bruni, Ricardo Pérez Alfonzo
Instituto de Biomedicina

- Pac. masculino de 33 años, casado (estable)
- Heterosexual, no promiscuo
- Balanitis a repetición
- 6 meses evolución
- Múltiples tratamientos: esteroides + antimicóticos, nistatina crema y vo, itraconazol, terbinafina, fluconazol
- Laboratorio reciente normal (incluye VDRL y HIV)



¿Como lo trataría ???

- A. Repito tto. c/ Nistatina crema + fluconazol 150 mgr semanal x 4 sem
- B. Dipropionato de betametasona + clortrimazol bid x 2 sem
- C. Insisto en lubricantes, no lavar mucho y observación

(que se quede tranquilo)

- D. Biopsia de glande
- E. Investigo Chlamydia
- F. Insisto en VIH / VDRL

- Repito tto. c/ nistatina crema + fluconazol 150 mg sem x 4 sem
- Insisto en lubricantes, no lavar mucho y observación (que se quede tranquilo)

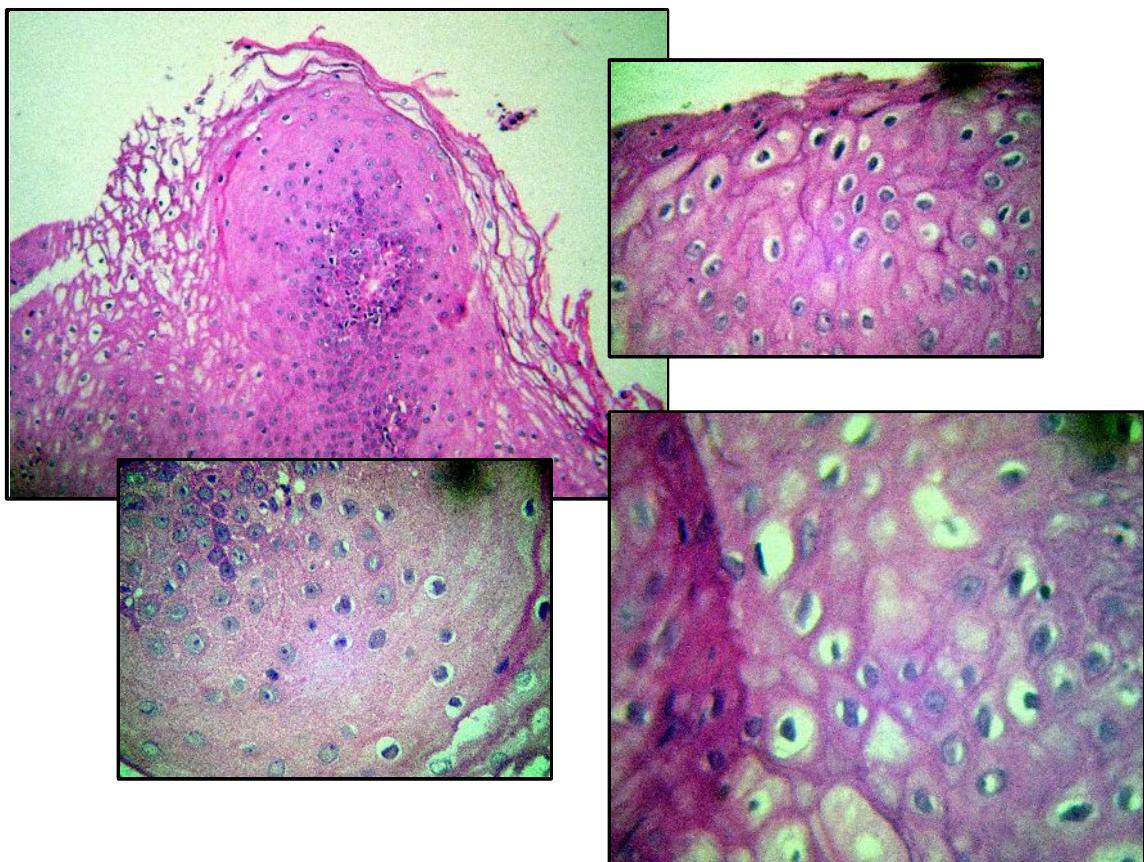
La soberbia , no sólo es el mayor pecado capital, sino la raíz misma del pecado
Fernando Savater



2 semanas después: **ESTOY IGUALITO**

¿Como lo trataría ???

