

Bibliografía

- Christophers E. Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:314–20.
 - Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:277–86.
 - Gottlieb AB, Chaudhari U, Baker DG, Perate M, Dooley LT. The National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) System versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison. *J Drugs Dermatol.* 2003;2:260–6.
 - Porto Ferreira C, Martins CJ, Issa PR, de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira R, Da-Cruz AM. Psoriasis affects individuals of African descent and white Brazilians similarly. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:230–4.
 - Bogh LD, Duling TA. Flow cytometry instrumentation in research and clinical laboratories. *Clin Lab Sci.* 1993;6:167–73.
 - Koreck A, Surányi A, Szöny BJ, Farkas Á, Bata-Csörgö Z, Kemény L, et al. CD3+CD56+NK T cells are significantly decreased in the peripheral blood of patients with psoriasis. *Clin Exp Immunol.* 2002;127:176–82.
 - Sigmundsdottir H, Gudjonsson JE, Jonsdottir I, Ludviksson BR, Valdimarsson H. The frequency of CLA+ CD8+ T cells in the blood of psoriasis patients correlates closely with the severity of their disease. *Clin Exp Immunol.* 2001;126:365–9.
 - Santamaría-Babi LF. CLA+ T cells in cutaneous disease. *Eur J Dermatol.* 2004;15:13–8.
 - Teraki Y, Miyake A, Takebayashi R, Shiohara T. Homing receptor and chemokine receptor on intraepidermal T cells in psoriasis vulgaris. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:658–63.
- C. Porto Ferreira^{a,b,*}, A. Gomes da Silva^a, C.J. Martins^c, A.M. Da-Cruz^{a,d}
- ^a *Laboratório de Interdisciplinar de Pesquisas Médicas, Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Brazil*
^b *Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ, Brazil*
^c *Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Gaffrê e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Brazil*
^d *Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brazil*
- * Autor para correspondencia.
 E-mail address: drcassioferreira@yahoo.com.br (C. Porto Ferreira).
- doi:10.1016/j.ad.2010.11.008

Rabdomiólisis durante el tratamiento con isotretinoína

Rhabdomyolysis During Isotretinoin Therapy

Sr. Director:

La isotretinoína es un tratamiento utilizado en el acné nódulo-quístico y en el acné vulgar que no responde a otros tratamientos. La toxicidad muscular es una complicación poco conocida, y su incidencia real y manejo están por determinar.

Un varón de 16 años inició tratamiento con 30 mg/ 24 h de isotretinoína (0,4 mg/ kg/ 24 h) para un acné pápulo-pustuloso resistente a otros tratamientos. En la analítica rutinaria previa al inicio de la terapia con retinoides todos los parámetros fueron normales. En la revisión a los dos meses presentaba una queilitis severa, por lo que se redujo la dosis a 20 mg/ 24 h (0,3 mg/ kg/ 24 h). El seguimiento posterior, con exploración física y analíticas bimensuales (hemograma, bioquímica básica y perfil lipídico), cursó sin incidencias y el acné mejoró notablemente. Debido a la reducción de dosis el tratamiento se prolongó más de lo habitual. En una revisión ordinaria, realizada a los 11 meses y próxima a la finalización del tratamiento, el paciente refirió astenia moderada. Por ello se solicitó una nueva analítica con enzimas musculares que demostró una elevación de la creatinfosfoquinasa (CPK) y de la mioglobina plasmática con valores de 801 UI/l (normal: 5-110) y de 504 ng/ ml (normal: 0-75), respectivamente. Días antes de la recogida de la muestra el paciente había realizado ejercicios de levanta-

miento de pesas, que no hacía habitualmente. Suspendimos la isotretinoína y recomendamos hidratación abundante y evitar ejercicio físico intenso. En la analítica de control a las tres semanas todos los parámetros se habían normalizado.

La rabdomiólisis es un síndrome producido por la necrosis de las células musculares estriadas y la consiguiente liberación de material intracelular tóxico a la circulación¹. Se ha definido como una elevación de la CPK mayor de 5 veces el límite superior del rango de normalidad². Puede estar provocada por tóxicos (drogas, alcohol y medicamentos), traumatismos, sobreesfuerzo y enfermedades del metabolismo muscular². Los fármacos son una de las causas más frecuentes de rabdomiólisis, aunque en la mayoría de los pacientes se encuentran varios factores etiológicos simultáneamente. Los medicamentos habitualmente implicados son los antipsicóticos y las estatinas². El cuadro clínico clásico de debilidad y dolor muscular y orina rojiza ocurre en menos de la mitad de los pacientes¹, pudiendo encontrarse cifras elevadas de CPK en ausencia de síntomas³.

La isotretinoína es un derivado de la vitamina A ampliamente utilizado en dermatología y, en general, bien tolerado. Poco después de su introducción se publicaron varios casos de elevación de la CPK en pacientes que recibían este tratamiento. En los últimos años casi no ha habido publicaciones al respecto, probablemente debido a la tendencia a disminuir la frecuencia y exhaustividad de los controles⁴. En algunos de los casos descritos los pacientes presentaron dolor muscular intenso y debilidad de inicio agudo⁵⁻⁷. En otros la rabdomiólisis fue detectada en pacientes asintomáticos en los que se objetivó la elevación de la CPK en los controles analíticos rutinarios⁸. La elevación de la CPK en pacientes que realizan tratamiento con isotretinoína suele

ser leve y asintomática³ y su incidencia es variable (5,5-37,3%)^{3,4}. Además, algunos pacientes con sintomatología de dolor y debilidad muscular tienen la CPK dentro del rango de normalidad^{3,7}.

