

# Tratamientos anecdoticos en dermatología.

Amalia Panzarelli

Editora. editor.revista@gmail.com

Probablemente no existe otra especialidad médica tan cercana a las experiencias terapéuticas anecdoticas como la dermatología. ¿Porqué esta aseveración?. Definitivamente ésta es una rama especial de la medicina; sus afecciones están a la vista del explorador sin necesidad de usar casi ningún instrumento particular más que su capacidad de observación y de interpretación, sumándose una característica distintiva de la farmacología dermatológica como lo es el acceso directo a la piel como órgano de destino, en el que se concentran el diagnóstico y el tratamiento.

Muchas de nuestras decisiones se basan en la integración subconsciente de una serie de claves que solamente son reproducibles entre dermatólogos <sup>(1)</sup>. Esas decisiones en el ámbito terapéutico resultan de la convergencia de diferentes variables entre ellas el método diagnóstico, un tanto subjetivo y que se va sedimentando principalmente por la experiencia, el estudio, entrenamientos después del postgrado, asistencia a congresos, cursos, etc., lo que dota al dermatólogo de cierto grado de autoconfianza que traslada al campo de la terapéutica y lo predispone a la aplicación de tratamientos "poco convencionales" o basados en la anécdota, incorporándolos en grado variable a su práctica médica habitual.

Otro motivo que propicia la práctica de tratamientos anecdoticos es sin duda el gran número de enfermedades cutáneas de causa desconocida ó poco conocidas, muchas de ellas calificadas como "raras" o poco frecuentes, lo que fomenta la improvisación de tratamientos en su mayoría anecdoticos. <sup>(1)</sup>

La evidencia anecdotica también está afectada por el efecto placebo. Es bien reconocido que las expectativas y actitudes de un paciente e incluso del médico pueden alterar el resultado de un tratamiento, lo que puede ser determinante en muchos casos. Bajo estas circunstancias es posible terminar "cayendo" en terapéuticas no convencionales, olvidando que muchas enfermedades que conocemos y tratamos son autolimitadas, lo cual es válido

incluso para patologías que en un momento dado pueden ser severas o comprometer la vida y otras que pueden tener una remisión "temporal" variable en el tiempo.

Los ejemplos de improvisaciones terapéuticas basadas en anécdotas son múltiples. El más citado en diferentes fuentes consultadas está relacionado con el uso de griseofulvina para el tratamiento del liquen plano, popularizado en la década de los 70. No se produjeron estudios serios posteriores que permitieran llegar a conclusiones definitivas sobre su eficacia, sin embargo, sigue figurando en los textos clásicos de la especialidad como una opción terapéutica, sin duda sobrevaluada. <sup>(1)(2)</sup>

Aunque por lo general, el uso anecdotico de medicamentos es tentador, especialmente cuando el fármaco tiene pocos efectos secundarios, también se emplean moléculas que pueden tener efectos colaterales serios e interacciones medicamentosas a tener en cuenta. Un ejemplo claro de ello es la dapsona. Las indicaciones aprobadas para ésta sulfona no pasan de tres patologías: dermatitis herpetiforme, dermatitis ampollar por IgA y Lepra <sup>(3)</sup> , sin embargo se utiliza en múltiples enfermedades con efectividad discutible.

La dapsona es metabolizada por la isoenzima CYP3A4 y uno de sus metabolitos, la hidroxilamina, es un poderoso oxidante responsable de efectos adversos como: metahemoglobinemia, hemólisis y agranulocitosis <sup>(3)(4)</sup> . La agranulocitosis producida por dapsona es diez veces mayor que la causada por cloranfenicol, fármaco que por éste motivo es utilizado con mucho respeto en medicina<sup>(1)</sup>. Bajo esta premisa, el uso de dapsona en múltiples enfermedades, muchas de ellas comunes, debe ser anecdotica.

Otros medicamentos que han persistido en el arsenal terapéutico dermatológico de manera casi legendaria y con indicaciones anecdoticas son: pentoxifilina, preparados con zinc, imidazólicos para usos fuera del área micológica, lisina y melatonina<sup>(5)</sup> ; los dos últimos poco utilizados en nuestro medio.

Los nuevos medicamentos tampoco han escapado de lo anecdótico; los más trajinados sin lugar a dudas son los inhibidores de la calcineurina: tacrolimus y pimecrolimus. Diferentes agencias reguladoras sobre el uso de medicamentos los han aprobado para dermatitis atópica, sorprende sin embargo, la supuesta eficacia tópica de estas moléculas en numerosas enfermedades a veces tan dispares como: liquen escleroatrófico de la vulva<sup>(6)</sup>, dermatitis erosiva de cuero cabelludo<sup>(7)</sup>, enfermedad de Hailey-Hailey<sup>(8)</sup>, vitílico<sup>(7)</sup>, psoriasis<sup>(7)(9)</sup>, alopecia areata<sup>(9)</sup>, pioderma gangrenoso<sup>(9)</sup>, úlceras en las piernas en artritis reumatoide<sup>(9)</sup>, rosácea<sup>(9)</sup>, eczema en manos<sup>(7)</sup>, liquen plano<sup>(7)(9)</sup>, penfigoide ampollar<sup>(10)</sup>, lupus eritematoso discoideo<sup>(9)</sup>, balanitis plasmocelular de Zoon<sup>(11)</sup>, entre otras. Sin desmerecer las bondades de éstas moléculas, las cuales surgieron a finales de los 90 como un nuevo modelo de acción antiinflamatoria por aplicación tópica; todo hace suponer que hay una gran carga anecdótica e improvisación en muchos de esos reportes, ya que generalmente son comunicaciones de casos aislados ó estudios abiertos de pequeñas series generalmente sin casos control.

