

Tratamiento con ultravioleta B de banda estrecha de los estadios iniciales de la micosis fungoide

Narrow-Band UV-B Treatment in the Early Stages of Mycosis Fungoides

Sr. Director:

En los estadios precoces de la micosis fungoide (MF) se emplean tratamientos dirigidos a la afectación cutánea, como los corticoides tópicos, la carmustina, la mostaza nitrogenada tópica y la fototerapia en sus modalidades PUVA y, en los últimos años, ultravioleta B (UVB) de banda estrecha¹⁻⁴.

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con micosis fungoide en estadio precoz (IA, IB) tratados con UVB de banda estrecha en el Servicio de Dermatología del Hospital de León en los últimos 5 años (2005-2009). Se incluyeron 11 pacientes: 5 hombres y 6 mujeres, con una media de edad de 66,3 años. Seis de ellos fueron clasificados en estadio IA y cinco en estadio IB. La media de duración de la enfermedad desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 4,7 años (medio año - 10 años). Siete presentaban un fototipo II y cuatro un fototipo III. Todos ellos recibieron tres sesiones semanales de fototerapia. Las dosis se ajustaron en función del fototipo (tabla 1).

Tras el tratamiento, 10 pacientes alcanzaron la remisión completa (sin lesiones), mientras que el resto empeoró. Los pacientes recibieron por término medio 31 sesiones (17-61) y la dosis acumulada media fue de 22,6 J/cm².

Durante el periodo de seguimiento (mediana de dos años) han recidivado 6 de 8 pacientes. De los tres restantes se carece de datos de la recidiva, ya que uno suspendió el tratamiento, el otro se trasladó de ciudad y el último falleció de un problema cardíaco. Dos pacientes están en remisión tras tres años de seguimiento. El periodo libre de enfermedad fue de 5,3 meses de media.

La fototerapia como tratamiento de la MF se inició hace tres décadas tras la observación clínica de que las lesiones de la MF inicialmente aparecen en zonas no fotoexpuestas⁵.

Desde entonces, en estadios precoces de la enfermedad (IA, IB) en los que no hay afectación sistémica, se ha empleado la fototerapia en sus distintas modalidades PUVA (320-400 nm), PUVA tópica, UVB y ultravioleta B de banda estrecha (311-313 nm) por ser tratamientos dirigidos a la piel con escasa repercusión general.

La radiación UVB actúa sobre las células de Langerhans impidiendo la presentación de antígenos, modula la expresión de citoquinas e induce apoptosis de los linfocitos T neoplásicos⁵. Esta radiación tiene algunas ventajas con respecto a la terapia PUVA, como es la de presentar una eficacia similar en estadios precoces de la enfermedad, con remisiones entre el 50-100%, sin los inconvenientes asociados a la toma de psoralenos tales como el requerimiento de protección ocular o el riesgo de cáncer de piel^{6,7}.

Por el contrario, los inconvenientes que tiene este tratamiento son, por una parte, la rapidez de la presentación de las recurrencias (una media de 6 meses) y, por otra, la

Tabla 1 Dosis de luz ultravioleta B de banda estrecha ajustada según el fototipo.

Fototipo. Dosis de inicio
I-III 200 mj/cm
IV-V 240 mj/cm
Incrementos del 10% por sesión
Si eritema leve: repetir dosis
Si eritema sintomático: suspender sesión y reiniciar en dosis anterior

dificultad de que los pacientes con una vida activa puedan acceder a un centro hospitalario para recibir el tratamiento.

Para solventar el primero de los problemas algunos autores recomiendan pautas de mantenimiento⁸. Estas pautas son más difíciles de realizar que con la terapia PUVA, porque al espaciar las sesiones entre 7-15 días se incrementa el riesgo de eritema tras las sesiones. Para resolver el segundo problema algunos autores proponen el empleo de fototerapia domiciliaria⁹.

Los resultados de nuestro estudio indican, en consonancia con los presentados por otros autores^{5,10}, que la fototerapia con luz ultravioleta de banda estrecha es un tratamiento efectivo en los estadios precoces de la MF, en los cuales las lesiones no estén infiltradas y especialmente en los pacientes con fototipo claro.

Bibliografía

- Gómez S, Pérez N. Micosis fungoide y síndrome de Sézary. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:193-206.
- Trautinger F, Knobler R, Peris K, Stadler R, Laroche L, D'Incan M. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome. *EJC.* 2006;42:1014-30.
- Gallardo F, Pujol RM. Diagnóstico y tratamiento de los linfomas cutáneos de células T primarios. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:473-90.
- Mestel DS, Beyer M, Steinhoff M, Sterry W. Treatment of Cutaneous Lymphomas: Today and Tomorrow. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100 Suppl 1:18-32.
- Coronel-Pérez IM, Carrizosa-Esquivel AM, Camacho-Martínez F. Tratamiento con UVB de banda estrecha de los estadios iniciales de la micosis fungoide. Estudio de 23 pacientes. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:259-64.
- Diederer PVM, van Weelden H, Sanders CJG, Toonstra J, van Vloten WA. Narrowband UVB and psoralen-UVA in the treatment of early-stage mycosis fungoides: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:215-9.
- Gökdemir G, Barutcuoglu B, Sakiz D, Köslü A. Narrowband UVB phototherapy for early-stage mycosis fungoides: evaluation of clinical and histopathological changes. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2006;20:804-9.
- Boztepe G, Sahin S, Ayhan M, Erkin G, Kolemen F. Narrowband ultraviolet B phototherapy with mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:242-6.
- Zic JA. Controversies in the management of the cutaneous T cell lymphomas. *Dermatol Ther.* 2009;22:407-17.
- Dereure O, Picot E, Comte C, Bessis D, Gillot B. Treatment of early stages of mycosis fungoides with narrowband ultraviolet B. *Dermatology.* 2009;218:1-6.

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

(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^{1,2}. 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 DCA³. 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 pieles¹.

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^{4,5}.

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 talones⁶. 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^{1,2}, 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 frecuente⁷. En cual-