Los niveles de CPK están influenciados por el grado de actividad física. Son mayores en atletas que en individuos físicamente activos no atletas, y en estos están más elevados que en población sedentaria⁹. Algunos autores han propuesto rangos de normalidad que tengan en cuenta el grado de actividad física del individuo. Así, el límite superior de normalidad puede llegar hasta 350-532 UI/l en varones físicamente activos no atletas⁹.

Se cree que la isotretinoína y el ejercicio físico pueden tener un efecto sinérgico en la producción del daño muscular³. Esto podría explicar las diferencias en los niveles de CPK hallados en distintos estudios. Landau et al encontraron cifras elevadas de CPK en un 37,3% de los pacientes en un estudio hecho en soldados⁴, cuya actividad física es mayor que en la población general. Kaymac encuentra un 5,5% en pacientes ordinarios tratados con isotretinoína³.

Hay discrepancias con respecto al manejo de la elevación aislada de la CPK. Aunque algunos autores recomiendan no iniciar tratamiento con isotretinoína si la CPK basal está elevada y retirarlo si se eleva durante el mismo¹⁰, la mayoría prefieren disminuir la dosis o interrumpir temporalmente el tratamiento hasta la normalización de los niveles de la enzima^{3,4}. En pacientes que realicen ejercicio físico intenso la evitación del mismo puede ser suficiente^{3,4}.

En conclusión, presentamos un caso de rhabdomiólisis en un paciente tratado con isotretinoína. Creemos que el dermatólogo debe estar familiarizado y conocer el manejo de este efecto adverso. Se recomienda evitar el ejercicio físico intenso durante el tratamiento con isotretinoína y en pacientes deportistas se debería determinar rutinariamente la CPK en las analíticas de seguimiento para detectar casos asintomáticos. Aunque nosotros retiramos la isotretinoína, puede ser suficiente con evitar el ejercicio, disminuir la dosis del retinoide o interrumpirlo hasta la normalización de la CPK.

Bibliografía

1. Chatzizisis YS, Misirli G, Hatzitolios AI, Giannoglou GD. The syndrome of rhabdomyolysis: complications and treatment. *Eur J Intern Med.* 2008;19:568–74.
2. Melli G, Chaudhry V, Cornblath DR. Rhabdomyolysis: an evaluation of 475 hospitalized patients. *Medicine (Baltimore).* 2005;84:377–85.
3. Kaymac Y. Creatine phosphokinase values during isotretinoin treatment for acne. *Int J Dermatol.* 2008;47:398–401.
4. Landau M, Mesterman R, Ophir J, Mevorah B, Alcalay J, Harel A, et al. Clinical significance of markedly elevated serum creatine kinase levels in patients with acne on isotretinoin. *Acta Derm Venereol.* 2001;81:350–2.
5. Guttman-Yassky E, Hayek T, Muchnik L, Bergman R. Acute rhabdomyolysis and myoglobinuria associated with isotretinoin treatment. *Int J Dermatol.* 2003;42:499–500.
6. McBurney EI, Rosen DA. Elevated creatine phosphokinase with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10:528–9.
7. Hodak E, Gadoth N, David M, Sandbank M. Muscle damage induced by isotretinoin. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986;293:425–6.
8. Trauner MA, Ruben BS. Isotretinoin induced rhabdomyolysis? A case report. *Dermatol Online J.* 1999;5:2.
9. Mougios V. Reference intervals for serum creatine kinase in athletes. *Br J Sports Med.* 2007;41:674–8.
10. Chroni E, Monastirli A, Tsambaos. Neuromuscular adverse effects associated with systemic retinoid dermatotherapy: monitoring and treatment algorithm for clinicians. *Drug Saf.* 2010;33:25–34.

S. Gómez-Bernal*, L. Rodríguez-Pazos,
M.T. Rodríguez-Granados y J. Toribio

Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sil.gomez@gmail.com
(S. Gómez-Bernal).

doi:10.1016/j.ad.2010.07.010

Descamación fisiológica en el recién nacido: epidemiología y factores predisponentes

Physiological Desquamation of the Newborn: Epidemiology and Predisposing Factors

Sr. Director:

Se denomina descamación fisiológica (DF) a la descamación superficial que se presenta en la mayoría de recién nacidos (RN) durante los primeros días de vida. Comienza en los tobillos en las primeras 24-48 horas de vida. Puede permanecer localizada, con frecuencia limitada a las manos y los pies, o extenderse de forma gradual. Normalmente alcanza su máxima intensidad y extensión entre el sexto y el décimo día^{1,2}.

Cuando la afectación es generalizada o más intensa debe distinguirse de algunas formas de ictiosis o de la displasia ectodérmica hipohidrótica, entidades más raras con una historia natural y un manejo muy diferentes. El RN con DF no presenta, por otro lado, hallazgos propios de las ictiosis: afectación del estado general, ectropión, historia familiar, distribución característica, descamación continua o eritema en la piel subyacente. Es importante reconocer esta lesión cutánea benigna transitoria para evitar pruebas y tratamientos innecesarios y ansiedad en los padres³.

Aunque la DF es un proceso común, hay pocos estudios que analicen su frecuencia y factores predisponentes. Nuestro objetivo es conocer su prevalencia y localización en 1.000 RN de nuestra Área Sanitaria y ver cómo influyen en su aparición los parámetros neonatales y maternos, el momento de exploración y la modalidad de parto.

Realizamos un estudio descriptivo de 1.000 RN vivos vistos en una consulta de Perinatología del Servicio de Pediatría