

ECCEMAS

17 ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR ANILLO DE MADERA DE COCOBOLO

O. Lasa, B. M. Hausen*, M. Garmendia, J. A. Ratón, A. Sánchez, J. L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.
*Dermatology Center. Buxtehude. Germany.

Introducción: La mayoría de eczemas alérgicos de contacto (EAC) por maderas se presentan como dermatosis profesionales por exposición en el ambiente laboral; sin embargo, de forma excepcional, se pueden observar casos de EAC no ocupacionales tras la manipulación de objetos de madera acabada. Las maderas llamadas «exóticas», procedentes de países tropicales, son las que más frecuentemente producen EAC. En la actualidad, el EAC por cocobolo es muy poco frecuente debido a la escasa utilización de esta madera.

Caso clínico: Mujer de 32 años con rinoconjuntivitis alérgica como antecedente personal que realizó un viaje a Nicaragua donde adquirió un anillo de madera autóctona (posteriormente identificada como cocobolo). A las dos semanas presentó una erupción eritematovesiculosa, muy pruriginosa, en la zona de contacto con el anillo. Acudió a nuestra consulta poco tiempo después donde se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar GEIDC y alérgenos de maderas tropicales, incluyendo los específicos del cocobolo. Los resultados fueron positivos para obtusaquinona 0,1 y 1% vas. y para R-4-metoxidalbergiona 1% vas., que son los alérgenos propios de esta madera, confirmando por tanto el diagnóstico de EAC por anillo de madera de cocobolo.

Discusión: Cocobolo es el nombre común de *Dalbergia retusa*, un árbol nativo de América Central. Debido a su consistencia y alta resistencia a la humedad fue muy utilizada a principios del siglo pasado en la fabricación de instrumentos musicales; actualmente sólo se utiliza para la confección de pequeños objetos decorativos.

No hemos encontrado en la literatura española ningún caso de EAC por cocobolo ni tampoco por maderas tropicales fuera del ambiente ocupacional. Aún así, es de esperar que aumente la incidencia de estos casos en nuestro medio debido a la mayor accesibilidad a productos fabricados con este tipo de madera.

18 DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO OCUPACIONAL POR BROMOACETATO DE ETILO Y BROMOACETONITRILLO EN UNA QUÍMICA.

B. Hernández Machín, J. Ortiz de Frutos, A. Guerra, F. Vanaclocha, L. Iglesias

Centro De Trabajo: Servicios de Dermatología del Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria y del Hospital 12 de Octubre.

Introducción: El bromoacetato de etilo y el bromoacetonitrilo son sustancias alquilantes usadas en la industria farmacéutica para la síntesis química de nuevas sustancias.

Descripción del caso: Mujer de 28 años de edad sin antecedentes personales de interés, de profesión química, que trabajaba en la síntesis de sustancias químicas en un laboratorio farmacéutico. Consultaba por la aparición de lesiones eritemato-descamativas y fisuras de predominio en pulpejos de los dedos de ambas manos, acompañado de prurito intenso. Refería el uso de guantes de goma durante el trabajo. Presentaba mejoría parcial tras el uso de hidratación y corticoides tópicos.

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC y con una serie de 26(?) sustancias diferentes con las que estaba en contacto durante su trabajo. La lectura realizada al D2 y D4 fue positiva para bromoacetato de etilo y bromoacetonitrilo, sin observar reacción para ninguna otra sustancia. Las pruebas epicutáneas realizadas en 25 controles fueron negativas.

Después de instruir a la paciente para que evitara el contacto con las sustancias a las que era alérgica y tras el tratamiento con corticoides tópicos, su eczema desapareció en una semana. No se ha observado recidiva tras 24 meses de seguimiento.

Discusión: Los químicos profesionales están en contacto con múltiples sustancias diferentes, tanto para la realización de experimentos como para la síntesis de nuevos productos. Por tanto, debido al gran número de sustancias químicas agresivas para la piel a las cuales los químicos pueden exponerse, es prácticamente imposible proporcionar una lista completa con cada sustancia química.

Por tanto, presentamos un caso de eczema alérgico de contacto ocupacional en una química por bromoacetato de etilo y bromoacetonitrilo.

19 DERMATITIS DE CONTACTO PROTEICA A HARINAS Y SEPIA

B. Llombart Cussac, A. Revert Fernández, M. I. Pinazo Canales, E. Jordá Cuevas, A. Sastre Sastre*

Servicio de Dermatología y Alergia*. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El término "Dermatitis de Contacto Proteico" (DCP) fue introducido por Hjorth & Roed-Petersen en 1976 como una dermatitis crónica causada por el contacto con material proteico en manipuladores de alimentos. Esta entidad suele cursar con patch test negativo, pero el prick o scratch test de la sustancia responsable es positiva.

