



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE DERMATITIS DE CONTACTO Y ALERGIA CUTÁNEA

66 Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) Murcia 24 y 25 septiembre 2021

Comunicaciones orales

1. ESTUDIO HISTOLÓGICO EN 211 PACIENTES CON LESIONES URTICARIFORMES. MOTIVO DE BIOPSIA Y CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA

E. Gómez de la Fuente, C. Sarró Fuente, S.A. Galeano Reyes, J. Martín Alcalde, E. Pérez Fernández, A. Muñiz de Lucas, J.L. López Esteban y F. Pinedo Morales

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Antecedentes. Las lesiones urticariformes son un motivo de consulta frecuente en la práctica dermatológica. El diagnóstico de la urticaria es clínico y no suele ser preciso la realización de una biopsia. No obstante, en ocasiones realizamos dicho estudio histológico.

Objetivo. El objetivo del presente estudio es describir cuál es el motivo por el que se biopsia a los pacientes con sospecha de urticaria y establecer cuál fue la correlación clinicopatológica.

Método. Se revisaron de forma retrospectiva, por dos patólogos, las biopsias de aquellos pacientes biopsiados con sospecha diagnóstica de urticaria. Posteriormente se estableció la correlación clinicopatológica con dos dermatólogos, uno de ellos experto en urticaria. Se obtuvieron 211 pacientes entre los años 2000 y 2019.

Resultado. El 30% de los pacientes presentaban lesiones urticariformes agudas mientras que el 70% presentaban una evolución crónica (> 6 semanas). Los motivos de biopsia fueron duda diagnóstica, refuerzo clínico o biopsia como parte de un estudio. El motivo más frecuente de biopsia tanto en procesos agudos como crónicos fue la duda diagnóstica. En los procesos agudos la duda diagnóstica suponía el 95% de los casos, mientras que en los crónicos fue un 45%, seguidos por un 26% que se hizo por refuerzo diagnóstico. La principal duda diagnóstica fue descartar urticaria vasculitis. No obstante, en la mayor parte de los casos el diagnóstico final fue de urticaria (aguda o crónica).

Conclusión. Se realizará una discusión de la correlación clinicopatológica, y el diagnóstico final en algunos pacientes de otros procesos distintos de la urticaria, como toxicodermias, exantemas

virales, lupus eritematoso, eccemas agudos o cuadros autoinflamatorios entre otros; los cuales deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de la urticaria. En la mayoría de los casos fue necesaria una correcta correlación clínico-patológica para llegar al diagnóstico final.

2. COMPORTAMIENTO DEL FCεRI EN BASÓFILOS Y DE LOS NIVELES SÉRICOS DE IGE EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA INDUCIBLE E IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

N. Mohammad Porras^a, C. Ribas Llauradó^b, G. Deza^a, R.M. Pujol^a, R. Gimeno^b y A.M. Giménez Arnau^a

^aDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. ^bDepartamento de Inmunología. Hospital Del Mar - Institut d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. España.

Antecedentes. La expresión del receptor de alta afinidad de IgE (FcεRI) en basófilos ha sido escasamente explorada en pacientes con urticaria crónica inducible (UCInd).

Objetivo. Investigar la expresión de FcεRI en basófilos circulantes en una larga cohorte de pacientes con UCInd y su potencial relación con la respuesta terapéutica.

Método. La expresión de FcεRI fue valorada mediante citometría de flujo en 165 pacientes con UCInd en su evaluación inicial. La expresión basal de FcεRI en basófilos fue también evaluada en función de la respuesta a los antihistamínicos y a omalizumab en una muestra de pacientes [RLC1]. Un grupo control de 34 pacientes no atópicos fue incluido. Se reporta la expresión de FcεRI en basófilo circulante empleando intensidad de fluorescencia media (IFM) y densidad estandarizada de FcεRI en basófilos (receptores/célula).

Resultado. La mediana de la densidad de expresión de FcεRI fue significativamente superior en pacientes con UCInd comparativamente con los controles ($p < 0,0001$). Todos los subtipos de UCInd mostraron la misma tendencia. Se encontró una correlación positiva entre los niveles séricos de IgE y la expresión de FcεRI en basófilos ($r_s = 0,708$, $p < 0,0001$). La expresión basal de FcεRI no se

relacionó con la respuesta a antihistamínicos ($p > 0,08$); sin embargo, se relacionó con la respuesta a omalizumab. Los respondedores a omalizumab mostraron una superior expresión basal de FcεRI ($p = 0,0012$). Los pacientes no respondedores a antihistamínicos mostraron unos niveles de IgE superiores ($p = 0,0149$). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los respondedores de omalizumab y los no respondedores en los niveles séricos totales de IgE.

