

12. Pisauri AM, Arias M, Abeldaño A. Factores pronósticos en micosis fungoide. *Dermatol Argent*. 2015;16-30.
13. Lehman JS, Cook Norris RH, Weed BR, Weenig R, et al. Folliculotropic mycosis fungoides: single-center study and systematic review. *Arch Dermatol*. 2010;146:607-613.
14. Cerroni L. Pilotropic mycosis fungoides: A clinicopathologic variant of mycosis fungoides yet to be completely understood. *Arch Dermatol*. 2010;146:662-664.
15. van Santen S, van Doorn R, Neelis KJ, Daniëls L, et al. Recommendations for treatment in folliculotropic mycosis fungoides: report of the Dutch Cutaneous Lymphoma Group. *Br J Dermatol*. 2017;177:223-228.
16. Hodak E, Amitay Laish I, Atzmony L, Prag Naveh H, et al. New insights into folliculotropic mycosis fungoides (FMF): a single-center experience. *J Am Acad Dermatol*. 2016;347-355.
17. van Santen S, Roach REJ, van Doorn R, Horvát B, et al. Clinical staging and prognostic factors in Folliculotropic mycosis fungoides. *JAMA Dermatol*. 2016;152:992-1000.
18. Charli Joseph Y, Kashani Sabet M, Mc Calmont TH, Kornak J, et al. Association of a proposed new staging system for folliculotropic mycosis fungoides with prognostic variables in a US cohort. *JAMA Dermatol*. 2021;157:157-165.
19. Hodak E, Amitay Laish I. Mycosis fungoides: a great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37:255-267.
20. Mantaka P, Helsing P, Gjersvik P, Bassarova A, et al. Clinical and histopathological features of folliculotropic mycosis fungoides: anorwegian patient series. *Acta Derm Venereol*. 2013;93:325-329.
21. Flaig M, Cerroni L, Schuhmann K, Bertsch H, et al. Follicular mycosis fungoides. A histopathologic analysis of nine cases. *J Cutan Pathol*. 2001;28:525-530.
22. Diamandidou E, Colome Grimmer M, Fayad L, Duvic M, et al. Transformation of mycosis fungoides/Sezary syndrome: clinical characteristics and prognosis. *Blood*. 1998;92:1150-1159.
23. Arulogun SO, Prince HM, Ng J, Lade S, et al. Long-term outcomes of patients with advanced-stage cutaneous T-cell lymphoma and large cell transformation. *Blood*. 2008;112:3082-3087.

PERLAS

Federico Pastore

Médico Dermatólogo y Legista.

Médico de Planta de Dermatología, Hospital Dr. Enrique Tornú.

Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



EFICACIA DE DIFERENTES CONCENTRACIONES DE LIDOCAÍNA ASOCIADAS A UN VASOCONSTRUCTOR EN LA ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACIÓN

La lidocaína es el anestésico local más utilizado en los procedimientos dermatológicos. Su asociación con vasoconstrictores como la adrenalina permite reducir el sangrado, prolongar el efecto anestésico y retrasar la absorción sistémica.

La infiltración cutánea de estas soluciones se asocia a ciertas molestias, por lo que es importante reducir al mínimo el dolor durante el procedimiento.

Se inyectaron las siguientes soluciones por vía intradérmica en el antebrazo: 0,1 mL de una solución de lidocaína al 0,5%, 1% o 2% con y sin adrenalina (1:200.000), y cloruro de sodio como control. Se lo correlacionó con la sensación de dolor y la duración de la anestesia en procedimientos dermatológicos.

Hubo un ligero aumento del dolor en los voluntarios que recibieron adrenalina, así como en los que

recibieron concentraciones más altas de lidocaína (2% contra 1% o 0,5%).

El análisis mostró que, entre los 0 y los 30 minutos, no hubo diferencia en el perfil anestésico (dolor) entre la lidocaína al 2% y al 0,5%. La anestesia duró más tiempo cuando se utilizó adrenalina.

La lidocaína, en concentraciones de 0,5% o 1%, es menos dolorosa sin que se reduzca el efecto anestésico durante los primeros 30 minutos.

Kitahara LBW, Silva VP, Peres G, Miot HA, et al. Efficacy of different concentrations of lidocaine and association of vasoconstrictor in local infiltration anesthesia in adults. *An Bras Dermatol*. 2021;96:623-625.

ACITRETINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA REACCIÓN MANO-PIE ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA MULTIQUINASA

Los inhibidores de la multiquinasa (MKI) se utilizan en el tratamiento de diferentes cánceres como los de colon, riñón y tiroides.

La reacción mano-pie es un efecto tóxico hiperqueratósico y doloroso, con similitudes histopatológicas con la psoriasis, que se presenta hasta en el 70% de los pacientes que reciben estos fármacos. Los asociados con mayor frecuencia son regorafenib, sorafenib, sunitinib y cabozantinib.

Este efecto adverso suele ser refractario a las terapias convencionales (queratolíticas y corticosteroides tópicos de alta potencia), lo que en ocasiones conduce a la reducción de la dosis o la suspensión del tratamiento.

Se utilizó la acitretina en dosis de 10 a 25 mg/día en pacientes que presentaban una reacción mano-pie refractaria a las terapias convencionales.

La mayoría de los pacientes tuvieron una reducción en la intensidad del efecto adverso, lo que permitió continuar el tratamiento con MKI.

Said JT, Singer S, Lannattone L, Sauder M, et al. Outcomes of acitretin treatment for refractory multikinase inhibitor-induced hand-foot skin reaction. *JAMA Dermatol*. 2022;158:824-826.