

Psoriasis tras contacto con guantes de goma en un paciente sensibilizado a los aditivos de las gomas

Psoriasis Following Contact with Rubber Gloves in a Patient Sensitized to Rubber Additives

Sr. Director:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que puede ser desencadenada o exacerbada por numerosos factores como traumatismos, infecciones o fármacos. Asimismo, una psoriasis puede ser exacerbada por una dermatitis de contacto irritativa o más raramente alérgica¹⁻⁵. Presentamos un nuevo caso de psoriasis provocada por un EAC a los aditivos de las gomas.

Se trata de un varón de 28 años sin historia personal o familiar de dermatosis previas que presentaba desde hacía 1 año lesiones pruriginosas que se iniciaron en las manos (fig. 1), para extenderse posteriormente al cuero cabelludo, la cara, el tronco, las rodillas y los codos. En la exploración física se objetivaban placas eritematoescamosas, de bordes netos moderadamente infiltrados en las zonas descritas. Trabajaba desde hacía 3 años realizando tareas de mantenimiento y limpieza, por lo que manejaba diversos productos de limpieza y se mojaba las manos con frecuencia. Se protegía las manos con guantes de cuero y de goma y había realizado tratamiento con diversos corticoides tópicos con escasa mejoría. Había estado de baja por este proceso, situación en la que mejoraba ostensiblemente, así como en los periodos vacacionales.

La biopsia de una placa del dorso de la mano mostró hallazgos característicos de psoriasis. Se realizó un diagnóstico inicial de psoriasis con fenómeno de Köebner en las manos secundario a una dermatitis irritativa, instaurándose tratamiento con ciclosporina A (5 mg/kg), dada la mala respuesta a corticoides tópicos. Tras una importante mejoría

inicial se produjo empeoramiento de su proceso, por lo que se suspendió la medicación y se realizaron pruebas epicutáneas, según la normativa del GEIDAC, con la batería estándar del GEIDAC y una batería de gomas (Chemotechnique[®], Malmö). Se obtuvieron positividades (+ +) en la lectura a las 48 y 96 horas para mezcla de carbas, mezcla de tiuranes, mezcla de gomas negras, tetrametilthiuram monosulfide, tetraetilthiuram disulfide, N-ciclohexil-N-fenil-4-fenilenediamina y N-isopropil-N-fenil-4-fenilenediamina (fig. 2). Las reacciones de las pruebas epicutáneas fueron claramente eccematosas y no fueron biopsiadas. Se realizó además un prick test para el látex que fue negativo. Las lesiones desaparecieron casi por completo con un cambio de puesto de trabajo y el uso de guantes de vinilo, persistiendo algunas placas de pequeño tamaño en los codos y el dorso de las manos.

Se han descrito casos exacerbación de psoriasis en las manos tras dermatitis irritativas de contacto, lo cual se explica por un fenómeno de Köebner, fenómeno bien conocido y relativamente frecuente¹. Muchos menos frecuentes son las publicaciones de psoriasis exacerbadas tras un eccema alérgico de contacto²⁻⁵. Los autores lo explican igualmente por un fenómeno de Köebner en pacientes con una psoriasis preexistente.

Los eccemas hiperqueratósicos son un patrón bien conocido de expresión de un EAC a diversos componentes de las gomas y a la mezcla de gomas negras (aminas antioxidantes)⁶. No obstante, nosotros consideramos este caso una verdadera psoriasis en base a los hallazgos clínicos (placas psoriasiformes en dorso de las manos), histológicos y la presencia de lesiones diseminadas.

Hay controversia en cuanto a los porcentajes de sensibilización cutánea en pacientes con psoriasis. De este modo, mientras que algunos autores han comunicado un aumento de dicha incidencia⁷, otros han mostrado cifras menores o similares a la población general^{8,9}. En nuestro caso, la relevancia de las pruebas epicutáneas a los aditivos de las gomas es clara, dado que el paciente trabajaba con guantes de gomas y mejoró claramente cuando los evitó.

Aunque hay casos descritos de psoriasis exacerbadas por EAC a los aditivos de las gomas, este caso presenta las peculiari-



Figura 1 Placas eritematoescamosas de bordes netos en dorso de mano.



Figura 2 Pruebas epicutáneas con positividad a los aditivos de las gomas.

dades de la ausencia de una historia personal o familiar de psoriasis y la presencia de lesiones a distancia del lugar primario de contacto con los alérgenos. No encontramos una explicación clara para ello. Puede tratarse de un fenómeno de Köbner en las manos, en una persona genéticamente predispuesta y que ha desarrollado una psoriasis, como demostraría la persistencia de escasas lesiones a pesar de evitar los aditivos de las gomas. Puede ser una psoriasis desencadenada por un EAC en distintas localizaciones tras el contacto con la goma contenida en los guantes (similar a un EAC ectópico). O bien de un modo más especulativo, dado que no conocemos casos similares, podría tratarse de una psoriasis inducida o desencadenada por un EAC, del mismo modo que se desencadena por otros estímulos como diversos fármacos.