Conclusión. Los pacientes con UCInd muestran una sobreexpresión de FcεRI, igual que en urticaria crónica espontánea (UCE), independientemente del subtipo de UCInd. Aunque estudios adicionales deberían confirmar dichos hallazgos, nuestro trabajo remarca la importancia de la regulación de FcεRI en UCInd y apoya su base autoinmune, beneficiándose dichos pacientes de tratamiento con agentes anti-IgE.

3. EFICACIA DE LIGELIZUMAB EN PACIENTES INADECUADAMENTE CONTROLADOS CON OMALIZUMAB; ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE FASE 2

A. Giménez-Arnau^a, M. Metz^b, M. Hide^b, G. Sussman^c, M. Maurer^b, T. Severin^d, R. Janocha^d y E. Hua^e

^aDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar, IMIM. Universitat Autònoma. Barcelona. España.

^bDepartamento de Dermatología y Alergia. Centro - Charité. Hospital Universitario de Berlín. Alemania. Departamento de Dermatología. Universidad de Hiroshima. Hiroshima. Japón.

^cDivisión de Alergia e Inmunología Clínica. Universidad de Toronto. Canadá. Hospital Universitario de Berlín. Alemania.

^dNovartis Pharma AG. Basilea, Suiza. ^eShanghai Novartis Trading Ltd. Shanghai. China.

Antecedentes. Ligelizumab (anti-IgE), ha demostrado ser eficaz en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) inadecuadamente controlados con antihistamínicos-H1 en el estudio fase 2b principal (NCT02477332)¹.

Objetivo. Analizar los pacientes con respuesta inadecuada con omalizumab 300 mg (estudio principal) que cambiaron a ligelizumab 240 mg (estudio fase 2b de extensión [EdE]) (NCT02649218).

Método. Análisis de 37 pacientes que recibieron omalizumab 300 mg en el estudio principal, con urticaria inadecuadamente controlada (puntuación semanal de la actividad de urticaria [UAS7] > 0) en la semana (s) 12 con recaída en periodo de observación (criterio del EdE). Se calculó la desviación estándar (DE) del cambio de la media absoluta UAS7 para: A) pacientes con respuesta inadecuada (UAS7>0) al tratamiento con omalizumab 300 mg en la s12 del estudio principal (n=37); y B) los mismos pacientes con respuesta inadecuada a omalizumab que cambiaron a ligelizumab 240 mg en el EdE (n=37). Además, se calculó el porcentaje de pacientes que alcanzaron UAS7 > 0 con ligelizumab 240 mg en el EdE.

Resultado. Se observó una mejoría superior en el cambio de la media absoluta UAS7 en todos los pacientes que recibieron ligelizumab en el EdE. Cambios observados en pacientes tratados con omalizumab: s1: -6,02; s4: -12,79; s8: -15,91 y s20: -13,87. Pacientes tratados con ligelizumab: s1: -9,39; s4: -16,49; s8: -17,19 y s20: -20,29 (fig. 1). En el EdE, hubo cambios en la media absoluta del UAS7 mayores, que se mantuvieron hasta las 52s de tratamiento; en el estudio principal, la respuesta fue más lenta y se estabilizó a la s8. En general, el 56,6% de los pacientes alcanzaron una respuesta completa (UAS7 = 0) con ligelizumab 240 mg en el EdE.

Conclusión. Los pacientes con UCE previamente tratados con omalizumab que cambiaron a ligelizumab alcanzaron mejoras superiores en la actividad de la enfermedad (UAS7) y una mayor tasa de respuesta completa sostenida hasta la s52.

4. EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON LIGELIZUMAB CONSIGUE UN CONTROL PROLONGADO DE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA DURANTE EL SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO

J. Ortiz de Frutos^a, W. Soong^b, J.A. Bernstein^c, G. Sussman^d, B. Lanier^e, K. Sitz^f, M. Maurer^g, A. Giménez-Arnau^h, E. Huaⁱ, A. Barve^j, T. Severin^k y R. Janocha^k

^a Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bCentro de Alergia y Asma de Alabama. Clinical Research Center of Alabama. Birmingham. Alabama. ^cFacultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati y Centro de Investigación Clínica Bernstein. Cincinnati. OH. Estados Unidos. ^dDivisión de Alergia e Inmunología Clínica. Universidad de Toronto. Canadá.