Caso clínico: Mujer de 47 años sin antecedentes de interés consulta por presentar un eczema localizado en manos, antebrazos y cara. La paciente refiere intenso prurito con exacerbación del eczema minutos después de comenzar a manipular la pizza y sepia. Meses después comienza con angioedema y rinoconjuntivitis tras el contacto con harinas así como empeoramiento del eczema con la ingesta de pasta, pan, y otros derivados de harina. Exploración alergológica: Ig E total 962 KU/L. Epicutaneas standard: Carbas +; Epicutaneas de panadería y pastelería negativas; Epicutaneas con harina que aporta la paciente negativa; Pruebas cutáneas con inhalantes estándar: Polen de chenopodium +; P. Cutáneas con harina de trigo y centeno ++; P. Cutáneas de sepia(prick-prick)+++; P. Cutáneas con harina que aporta la paciente(prick-prick)+++; Ig E específica (C.A.P):

Chenopodium 0,875 KU/L, Trigo 18.5 KU/L, Centeno 22.3 KU/L, Calamar 0,779 KU/L.

Discusión: Presentamos el caso de una DCP a harinas y pulpo para destacar una patología que cada vez se va describiendo con más frecuencia como dermatosis profesional y que depende en gran medida de la sospecha clínica. Se discute sobre el mecanismo etiopatogénico de esta entidad.

20 URTICARIA DE CONTACTO POR 2-FENOXIETANOL

C. Galera, S. Palencia, M. García, J. D. Domínguez, C. Postigo; J. Ortiz, L. Iglesias

Hospital 12 de Octubre.

Introducción: 2-fenoxietanol es un conservante ampliamente usado en productos cosméticos y farmacéuticos, con propiedades antimicrobianas. Es frecuentemente combinado con 1,2-dibromo-2,4-dicianobutano dando lugar a Euxyl K 400.

Caso clínico: Mujer de 44 años, sin historia previa cutánea, es remitida para valorar lesiones habonosas después de usar diferentes cremas. Las lesiones mejoraban en pocos minutos sin tratamiento. No presentaba clínica sistémica.

Se realizó una prueba abierta con sus productos de aseo, encontrándose reacción positiva a los 20 minutos con 19 de los 19 productos. Después se realizaron pruebas epicutáneas con la serie GEIDC y con sus propios productos. Se encontró reacción positiva a Euxyl K 400 al 1,5%, 2-fenoxietanol al 1% y todos los productos del paciente a los 20 minutos, el test fue negativo el tercer y séptimo día. El prick test fue positivo a Euxyl K 400 al 1,5% y a 2-fenoxietanol al 1%, y fue negativo a 1,2-dibromo-2,4-dicianobutano.

Discusión: La dermatitis alérgica de contacto a 2-fenoxietanol ha sido escasamente descrita, sólo hemos encontrado un caso registrado. Una mujer de 24 años con exantema generalizado después de aplicar una loción corporal. Realizaron pruebas abiertas, epicutáneas y prick test con los productos cosméticos y cada uno de sus componentes, Euxyl K 400 y 2-fenoxietanol. Se encontró reacción positiva como en nuestra paciente, a su loción corporal, a Euxyl K 400 al 1% y a 2-fenoxietanol al 1% - 5%-10%. No pudieron confirmar el mecanismo.

21 FOTOSENSIBILIDAD POR DICLOFENACO

J. J. Goday, J. M. Janeiro *, W. Martínez, J. del Pozo, J. Rodríguez Lozano, E. Fonseca

Servicio de Dermatología y Alergología*. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Las dermatitis fotoalérgicas de contacto por antiinflamatorios no esteroideos son cada día más frecuentes, debido a la mayor frecuencia de aplicación tópica y a la aparición de nuevos medicamentos en el mercado. El diclofenaco es un antiinflamatorio derivado del ácido arilacético y que se utiliza tanto por vía tópica como sistémica.

Descripción del caso: Paciente que consulta por presentar una erupción eczematosa aguda localizada fundamentalmente en manos y cara tras haberse aplicado un preparado tópico conteniendo diclofenaco. La dermatitis afectaba fundamentalmente a áreas fotoexpuestas y se acompañaba de un prurito intenso. Tras suspender el producto y realizar un tratamiento con antihistamínicos y corticoides, el proceso mejoró rápidamente.

Se realizó estudio epicutáneo y fotoalérgico con la batería estándar del GEIDC, con una batería de agricultura, con la batería estándar de fotoalergenos, y con la batería de antiinflamatorios. Con ésta última se demostró una positividad a 24 y 72 horas para diclofenaco en la zona irradiada. Así mismo encontramos una positividad para el aceclofenaco, también en la zona irradiada, medicamento que el enfermo no había utilizado nunca.

Discusión: Hasta la fecha se han descrito muy pocos casos de fotosensibilidad por diclofenaco. Hacemos una revisión de los casos publicados y presentamos este caso en el cual hemos hecho un estudio de reacciones cruzadas y hacemos una interpretación del mismo. La propuesta de utilización del diclofenaco en el tratamiento de las queratosis actínicas puede incrementar la frecuencia e importancias de estas reacciones.