- A. Dipropionato de betametasona + clortrimazol bid x 2 sem
- B. Aplico ácido acético 5% con fines diagnósticos
- C. Biopsia de glande
- D. Investigo Chlamydia
- E. Insisto en VIH
- F. Pruebas de parche para descartar dermatitis x contacto
- G. Valaciclovir 1 gr c/12 h x 1 semana vo



y ahora ... ¿cómo lo trato?

- A. Insisto en PCR (corroborar y subtipos VPH)
- B. Lo trato y no le doy importancia al PCR

Biología Molecular			
Descripción del Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PCR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) AMPLIFICACION ADN VIRAL GENOTIPO(S) IDENTIFICADO(S)	POSITIVA. VPH-33		LEG
ANALISIS ELECTROFORETICO			Línea 1: Control Negativo Línea 2: Control Positivo Línea 3: Paciente Línea 4: Marcador Molecular
GENOTIPIFICACION:			Alto Riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73. Bajo Riesgo: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 70. Riesgo Relativo-Alto: 26, 53, 66.

PCR VPH Amplificación ADN viral positiva

Genotipos Identificados VPH-33

Genotipificación: Alto riesgo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73

y ahora ... ¿cómo lo trato ?

Lo trato y le doy importancia al PCR !

- A. Criocirugía (N2 líquido)
- B. 5-fluoracilo crema 5 % bid por 2 sem o hasta inflamación
- C. Imiquimod 5 % crema tiw por 4-6 semanas
- D. DNBC sol. 2 % o diphenciprona o dibutilester ácido esquárico
- E. Podofilotoxina solución 0.5% semanal.

- Las balanitis son procesos inflamatorios que afectan a la mucosa del glande (balano: glande). Al coexistir o provocar muchas veces inflamación del prepucio (postium) suelen denominarse bajo el término más genérico de balanopostitis.
- Las balanitis infecciosas son las causas más frecuentes ,pero puede ser difícil precisar su diagnóstico.
- 30-35% Candida albicans.
- Bacterias: Chlamydias, espiroquetas,gardnerella vaginalis,estreptococos,gonococos.
- Protozoarios: Trichomonas, E hystolítica.
- Virus :Herpes simple.
- VPH: Es una forma rara de presentación con maculopápula eritematosa aterciopelada que puede llegar al edema prepucial con adenopatías.
- Las balanitis persistentes sin causa aclarada tienen indicación de biopsia para descartar procesos subyacentes, como por ejemplo la infección por VPH.
- Siempre que sea posible el diagnóstico etiológico, se instaurará un tratamiento específico. Independientemente de éste, casi siempre será posible un tratamiento complementario.

Pápula ulcerada antebrazo lactante mayor

Paula Soto, Angélica Ramírez, Yarima Durán, Mildred Sánchez, Zulybeth Rodríguez,
Daniel Sesto, Elsy Cavallera, Olga Zerpa.
Instituto de Biomedicina.

- Femenino: 20 meses
- Natural: Caracas. Procedente: Petaquire
- Abuela y tío con esporotricosis cutánea
- Contacto c/animales (perros y gatos) y plantas (fresas)
- 1 ½ mes evolución
- Pápula eritematosa en antebrazo derecho



Frotis x Escarificado	Neg
--------------------------	-----

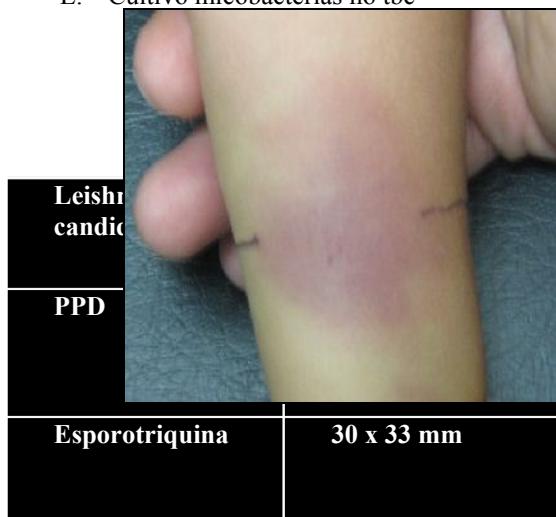
Febrero 2007

su diagnóstico clínico es ?:

- A. Aculeamiento escorpiónico
- B. Mordedura por *Loxosceles reclusa*
- C. Granuloma tricofítico de Majochi
- D. Esporotricosis cutánea
- E. Leishmaniasis cutánea
- F. Infección por micobacteria no tbc.

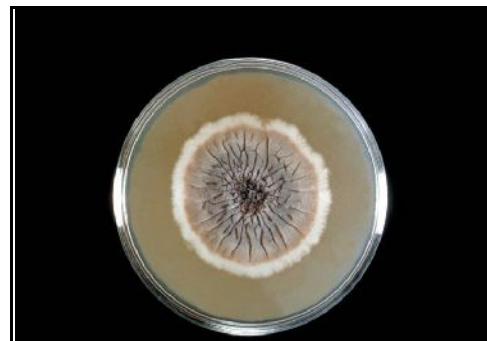
su conducta sería:

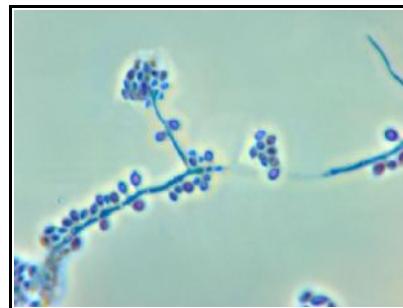
- A. biopsia de piel con coloraciones especiales
- B. Intradermoreacciones (PPD, leismanina, esporotriquina, candidina)
- C. Ex. directo microscópico con chlorazol E negro
- D. Cultivo micológico escamas / biopsia
- E. Cultivo micobacterias no tbc



Laboratorios:

Hematología y química sanguínea: dln
HIV negativo





Colonias de aspecto de levadura cremosa, blanquecina radiada, rugosa y plegada (beige, café o negra); parte central elevada (cúmulos filamentos).

¿ Cómo lo trataría usted ?

- A. Termoterapia > 35°C (1 hora)
- B. Crioterapia
- C. Yoduro de potasio: (20g/20cc). 3 gotas / d hasta 1 gr (20 gotas) x 3 mes
- D. Itraconazol 6 mg/kg/día 4-6 meses
- E. Fluconazol 1-2 mg/Kg/día.
- F. Observacion esperar involución espontánea
- G. Inmunoterapia vacuna de esporotriquina



Itraconazol: 6 mg/kg/d por mes.

- Micosis profunda, subaguda o crónica *Sporothrix schenckii*
- Micosis profunda más frecuente en niños
 - 20 % casos se presentan en < 10 años
 - Caso más temprano 6 meses (Perú).
- Tratamiento en lactantes
 - termoterapia en lesiones pequeñas
 - yoduro de potasio (20g/20cc) 3 gotas / d hasta un max de 1 gr (20 gotas) x 3 meses (tratamiento de elección) control tiroideo ?
 - itraconazol 6 mg/kg/día 4-6 meses
 - inmunoterapia SC c/ esporotriquina (resistentes al tratamiento)
 - crioterapia

Eccema palmo plantar asociado a Qt por Ca de mama

Elda Giansante, Carlos Sucre, José Antonio Estevez Katrina fernandez.
Clínica La Floresta.

- Pac. fem de 41 años, HTA, Ca mama ductal infiltrante 2002
- Mastectomía parcial T3 N1 M0 Stadio III A
- QT. Docetaxel IV (Taxotere ®), Capecitabina VO (Xeloda ®)
- Dexametasona
- Prótesis mamaria hace 7 años
- 2 semanas *rash* eritematoso predominio brazos y tronco; lesiones pápulo descamativas en palmas y plantas
- Tratamiento homeopático hace 4 sem. (no precisados)
- Laboratorio hace 2 meses normal: hematología, química, VDRL / HIV .