^eUniversidad del Norte de Texas. Denton. ^fClínica de Alergia y Asma de Little Rock. Little Rock. Arkansas. Estados Unidos.

^gDepartamento de Dermatología y Alergia-Centro-Charité. Hospital Universitario de Berlín. Alemania. ^hDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma. Barcelona. España. ⁱShanghai Novartis Trading Ltd. Shanghai. China. ^jNovartis Pharmaceuticals. East Hanover. New Jersey. Estados Unidos. ^kNovartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Antecedentes. Ligelizumab, anticuerpo monoclonal anti-IgE humanizado, demostró mayor control de los síntomas versus omalizumab durante el ensayo principal de fase 2b.

Objetivo. Evaluamos el control de los síntomas en el periodo de seguimiento postratamiento del ensayo fase 2b (NCT02477332) y en el estudio de extensión (EdE) (NCT02649218).

Método. Los pacientes elegibles con urticaria crónica espontánea de moderada a grave (puntuación de la actividad de urticaria 7 días 16 [UAS7]) fueron aleatorizados a ligelizumab 240 mg, 72 mg, o 24 mg, omalizumab 300 mg, o placebo cada 4 semanas (c4s) con 5 dosis inyectadas. Tras 16 semanas (s) de periodo de lavado y evidencia de actividad de la enfermedad (UAS 12), los pacientes entraron en el EdE abierto, de un año de duración y un único grupo de tratamiento (ligelizumab 240 mg c4s), más otro año de seguimiento sin tratamiento. El mantenimiento del control de los síntomas fue analizado mediante el método Kaplan-Meier.

Resultado. En la s20 del estudio principal, el 51,4% (n = 38/74) y 65,4% (n = 51/78) de los pacientes que recibieron ligelizumab 240 mg y 72 mg, respectivamente, alcanzaron buen control de la enfermedad, (UAS7 6) versus el 49,3% (n = 36/73) para omalizumab. Tras finalizar el tratamiento, los pacientes con UAS7 6 a la s20 tuvieron una mediana de tiempo de mantenimiento del buen control de los síntomas de 16,0s y 8,0s para 240 mg y 72 mg de ligelizumab, respectivamente, versus 8s para omalizumab. En la s52 del EdE, el 61,1% (n = 138/226) de los pacientes alcanzaron un UAS7 6. Tras finalizar el tratamiento, la mediana de tiempo de los pacientes que mantuvieron un buen control de la enfermedad fue 28s.

Conclusión. Tras finalizar la fase de tratamiento del estudio principal, ligelizumab 240 mg obtuvo un mantenimiento más prolongado del control de los síntomas frente al resto de grupos. El tratamiento a largo plazo con ligelizumab 240 mg en el EdE obtuvo un control más prolongado de los síntomas frente al estudio principal.

5. LIGELIZUMAB OBTIENE UN CONTROL RÁPIDO DE LOS SÍNTOMAS EN UN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA COMPARADO CON OMALIZUMAB: ANÁLISIS DE LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DEL ESTUDIO DE FASE 2B

E. Serra^a, M. Maurer^b, A. Giménez-Arnau^c, W. Soong^d, M. Hide^e, J.A. Bernstein^e, E. Hua^f, A. Barve^g, T. Severin^h y R. Janocha^h

^aDepartamento de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. ^bDepartamento de Dermatología y Alergia. Centro-Charité. Hospital Universitario de Berlín, Alemania. ^cDepartamento de Dermatología.

Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma. Barcelona. Centro de Alergia y Asma de Alabama. Clinical Research Center of Alabama. Birmingham. Alabama. Estados Unidos. ^aDepartamento de Dermatología. Universidad de Hiroshima. Hiroshima. Japón. ^eFacultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati y Centro de Investigación Clínica Bernstein. Cincinnati. OH. Estados Unidos. ^fShanghai Novartis Trading Ltd. Shanghai. China. ^gNovartis Pharmaceuticals. East Hanover. New Jersey. Estados Unidos. ^hNovartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Antecedentes. Ligelizumab (anti-IgE) demostró en un estudio fase 2b un excelente control de los síntomas en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) moderada-grave inadecuadamente controlada con antihistamínicos.