22 MICOFENOLATO MOFETIL COMBINADO CON FOTOQUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS CRÓNICA ACTÍNICA – DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M. Krüger Strohschein, O. Servitje Bedate, S. Giménez Jovani, J. Sánchez Schmidt, J. Peyrí Rey

Servicio de Dermatología, Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La dermatitis crónica actínica (DCA) está caracterizada por la tríada de inflamación cutánea persistente en zonas fotoexpuestas, con signos histológicos de eczema crónico e hipersensibilidad frente a radiación UVB en las pruebas de fotoparche.

Caso clínico: Mujer de 38 años que presenta un cuadro de 4 años de evolución de eczema facial grave acompañado de edema e infiltración de la dermis (facies leonina), prurito intenso y empeoramiento de la clínica en los meses de verano.

Pruebas de fotoparche con resultado negativo en dos ocasiones, imagen histológica de una biopsia cutánea compatible con reticuloide actínico e IFD negativa, ANA y ENA negativos en sangre periférica. El cuadro no responde a tratamiento fotoprotector tópico y sistémico con cloroquina durante 2 años.

Se decide ensayo de desensibilización con psoralen-UVA añadiendo micofenolato mofetil por vía oral. Con este régimen se observa mejora paulatina y sostenida del eczema y buena tolerancia al tratamiento por parte de la paciente.

Discusión: La DCA incluye entidades como la reacción persistente a la luz, el reticuloide actínico y dermatitis/eczema fotosensible.

Los pacientes suelen ser de edad avanzada, precisando tratamiento con psoralen-UVA en combinación con un agente inmunosupresor sistémico como la ciclosporina o la azatioprina para el control de los síntomas.

Decidimos la introducción de micofenolato mofetil como inmunosupresor por su buen perfil de seguridad frente a los tratamientos sistémicos establecidos y los positivos resultados obtenidos con este medicamento en el tratamiento de la DCA publicados recientemente.

23 PRÚRIGO PIGMENTOSO

L. Calzado, J. Sopena, R. Gamo, C. Zarco, R. Llamas, S. López, L. Iglesias

Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: El prurigo pigmentoso consiste en una erupción pruriginosa recurrente compuesta de pápulas eritematosas que confluyen adoptando un patrón reticulado, de localización predominante troncular y que desaparecen dejando una hiperpigmentación residual.

Esta rara entidad se ha descrito principalmente entre la población japonesa, no llegando a 10 casos aquellos que se han encontrado fuera del país.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 19 años, española, que comienza en 1999 con lesiones papulosas pruriginosas, eritemato-marrónáceas, lentiginosas, en área inter y submamaria, que constituyen un patrón reticulado, de lenta progresión. La

biopsia se informa como una epidermis con discreta acantosis, espongirosis focal con formación de una vesícula folicular con presencia de células dendríticas e infiltrado linfocitario perivascular en dermis, todo ello compatible con prurigo pigmentoso.

A lo largo de estos dos últimos años, han aparecido nuevas lesiones, mientras que otras se han aclarado, sin llegar a desaparecer completamente. Se ha llevado a cabo diversos tratamientos.

Discusión: Presentamos, por tanto, un caso compatible con prurigo pigmentoso, desde el punto de vista clínico, histopatológico y de su evolución, con la particularidad epidemiológica de aparecer en una mujer de raza no oriental.

Bibliografía

Liu M. T. Prurigo Pigmentosa. *Dermatology* 1994; 188:219-221.
Weedon D. *Skin Pathology* 1997; pg 277.

24 PRÚRIGO PIGMENTOSO

*M. A. Pastor Nieto, I. Vargas-Machuca Salido,
L. Carrasco Santos, M.C. Fariña Sabaris, L. Martín Moreno,
L. Requena Caballero.*

Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz,
Universidad Autónoma, Madrid.

El prurigo pigmentoso es una rara dermatosis de etiología desconocida caracterizada por la aparición de lesiones pruriginosas que consisten en pápulas agrupadas siguiendo trayectos serpiginosos y con una distribución lineal. Debido a la rareza del proceso, no existen estudios histopatológicos detallados. Presentamos el caso de una paciente de 16 años que mostraba lesiones de prurigo pigmentoso agrupadas en una placa de morfología circular y aproximadamente 10 cm de diámetro localizada en el hombro derecho. El estudio histopatológico de una lesión reciente demostró una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis, con intensa espongirosis y vesiculación intraepidérmica, y abundantes disqueratosis salpicadas entre los queratinocitos que rodeaban la vesícula espongiótica. En las lesiones de más tiempo de evolución, la espongirosis era menos llamativa, pero persistían las disqueratosis. En ambos estadios se observaban abundantes melanófagos en la dermis papilar, que probablemente eran los responsables de la hiperpigmentación clínica de las lesiones. Los estudios de inmunofluorescencia directa para IgG, IgA, IgM, complemento y fibrinógeno resultaron negativos en ambas biopsias. El tratamiento con corticoides tópicos fue seguido de la involución de las lesiones en un plazo de dos semanas. La presencia de abundantes disqueratosis en las lesiones sugiere que el denominado prurigo pigmentoso corresponde en realidad a un trastorno transitorio de la queratinización epidérmica.