

P. Sánchez-Sambucety\*, A. Pérez-Bustillo, B. González-Sixto e M.A. Rodríguez-Prieto

*Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, IBIOMED (Instituto de Biomedicina de la Universidad de León), León, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sanchezp@ono.com](mailto:sanchezp@ono.com)

(P. Sánchez-Sambucety).

doi:10.1016/j.ad.2010.10.005

## Dermatitis de contacto alérgica al calzado en niños

### Allergic Contact Dermatitis to Footwear in Children

Sr. Director:

La dermatitis de contacto alérgica (DCA) en la infancia ha sido considerada poco frecuente hasta hace unos años. Sin embargo, se ha convertido en un problema clínico significativo<sup>1,2</sup>. La dermatitis de los pies es un reto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que hay una gran cantidad de diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. En la población pediátrica las erupciones de los pies suelen ser autolimitadas, pero en ocasiones los síntomas persisten y son resistentes al tratamiento. En estos casos se debe considerar la posibilidad de una DCA<sup>3</sup>. Los alérgenos que con mayor frecuencia aparecen implicados en la DCA al calzado son las gomas, los adhesivos y los compuestos derivados del tratamiento de las pieles<sup>1</sup>.

Entre los años 2004 y 2008 se realizaron pruebas epicutáneas a 920 pacientes en la Unidad de Alergia Cutánea del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Del total de pacientes 57 (6,2%) eran niños de hasta 16 años, y dentro de este grupo 22 habían sido remitidos con lesiones en los pies sospechosas de DCA al calzado. Se realizó una historia clínica protocolizada en la que se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de presentación clínica, localización de las lesiones y antecedentes personales de atopia.

Los 57 niños remitidos a la Unidad por sospecha clínica de DCA fueron explorados mediante la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea (GEIDAC). No se añadieron series de alérgenos especiales. En uno de los casos (paciente n° 3) se parchearon 2 fragmentos del calzado con el que la paciente relacionaba el inicio del cuadro. La lectura se efectuó según las recomendaciones del *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG) y se aplicaron alérgenos homologados del sistema True Test™. Establecimos la relevancia clínica de las positividadades en función de la historia clínica y del examen físico.

De los 22 niños remitidos con sospecha de DCA al calzado 18 eran niños (82%) y 4 eran niñas (18%). La edad media fue de 9,9 años (rango de 3 a 16 años). Las lesiones clínicas por las que fueron remitidos fueron diagnosticadas de eczema dishidróico en 12 casos (54,5%), eczema agudo en 5 casos (22,7%), eczema crónico en 4 casos (18,2%) y pustulosis en un caso (4,5%).

Hubo reacciones positivas en 7 pacientes (31,8%), siendo todas ellas consideradas relevantes. En 6 de los pacientes hubo una reacción positiva para el dicromato potásico, en un paciente hubo una reacción positiva para la colofonia, en otro para el cloruro de cobalto y en otro para la mezcla mercapto. En la [tabla 1](#) se recogen los datos relativos a los 7 pacientes en los que se hallaron resultados positivos.

Encontramos resultados positivos en 7 de los 22 pacientes que acudieron por sospecha de DCA al calzado (32%). El alérgeno positivo más frecuente en nuestra serie es el dicromato potásico, dato que coincide con las series publicadas respecto a la DCA al calzado en adultos<sup>4,5</sup>.

En cuanto a la localización de las lesiones y su correlación con los alérgenos positivos hallados, los datos obtenidos coinciden con lo publicado hasta la fecha: implicación del dicromato potásico, cloruro de cobalto y colofonia en la afectación del dorso y la cara lateral de los pies, y de las gomas en la afectación de los talones<sup>6</sup>. En el caso del paciente n° 3, con resultado positivo para colofonia, se parchearon en un segundo tiempo varios fragmentos del calzado con el que la paciente relacionaba el inicio del cuadro (se trataba de un calzado deportivo para realizar taekwondo, que empleaba sin calcetín). El resultado fue negativo. En concreto, la colofonia se relaciona con afectación cutánea localizada en los talones y las puntas, ya que es empleada en la industria del calzado como adhesivo para refuerzos en estas localizaciones. No hemos podido demostrar la relevancia actual de la colofonia en nuestro caso, ya que al parchear los fragmentos del calzado el resultado fue negativo, pero dado que es un alérgeno que suele estar implicado en la DCA al calzado, se le dio información a la paciente como si se tratara de un resultado relevante.

La principal diferencia encontrada en la literatura revisada es que, en las series de niños, los alérgenos más frecuentes implicados en la DCA al calzado son las gomas, seguidos de adhesivos y compuestos derivados del tratamiento de las pieles<sup>1,2</sup>, mientras que en nuestra serie el dicromato potásico es sin duda el alérgeno más frecuente. Esta diferencia podría deberse a múltiples factores, como la legislación referente al empleo del cromo en el encurtido de las pieles, factores culturales (empleo de sandalias sin protección desde edad temprana, etc.). Mantuvimos el seguimiento de los pacientes durante un mínimo de 3 años para evaluar el impacto de las medidas propuestas tras el resultado de las pruebas. En dos casos se perdió el seguimiento (pacientes 2 y 7). El resto de los pacientes no volvió a presentar lesiones tras dar información. De los 7 pacientes con resultados positivos 5 tenían antecedentes de dermatitis atópica (DA). Algunos autores mantienen que la DCA es menos frecuente en estos pacientes, otros no hallan diferencia y otros mantienen que es más frecuente<sup>7</sup>. En cual-