Objetivo. Analizar la respuesta temprana, tras la primera dosis (primeras 4 semanas [s]) y mantenida (primeras 12s) con ligelizumab-72 mg/240 mg versus omalizumab 300 mg.

Método. Los pacientes registraban diariamente la puntuación de la actividad de urticaria [UAS]. Se analizó la respuesta a ligelizumab y omalizumab (primeras 12s): porcentaje de pacientes/semana con UAS7 = 0/control completo o UAS7 6/buen control, y porcentaje medio de semanas sin urticaria/bien controlada.

Resultado. En la s1, no hubo respuestas UAS7 = 0. Los pacientes en ligelizumab-72 mg/240 mg alcanzaron UAS7 = 0 desde la s2 20,5%/18,1% en mayor proporción (versus omalizumab (10,7%). Durante las siguientes semanas se observó una tendencia similar (UAS7 = 0: s3: 31,0%/27,7% versus 16,9%; s4: 29,8%/30,5% versus 20,5%; s12: 45,7%/43,6% versus 28,6%; fig1 A). Durante las primeras 4s la diferencia fue menor en el porcentaje de pacientes con UAS7 6 para ligelizumab-72 mg/240 mg versus omalizumab (s1: 6,0%/9,5% versus 7,1%; s2: 43,4%/36,1% versus 28,6%; s3: 47,6%/42,2% versus 32,5%; s4: 48,8%/43,9% versus 32,5%). Entre las s5-12 se observaron las siguientes tasas de respuesta UAS7 6 (rango) (ligelizumab-72 mg/240 mg/omalizumab): 44,0% 60,5%/45,7% 52,6%/39,0% 51,9% (fig1B). Para pacientes bien controlados a la s12, ligelizumab proporcionó una respuesta más pronunciada y estable en términos de control completo de los síntomas de la urticaria versus omalizumab durante las primeras 12s. El porcentaje medio de semanas libres de urticaria fue mayor para ligelizumab-72 mg/240 mg versus omalizumab a la s4 (34,4%/37,2% versus 22,5%) y a la s12 (56,6%/60,6% versus 38,1%); fig 1C. En el mismo subconjunto de pacientes, la diferencia entre el porcentaje medio de semanas bien controladas fue menos marcada entre ligelizumab-72 mg/240 mg versus omalizumab a la s4 (56,5%/58,5% versus 45,0%) y a la s12 (77,8%/77,9%, versus 71,9%; fig 1D).

Conclusión. Una mayor proporción de pacientes UCE tratados con ligelizumab mostró un control completo de los síntomas tras la primera dosis (en las primeras 2s), versus omalizumab. Ligelizumab estabilizó el control de los síntomas en más pacientes a lo largo de las primeras 12s versus omalizumab.

6. RESPUESTA A OMALIZUMAB DEL ANGIOEDEMA NO HISTAMINÉRGICO

A. Entrala Bueso^a, F. Vílchez Sánchez^b, A.R.C. Nin Valencia^c, M. Pedrosa Delgado^c, N. Hernández Cano^d, R. Cabañas Moreno^a y T. Caballero Molina^a

^aUnidad de Dermoalergia. Servicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. ^bInstituto de Investigación Sanitaria Hospital La Paz (IdiPaz). ^cServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital La Paz (IdiPaz). Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER Ugep). ^dUnidad de Dermoalergia. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Antecedentes. El angioedema no histaminérgico se define como aquel que no mejora en tratamiento continuo con dosis altas de antihistamínicos H1 (hasta 4 veces la dosis comercializada). Otros

tratamientos como el omalizumab (OMZ), un anticuerpo monoclonal anti-IgE, podrían ayudar a clasificar el angioedema sin habones. **Objetivo.** Se presenta una serie de 7 casos de angioedema no histaminérgico aislado en tratamiento con omalizumab.

Método. Estudio retrospectivo de datos demográficos y clínicos de 7 pacientes seguidos en la Unidad de Dermoalergia del Hospital Universitario La Paz desde el año 2011.

