

ACNÉ

205 EFICACIA Y TOLERANCIA DE UN COMPLEJO DE ZINC, VITAMINA A Y NICOTINAMIDA EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ INFLAMATORIO Y NECRÓTICO

M. Pérez, J. Borrás*

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
*Laboratorios Thea. Barcelona.

Introducción: Se evalúa la eficacia de un complejo por vía oral de gluconato de zinc, vitamina A y nicotinamida en el tratamiento de tres casos de acné inflamatorio y necrótico. El zinc influye sobre el sistema inmune, inhibiendo la quimiotaxis de los neutrófilos y reduciendo el estado de activación de los queratocitos, células que se encuentran activadas en la mayoría de los procesos inflamatorios, lo que se traduce en la modulación del sistema inmune a nivel de la producción de citocinas. Por otra parte se sabe que la DHT es la responsable de la estimulación de la glándula sebácea, habiéndose encontrado niveles locales elevados de DHT en pacientes con acné. Se ha demostrado que el zinc inhibe la actividad de la enzima 5- α -reductasa en piel humana y que el tratamiento con zinc disminuye la tasa de secreción de sebo en la misma. Finalmente inhibe la acción lipolítica de la lipasa de las tres especies de *Propionibacterium* del folículo pilosebáceo. Es bien conocida la importancia de la vitamina A para el óptimo funcionamiento de la piel y las membranas mucosas, así como sus propiedades inmunomoduladoras.

Descripción de los casos: Se describen tres casos clínicos de acné necrótico e inflamatorio localizados en zona glútea y parte superior de las piernas, hemicuello derecho y cuero cabelludo, respectivamente. Han sido tratados con gluconato de zinc obteniéndose resultados muy favorables que han controlado las recidivas que en dos de los casos se habían producido tras el abandono del tratamiento antibiótico.

Comentario: En el tratamiento por vía oral de tres casos de acné inflamatorio y necrótico se ha mostrado eficaz y bien tolerado el complejo de zinc, vitamina A y nicotinamida. Se hace referencia también a un estudio observacional realizado por la misma autora (n = 40) en el acné leve y moderado en el que se obtuvieron resultados estadísticamente significativos utilizando este mismo complejo.

206 SÍNDROME SAPHO. A PROPÓSITO DE DOS OBSERVACIONES

I. García-Morales, J. L. Fernández Crehuet,
M.^a L. Martínez-Barranca, F. J. Martín,
J. Mazuecos, F. Camacho

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El acrónimo Sapho fue introducido en 1986 por Chamot y cols. (1) para definir un síndrome compuesto por sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. Dos años después, Benhamou y cols. (2) establecieron cuatro criterios diagnósticos fundamentales para este síndrome, uno de ellos es la presencia de manifestaciones osteoarticulares en pacientes con pustulosis palmoplantar.

Casos clínicos:

Primer caso: Varón de 28 años con acné polimorfo y elementos pustulosis en palmas y plantas que presentó dolor torácico atípico, sin relación con esfuerzos físicos ni traumas previos, que no se acompañaba de fiebre. El dolor punzante preesternal aumentaba a la palpación de la zona.

El cultivo microbiológico de las pústulas fue negativo. En la gammagrafía ósea con ^{99m}Tc se evidenció hipercaptación ósea a nivel esternocostoclavicular.

Segundo caso: Mujer de 34 años con antecedentes personales de dermatitis atópica tardía y pustulosis palmoplantar, afebril, que refería intenso dolor preesternal y acromioclavicular derecho, que no cedía con analgésicos habituales.

En la gammagrafía ósea con ^{99m}Tc se objetivó la hipercaptación del contraste en diversas articulaciones, especialmente a nivel esternocostal y acromioclavicular derechas.

Comentarios: Casos típicos de síndrome Sapho en adultos con pustulosis palmoplantar con posterior afectación osteoarticular muy dolorosa.

Bibliografía

1. Chamot AM, Vion B, Gerster JC. Acute pseudoseptic arthritis and palmoplantar psoriasis. Clin Rheumatol 1986;5:118-23.
2. Behamou C, Chamot A, Kahn M. Synovitis-acne-pustulosis hyperosteoarthritis syndrome (Sapho). A new syndrome among the spondyloarthropathies? Clin Exper Rheumatol 1988;6:109-12.