Además de la rareza del cuadro clínico queremos destacar la posibilidad de dermatitis no eczematosas provocadas o exacerbadas por alergia de contacto, debiendo realizarse pruebas epicutáneas en todas esas dermatosis donde por historia clínica exista dicha posibilidad.

Bibliografía

1. Gawkrödger DJ, Lloyd MH, Hunter JA. Occupational skin disease in hospital cleaning and kitchen workers. *Contact Dermatitis*. 1986;15:132-5.
2. Hill VA, Ostlere LS. Psoriasis of the hands k bnerizing in contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1998;39:194.
3. Spiewack R. K bnerizing occupational contact allergy to thiuram in a farmer with psoriasis. *Contact Dermatitis*. 2004;51:214-5.
4. Pagliaro JA, Jones SK. Recurrent erythrodermic psoriasis in a thiuram-allergic patient due to contact with nurse's gloves. *Br J Dermatol*. 1999;140:567-8.
5. Jo JH, Jang HS, Kim MB, Oh CK, Kwon YW, Kwon KS. Pustular psoriasis and the K bner phenomenon caused by allergic contact dermatitis from zinc pyrithione-containing shampoo. *Contact Dermatitis*. 2005;52:142-4.
6. Conde-Salazar L, Guimaraens D, Romero L, Harto A. Sensibilidad a aminas antioxidantes. Revisi n de 51 casos. *Actas Dermosifiliograf*. 1984;75:23-6.
7. Huele F, Tahapary GJ, Bello CR, van Joost T. Delayed type hypersensitivity to contact allergens in psoriasis. *Contact Dermatitis*. 1998;38:78-82.
8. Fleming CJ, Burden AD. Contact allergy in psoriasis. *Contact Dermatitis*. 1997;36:274-6.
9. Malhotra V, Kaur I, Saraswat A, Kumar B. Frequency of patch-test positivity in patients with psoriasis: A prospective controlled study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:432-5.

E. Gómez-De La Fuente*, F.J. Vicente-Martín,
A. Nuño González y J.L. López-Estebanz

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: egomezf@fhalcorcon.es
(E. Gómez-De La Fuente).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.015

Carcinoma mucoepidermoide de labio

Mucoepidermoid Carcinoma of the Lip

Sr. Director:

Los tumores de labio, a excepción del carcinoma escamoso, son raros. Concretamente los tumores de las glándulas salivares menores representan menos de un 2% de la totalidad de los tumores labiales¹. Se trata de un grupo de neoplasias muy heterogéneo en el que predominan los tumores benignos (55-65%, según las series)^{2,3}, aunque su naturaleza benigna o maligna parece variar en función de la localización anat mica³. Así, los tumores de glándulas salivares menores que aparecen en el paladar y en el labio superior suelen ser benignos mientras que cuando aparecen en el labio inferior suelen ser de estirpe maligna². Entre estos últimos el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma mucoepidermoide son los más frecuentes¹.

Los tumores de glándulas salivares menores tienen preferencia por las mujeres ( :   1,6:1)² en la 4.^a-5.^a década de la vida. Estos tumores se caracterizan por un crecimiento endofítico y, a menudo, presentan un curso lentamente progresivo que conduce a un retraso en el diagnóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que consult  por una tumoración indolora de 1 cm de diámetro en cara interna de labio inferior de 3 años de evolución. Se trataba de una lesión redondeada de consistencia elástica y recubierta por mucosa de aspecto normal. Su crecimiento era lentamente progresivo. No se palpaban adenopatías locorregionales. Se realizó una exéresis en V-bloque. Microscópicamente se observaba una tumoración submucosa bien delimitada, expansiva en superficie e infiltrativa en márgenes laterales y profundo, constituida por cordones e islotes de células mucosecretoras, epidermoides e intermedias de diferenciación variable (figs. 1 y 2). El diagnóstico fue de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

El carcinoma mucoepidermoide de cavidad oral se origina del epitelio ductal de las glándulas salivares pudiendo afectar a glándulas salivares mayores o menores. Cuando se deriva de estas últimas se localiza más frecuentemente en el paladar seguido del labio inferior³. Se han publicado casos excepcionales de carcinomas mucoepidermoides cutáneos primarios a los que se les ha atribuido un origen en glándulas sudoríparas y también en el borde bermellón del labio inferior donde no hay presencia de glándulas salivares⁴. En este último caso los autores proponían que se trataba de un proceso de metaplasia en un carcinoma epidermoide labial, excluyendo el origen glandular. El carcinoma mucoepidermoide está compuesto por distintos tipos celulares: células mucosecretoras que pueden presentar