Resultado. Siete pacientes (57% mujeres), edad media 41 ± 13 años. Mediana de la IgE total (rango) (kU/L): 122 (29-356) (tabla 1). Todos los pacientes habían realizado tratamiento previo con antihistamínicos H1 y corticoides, 5 pacientes con montelukast, 1 con ciclosporina, 1 con cromoglicato y 2 con ácido tranexámico. A los 6 meses del inicio del OMZ, los pacientes 1 y 3 consiguieron estar asintomáticos. A los 12 meses de tratamiento, continuaron prácticamente asintomáticos, pudiendo suspender el tratamiento el paciente 3. Los pacientes 5 y 7, alcanzaron el control sintomático tras 12 meses de tratamiento. El paciente 2 tiene diagnóstico concomitante de queilitis granulomatosa de Meisner. En el paciente 4 se suspendió el tratamiento por falta de respuesta (tabla 2). La paciente 6 inició OMZ en 2017, con respuesta parcial. Se reinició en 2019, añadiéndose posteriormente tratamiento con rituximab, produciéndose gran mejoría en cuanto a número de episodios y gravedad. Cuatro de 7 pacientes presentaron efectos adversos relacionados con OMZ, todos ellos leves. Tres pacientes presentaron cefalea; 2, reacción local; 2, somnolencia; 1, hipotensión; 2, síntomas digestivos; 2, aumento de peso y 1, alopecia.

Conclusión. El tratamiento con OMZ redujo la actividad del angioedema sin habones en 5 pacientes, demostrando un papel del basófilo/mastocito en su patogenia. El OMZ puede tener un papel en la clasificación del angioedema.

7. DERMATOSIS URTICARIAL DE ORIGEN OCUPACIONAL: UN CASO PARA NO OLVIDAR

M. Puerta Peña, J. Fulgencio Barbarin, D. Falkenhain López, C. Zarco Olivo, A. Calleja Algarra, F. Tous Romero y J. Ortiz de Frutos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Antecedentes. Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad, residente en Madrid, con antecedente de dos tumores sincrónicos en forma de adenocarcinoma pulmonar metastásico y carcinoma epidermoide laríngeo que ingresó en el hospital por una compresión medular, recibiendo tratamiento con radioterapia y corticoides sistémicos a dosis alta. Cuatro días más tarde, presentó un exantema generalizado y evanescente moderadamente pruriginoso. Dos meses antes, el paciente había presentado un cuadro similar durante un ciclo corto de corticoterapia, con diagnóstico de presunción de urticaria aguda y resolución completa de las lesiones sin tratamiento específico en escasos días. A la exploración física destacaban múltiples tractos eritematoedematosos de morfología lineal y serpiginosa de forma generalizada. Tras una reevaluación a las 24h, las lesiones individuales desaparecían del lugar donde asentaban previamente, con migración a áreas adyacentes de forma rápida. El paciente no presentaba síntomas sistémicos asociados y no refería desencadenantes farmacológicos a parte de los mencionados, contacto con animales o dermatosis previas. Se realizaron analíticas básicas de sangre y orina revelando únicamente una eosinofilia moderada y se realizó una biopsia, cuyo estudio histopatológico mostró un infiltrado mixto perivasculoso superficial e intersticial mixto con predominio de neutrófilos, sugestivo de una dermatosis urticarial neutrofílica. El examen microscópico de heces reveló la presencia de larvas rhabditiformes de *Strongyloides stercoralis* y la prueba de migración-cultivo en placa de agar sangre fue igualmente positiva para dicho microorganismo, confirmando el diagnóstico de larva currens por hiperinfestación de *Strongyloides stercoralis*. El paciente negaba viajes al extranjero, únicamente

había estado en Mallorca y en Alicante en la época adolescente, sin viajes nacionales en los últimos años. Sin embargo, a la anamnesis dirigida el paciente refería haber trabajado en sistemas de saneamiento de aguas fecales en la Comunidad de Madrid durante los últimos 20 años, con contactos ocasionales directos con material fecal. Durante el ingreso, se instauró tratamiento con ivermectina 200 mcg/kg/día y las lesiones fueron resolviéndose gradualmente y los exámenes de heces negativizándose, alcanzando la remisión completa tras 10 días de tratamiento.