**Tabla 1** Resumen de los casos

Caso	Sexo	Edad	Presentación clínica	Localización de las lesiones	Antecedentes de atopía	Resultados
1	M	5	E. dishidrótico	Lateral y dorso de los dedos de los pies	Sí	Dicromato potásico +++
2	F	11	E. agudo	Dorso de los pies	No	Dicromato potásico +++
3	F	15	E. dishidrótico	Dorso de los dedos de los pies	Sí	Colofonia ++
4	M	7	E. dishidrótico	Cara plantar de los dedos de los pies	No	Dicromato potásico ++
5	M	4	Pustulosis	Plantas y dorso de los pies	Sí	Dicromato potásico +++
6	F	7	E. dishidrótico	Dorso de los pies	Sí	Dicromato potásico +++ Cloruro de cobalto ++
7	M	3	E. agudo	Dorso de los pies y talones	Sí	Dicromato potásico + Mezcla mercapto ++

quier caso, ante una dermatitis que afecte a los pies en un paciente pediátrico, diagnosticado o no de DA, en la que a pesar de un tratamiento correcto no haya mejoría de las lesiones, creemos que la realización de unas pruebas epicutáneas podría ser un elemento diagnóstico de ayuda a tener en cuenta.

**Bibliografía**

- Roul S, Ducombs G, Leaute-Labreze C, Labbe L, Taïeb A. Footwear contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis*. 1996;35:334–6.
- Beattie PE, Green C, Lowe G, Lewis-Jonest MS. Which children should we patch test? *Clin Exp Dermatol*. 2006;32:6–11.
- Cockayne S, Shah M, Messenger A, Gawkrödger D. Foot dermatitis in children: causative allergens and follow up. *Contact Dermatitis*. 1998;38:203–6.
- Holden C, Gawkrödger D. 10 year’s experience of patch testing with a shoe series in 230 patients: which allergens are important? *Contact Dermatitis*. 2005;53:37–9.

- Bordel-Gómez MT, Miranda-Romero A, Castrodeza-Sanz J. Epidemiología de la dermatitis de contacto: prevalencia de sensibilización a diferentes alérgenos y factores asociados. *Actas Dermosifilogr*. 2010;101:59–75.
- Nardelli A, Taveirne M, Drieghe J, Carbonez A, Degreef H, Goosens A. The relation between the localization of foot dermatitis and the causative allergens in shoes: a 13-year retrospective study. *Contact Dermatitis*. 2005;53:201–6.
- Fernández JM, Armario JC. Allergic contact dermatitis in children. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2005;19:42–6.

L. Gámez\*, I. Reig, N. Martí, Á. Revert e E. Jordá

*Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lucieta\\_gp@yahoo.es](mailto:lucieta_gp@yahoo.es) (L. Gámez).

doi:10.1016/j.ad.2010.06.027

**Dermatomiositis y vasculopatía livedoide: primera manifestación de una neoplasia**

**Dermatomyositis and Livedoid Vasculopathy as the Initial Manifestation of a Tumor**

*Sr. Director:*

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática que cursa con una clínica cutánea muy característica<sup>1</sup>. Muchos casos se asocian a neoplasias ocultas<sup>2,3</sup> y se ha observado que los pacientes con dermatomiositis y úlceras cutáneas asociadas tienen un peor pronóstico<sup>4-7</sup>, siendo muchas de estas úlceras recogidas en la literatura compatibles clínicamente con el diagnóstico de úlceras de la atrofia blanca.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con placas poiquilodérmicas distribuidas por el tórax, la espalda y las raíces de los miembros inferiores de tres meses de evolución, junto a episodios aislados de enrojecimiento facial y edema periorbitario. A la exploración se evidenciaba un eritema difuso dispuesto por el tronco, adoptando un patrón poiquilodérmico en la región lumbar, así como pápulas eritematosas en las articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas y telangiectasias periungueales.

Ante la sospecha de dermatomiositis se solicitaron hemograma, coagulación y bioquímica que fueron normales. El estudio de autoanticuerpos y marcadores tumorales fue negativo y la radiografía de tórax y ecografía abdominal resultaron anodinas. En el estudio dermatopatológico de una biopsia obtenida de la placa eritematosa del abdomen se apreciaba una dermatitis de la interfase con depósito intersticial de mucina (fig. 1). Con estos hallazgos se procedió al diagnóstico de dermatomiositis, estableciéndose tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/ kg peso.

Durante el seguimiento el paciente mostró un deterioro progresivo del estado general y una disfagia para sólidos que motivó que acudiera al Servicio de Urgencias. En la exploración se objetivaba un importante empeoramiento de la clínica cutánea, con extensión del eritema por los miembros superiores e inferiores y la zona alta de la espalda, así como la aparición de úlceras de disposición livedoide que curaban dejando cicatrices atróficas blanco-marfileñas (fig. 2). Junto a la clínica cutánea se apreciaba una importante debilidad en los miembros superiores e inferiores, decidiéndose ingresar al paciente para estabilización y ampliación de pruebas complementarias.

En el análisis que se practicó durante su ingreso destacaron un importante aumento de las enzimas musculares (creatininquinasa de hasta 653 UI/l) y elevación de los mar-