Su diagnóstico sería ... ?

- A. Erupción medicamentosa x capecitabina: *sindrome (mano-pié) eritrodisestesia palmo/plantar*
 - B. Psoriasis
 - C. Eccema de contacto alérgico
 - D. Arsenicismo
 - E. Acroqueratosis paraneoplásica de Bazec
 - F. Ninguna de las anteriores.

Su conducta es ... ?

- A. Suspender Qt o reducir dosis
 - B. Explicarle a pac. *sindrome de eritrodisestesia palmo/plantar o sindrome mano-pié* es esperable y un marcador de respuesta a la Qt.
 - C. Aumento dosis esteroidea y añado cc tópicos
 - D. Indico Vit E vo a altas dosis
 - E. Biopsio las lesiones palmares
 - F. Reevaluo laboratorio.
 - VDRL 16 dils
 - Fta abs positivo
 - Esposo poseen VDRL 16 dils tratado hace 2 meses (no referido en anteriores visitas)

Cómo lo trato ????

- A. PNL benzatínica 1.2 millones IM semanal por 3 semanas (3.6 mill Uds).
B. PNL benzatínica 2.4 millones IM una sola dosis
C. PNL benzatínica 2.4 millones IM semanal por 3 semanas (7.2 mill Uds)
D. PNL G EV 4.000.000 UI cada 4 horas por 10 días
E. Azitromicina 1 grs vo día por 6 días.

 - Sind. eritrodisestesia palmo/plantar (mano-pié) efecto 2rio frec
 - QT capecitabina (prodruga 5FU) y doxetacel (taxanes)
 - Capecitabina (Xeloda®) terapia vo adyuvante frecuente Ca mama
 - Sind mano-pié se inicia x disestesia p/p, ardor, resequedad, queratodermia p/p, ulceración, hiperpigmentación, edema limitación funcional
 - Frecuente causa de interrupción de la Qt.
 - Marcador de respuesta a la Qt ?
 - Manejo terapéutico: educación pac., cc, piridoxina, DMSO 99 %, Vit E
 - Roseola sifilítica y la sifilide pápuloescamosa caract sífilis reciente
 - La decisión de tto. PNL EV (prevención de neurosifilis) dependerá del grado de inmunosupresión (# neutrófilos y CD4) .

Fenómeno de Raynaud refractario a tratamiento farmacológico

Nayrin Súñico, Ana María González, Zulybeth Rodríguez, Nieves González,

Ricardo Pérez-Alfonzo, Tomás Alberti, Instituto de Biomedicina.

- Pac. femenina 27 años
 - Asma bronquial en infancia y ACO por 8 años
 - Enf del colágeno en estudio 2005 Reumatología de HUC
 - Fenómeno de Raynaud dedos manos 2 años evolución
 - Diciembre de 2005 necrosis distal de 2do y 3er dedo de mano derecha y 2do dedo de mano izquierda.



Diciembre 2005

- Hb:12,6 gr/dl Hcto:38,4% CB: 5600 x mm³ Seg 64% Linf
31% Mon 5%
- Plaquetas: 328.000 /mm³.
- TP, TPT: normal. Fibrinógeno: 411mg%
- Química sanguínea: normal
- VDRL: nr. HIV: neg
- **AAN: Positivos 4+ (patrón difuso)**
- Anti Scl70: 2 U/ml. (0-15 U/ml) VSG: 30mm/1h
- **CH50 total: 33,90 UCH/50ml 40-80 UCH/50ml**
- C3: 95 mg % 84-167mg%
- **C4: 5 mg%** 15-31mg%
- Crioglobulinas: < 0,5 mg/ml hasta 0,5mg/ml
- Anti DNA: neg
- ANCA P y C: neg
- **ACA IgG: 0,565** ≤ 0,3
- ACA IgM: 0,573 ≤ 0,7
- Anti Sm, Anti RNP: neg

Tratamiento

- Prednisona 25mg/d VO
- Nifedipina 30 mg OD VO
- Trental 400 mg OD VO
- ASA 100 mg/d VO
- Nifedipina en crema al 2%