Conclusión. Como conclusiones, presentamos el caso de un paciente con lesiones evanescentes en horas, con histología sugestiva de dermatosis urticarial neutrofílica y diagnóstico previo de urticaria aguda que en realidad presentaba una hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis* de origen ocupacional adquirida en Madrid. Se trata del primer caso de origen ocupacional de infección por *Strongyloides* en España descrito en la literatura, destacando la importancia de no excluir estos cuadros en pacientes que no hayan viajado a zonas endémicas. También es importante destacar la importancia de establecer un buen diagnóstico diferencial de las lesiones urticariales, especialmente cuando se asocian con síntomas sistémicos, las lesiones tienen una duración más prolongada, cuando no responden al tratamiento habitual o tienen una morfología y distribución peculiar como es nuestro caso. Además, el estudio histológico no siempre es confirmatorio, ya que en muchas entidades los hallazgos pueden ser similares y es necesario la realización de otras pruebas complementarias según la sospecha clínica para llegar al diagnóstico.

8. PATOLOGÍA CUTÁNEA ASOCIADA AL USO DE EPI DURANTE LA PANDEMIA EN NUESTROS TRABAJADORES SANITARIOS

A. Sánchez Gilo, G. de las Casas Cámara, A. Alegre, L. Ascanio, A.M. Delgado, R. Muñoz, M.D. Caro, M. Gutiérrez y F.J. Vicente

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Antecedentes. La pandemia mundial del virus SARS-CoV-2 ha obligado a los trabajadores de la salud a portar equipos de protección individual (EPI) bajo condiciones extremas, hecho que ha favorecido el desarrollo de patología cutánea. Se han descrito prevalencias entre el 42,8% y el 97%, estando en la mayoría de las ocasiones en alrededor de un 70%, localizándose en manos y cara. Entre los factores de riesgo destacan sexo femenino, llevar EPI más de 6 h, aumento de la frecuencia del lavado de manos. Trabajo en hospitalización, aumento de sudor, no usar emolientes.

Objetivo. Nuestro objetivo fue conocer la frecuencia de patología cutánea asociada al uso de EPI en nuestro hospital.

Método. Se remitió una encuesta online a todos los trabajadores que estuvieron activos durante la primera ola de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 en marzo de 2020.

Resultado. Encuestamos 275 trabajadores, el 81,5% fueron mujeres, con una prevalencia de daño cutáneo del 72,7%, la mayoría realizó trabajo asistencial en el área de hospitalización. La localización más frecuente fue cara y manos. Los factores asociados al daño cutáneo general fueron el sexo femenino, trabajo asistencial y ámbito de trabajo en UCI/UCIR. Enfermería fue el estamento más afectado. El daño cutáneo por uso de EPI se asoció a portar EPI durante más de 4 horas, número de capas de guantes, aumento del aseo diario y antecedentes de dermatitis atópica.

Conclusión. El perfil de trabajador afecto sería una enfermera con trabajo en el ámbito UCI/UCIR. La aparición de esta patología difícil en desarrollo normal del trabajo. Por tanto, debemos prevenirla y tratarla de forma precoz cuando aparezca, teniendo en cuenta también servicios donde se portan EPI al margen de la pandemia, tales como quirófano, etc. Por tanto, es de extrema importancia entrenar a los trabajadores sobre las medidas de prevención y el tratamiento precoz de dicha patología si apareciese.

9. ESTUDIO DE HIPERSENSIBILIDAD A MALASSEZIA FURFUR EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA CON PATRÓN DE CABEZA Y CUELLO, ¿ES ÚTIL COMO BIOMARCADOR E INDICADOR TERAPÉUTICO EN ESTOS PACIENTES?

F.J. Navarro Triviño, Á. Ayén Rodríguez y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Antecedentes. El patrón de cabeza y cuello en pacientes con dermatitis atópica posiblemente es uno de los fenotipos que presenta mayor refractariedad terapéutica.

Objetivo. La detección en sangre de hipersensibilidad a *Malassezia furfur* puede ser útil como biomarcador en pacientes con dermatitis atópica que expresan un fenotipo de cabeza y cuello.

Método. Los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica que presentaban un fenotipo específico con lesiones en cabeza y cuello han sido seleccionados para la determinación analítica de IgE específica frente a *Malassezia furfur*. Las muestras se han analizado en el departamento de Análisis Clínicos del Hospital Universitario San Cecilio de Granada mediante ImmunoCAP m70. Se ha realizado grupo comparativo con pacientes diagnosticados de dermatitis atópica sin lesiones localizadas en cabeza y cuello, pacientes con dermatitis seborreica y grupo control sano. Actualmente se continúa con el reclutamiento para el estudio. El tamaño muestral será de 20 pacientes por cada grupo. Entre las variables a estudio se incluye la sensibilización a neumoalérgenos, el tratamiento actual con dupilumab, los resultados de pruebas epicutáneas, las comorbilidades atópicas asociadas, los niveles de IgE, la respuesta al tratamiento con antifúngicos orales (en aquellos pacientes con hipersensibilidad a *Malassezia furfur* y un patrón de cabeza y cuello), así como la aparición de novo de lesiones en cabeza y cuello.