Autores como el Dr. Millikan<sup>(5)</sup> se han mostrado permisivos al uso de terapias anecdóticas sustentado en que algunos de esos reportes conllevan posteriormente a la realización de investigaciones con resultados variables; también se pregunta si la serendipia y el anecdotal, ¿serán sinónimos?

Otros en cambio, como el Dr. Ferrandiz,<sup>(1)</sup> sostienen que debemos huir de los tratamientos anecdóticos para no caer en el curanderismo; idea sustentada en que basta repasar secciones de revistas destinadas a este tipo de tratamientos: "perlas terapéuticas" ó "the cutting edge"; y ver unos años después cuantos tratamientos de los allí propuestos han sido sometidos a estudios posteriores que pudieran aportar evidencia de su eficacia. En consecuencia, sería necesario que toda "perla terapéutica" publicada en revistas biomédicas ó expuestas en congresos, sea evaluada a través de ensayos clínicos aleatorios y con grupo control, convirtiendo así la perla en el primer paso de una investigación. Desgraciadamente y por diferentes motivos, ésto no es una práctica habitual.

Con el auge de la medicina basada en la evidencia (MBE) se abre un nuevo paradigma en la forma de hacer medicina; ya no basta la experiencia para tomar decisiones clínicas acertadas sino que se necesita la evidencia; definida como la investigación clínica relevante, la que puede derivar de las ciencias básicas pero fundamentalmente de la investigación clínica, ya sea en el estudio del rendimiento de algún método diagnóstico, la precisión de marcadores pronósticos o la eficacia y seguridad de tratamientos o medidas de prevención<sup>(12)</sup>.

El concepto fundamental tras la MBE es la integración de la experiencia clínica y la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones no solo clínicas sino terapéuticas. Actuar siguiendo este paradigma es la única vía conocida actualmente para evitar inundar nuestra práctica médica de tratamientos anecdóticos y acercarnos a la verdad en beneficio de los pacientes. *"El hombre logra ver a Dios detrás de cada puerta que la ciencia logra abrir".* Albert Einstein (1879-1955)

### Referencias Bibliográficas

1. Ferrandiz Forester C. Sobre las "perlas terapéuticas". Piel 2004;19(5):233-5.
2. Daoud MS,Pittelkow MR. Lichen planus. In:Freedberg IM,Eisen AZ,Wolff K,et al. Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine.Fifth Edition. Volume I. Editorial McGraw Hill, New York 1999:561-76.
3. Fox LP,Merk HF,Bickers D. Farmacología dermatológica. En:Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica .McGraw Hill, España 2007:1679-1706.
4. Panzarelli A. Interacciones medicamentosas en Dermatología.Mecanismos y relevancia clínica. Derm Venez 2006;44(3):5-15.
5. Millikan LE. Anecdotal therapies. Adv Exp Med Biol 1999;455:407-11.
6. Böhm M, Frielin U, Luger TA et al. Successful treatment of anogenital lichen sclerosus with topical tacrolimus. Arch Dermatol 2004;140(9):1169.
7. Luger T, Paul C. Potential indications of topical calcineurin inhibitors. Dermatology 2007;215 Suppl 1:45-54.
8. Rabeni EJ,Cunningham NM. Efective treatment of Hailey-Hailey disease with topical tacrolimus.J Am Acad Dermatol 2004;51:475.
9. Ruzikat T, Assmann T, Lebwol M. Potential future dermatological indications for tacrolimus ointment. Eur J Dermatol 2003;13(4):331-42.
10. Chuch AA. The application of topical tacrolimus in vesicular pemphigoid.Br J Dermatol 2004;150(3):1622-3.
11. Bardazzi F, Antonucci A, Savoia F,et al. Two cases of Zoon's balanitis treated with pimecrolimus 1% cream. Int J Dermatol 2008;47(2):198-201.
12. Manríquez Moreno JJ,Silva Valenzuela S. Dermatología basada en la evidencia:¿un enfoque posible?. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34(5):197-207.

Visite: [www.svcd.org.ve](http://www.svcd.org.ve)

donde encontrará el contenido de **Dermatología Venezolana**  
y muchos temas de interés sobre la Dermatología