09/01/06

9 de Enero 2006



Febrero 2006

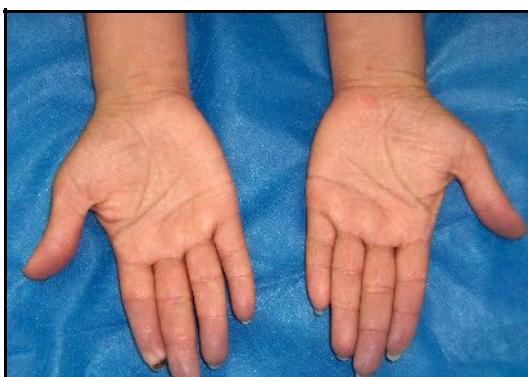
Hematología completa y VSG: normal
Funcionalismo renal: normal
VDRL: negativo
Inhibidor lúpico: negativo
ACA IgG e IgM: negativas
ANA: negativos
CH50 54,54 UCH50/ml (40-80)
Respuesta satisfactoria a tratamiento
Se disminuye prednisona 10 mg/d
Resto de tratamiento se mantiene



Raynaud en manos, con dolor intenso en 4to dedo derecho.



18/05/07



tratamiento

prednisona: 25mg/d, colchicina: 0,6mg/d nifedipina: 30mg/d, pentoxifilina: 400 mg bid, ASA: 100 mg/d, piracetam: 800mg/d, tramadol + paracetamol: 500mg/6h dolor

y ahora ... ¿ que hago ?

- A. Aumentaría dosis esteroidea / añado otro inmunosupresor
- B. Aumentaría dosis de pentoxifilina
- C. Nitroglicerina tópica
- D. Aumentaría dosis de nifedipina
- E. Antagonista receptores angiotensina II :losartan potásico
- F. Solicitaría Eco doppler vascular
- G. Referiría a otro dermatólogo “de confianza” !!!

25/05/07

Prednisona: 50 mg/d
Nitroglicerina parches/d x 8 h
Pentoxifilina: 400 vo tid
Nifedipina: 30 mg bid
Nifedipina crema 2%.
Clopidrogel: 75mg/d vo



Prednisona: 50mg OD VO.
Colchicina: 0,6mg VO OD
Nitroglicerina parches BID por 8h



Pentoxifilina: 400 VO TID.
Nifedipina: 30 mg TID
Nifedipina crema al 2%.
Sildenafil: 50mg VO OD.
ASA:100 mg VO OD.
Fluoxetina: 20 VO OD.
Clopidogrel: 75 mg VO OD.
Bloqueo simpático

Bloqueo del ganglio estelar abordaje cervical c/bupicaína y lidocaína + clonidina



Bloqueo del plexo braquial abordaje cervical y axilar, lidocaína + clonidina



- Maurice Raynaud (1862) describe por primera vez una isquemia digital transitoria al frío
- Fenómeno de Raynaud eventos episódicos de vasoconstricción de arterias digitales, arteriolas pre-capilares y shunts arteriovenosos
- resultando ulceración superficial, necrosis profunda c/gangrena y autoamputación
- Medidas generales: Evitar frío , guantes y ropa adecuada, no fumar, evitar agentes vasoconstrictores
- Tratamiento farmacológico:
 - bloqueadores de canales de Calcio (Nifedipina)
 - drogas simpaticolíticas (Prazosin)
 - antagonistas tipo 1 de receptores de angiotensina II (Losartan)
 - inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Fluoxetina)
 - vasodilatadores (nitroglicerina)
 - drogas vasoactivas (pentoxifilina)
 - prostanglandinas ev (iloprost)
 - sustratos de óxido nítrico(L arginina)
 - inhibidores de fosfodiesterasa (sildenafil)

- inhibidor de receptores de endotelina (bosentan)
- Tto quirúrgico: Simpatectomía cervical y lumbar, simpatectomía digital y disección de adventicia de arterias periféricas
- Otros tratamientos: Toxina botulínica, TEN, terapia LASER

"La Fé es el pájaro que canta cuando el amanecer todavía está oscuro."

Rabindranath Tagore
Poeta, pintor, humanista y filósofo hindú