Resultado. Los pacientes con el fenotipo atópico de cabeza y cuello han mostrado niveles de IgE específica frente a *Malassezia furfur* positivos (niveles superiores a 0,34 ku.arb./L), frente al resto de grupos comparativos. El resto de variables a estudio serán presentadas en la reunión una vez finalice el reclutamiento de pacientes.

Conclusión. Se debería considerar solicitar entre las pruebas complementarias el marcador de hipersensibilidad a *Malassezia furfur* en aquellos pacientes con dermatitis atópica que expresen un fenotipo de cabeza y cuello.

10. LACTATO DESHIDROGENASA SÉRICA COMO BIOMARCADOR EN LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Hervella-Garcés, L. Loidi Pascual, I. Hiltun Cabredo, M. Fernández Parrado y JI. Yanguas Bayona

Complejo Hospitalario de Navarra. Navarra. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria compleja y multifactorial, y están por definir biomarcadores de actividad que sean fiables y accesibles en el entorno clínico general.

Objetivo. Explorar posibles predictores de actividad y respuesta a tratamiento en la DA grave.

Método. Investigamos retrospectivamente la correlación entre los datos clínicos y demográficos de pacientes con DA grave en el momento basal (i) y tras tratamiento con dupilumab (f), y sus cifras de lactato deshidrogenasa total sérica (LDH), más otros parámetros de laboratorio no detallados en este trabajo.

Resultado. El estudio incluyó a 30 pacientes. Otros seis pacientes fueron excluidos por falta de datos. El tiempo máximo de seguimiento fue 14 meses. El 53% fueron mujeres, edad media de 43 años, y con 23 años de duración media de la enfermedad. Los niveles basales de LDH (N: 125-210) se correlacionaron con la gravedad de la dermatitis y estos se redujeron de forma moderada pero significativa en los pacientes con buena respuesta a tratamiento: registro inicial: SCORADi medio de 66,4 (\pm 3,6), LDHi 314,3 (\pm 61,6);

registro actual: SCORADf 18,9 (\pm 5,2), LDHf196,1 (\pm 22,3). A diferencia de un trabajo recientemente publicado, niveles iniciales más altos de LDH no se asociaron a una peor respuesta al tratamiento con dupilumab en nuestros pacientes.

Conclusión. En pacientes con dermatitis atópica grave, los niveles séricos elevados de LDH tienen una correlación significativa con la gravedad de la enfermedad, y en nuestra experiencia, estos niveles no predicen la respuesta a dupilumab.

11. ESCALAS DE GRAVEDAD EN DERMATITIS ATÓPICA, ¿DETERMINAN REALMENTE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO? ESTUDIO PROSPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. Carmona-Oliveira, J.A. Suárez Pérez, G.G. Garriga Martina, E. Herrera Acosta y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Antecedentes. Existen distintas escalas para valorar la gravedad de la dermatitis atópica.

Objetivo. Evaluar la eficacia y fiabilidad de las escalas para valorar la dermatitis atópica (DA) en práctica clínica real.

Método. Estudio prospectivo de tipo observacional de los valores en las escalas de gravedad de pacientes con DA en tratamiento con dupilumab. Realizamos mediciones en la semana 0 y en la semana 4 tras el inicio del tratamiento. La cohorte de pacientes está formada por 32 pacientes.

Resultado. Nuestra cohorte estaba formada por 32 pacientes, de los cuales 22 eran varones. A todos los pacientes se les valoró la gravedad de la DA con distintas escalas objetivas, basadas en la exploración física realizada en consulta (EASI, IGA, BSA, IGA x BSA, SCORAD) y subjetivas, basadas en la percepción y sensación de enfermedad del propio paciente (NRS-itch, NRS-sleep, POEM, DLQI), en la semana 0 y en la semana 4 tras el inicio del tratamiento con dupilumab. A continuación se enumeran los valores medios de las escalas en la semana 0 y en la semana 4: EASI 26.75, 12.4; IGA 3.87, 2.3; BSA 34.58, 19.14; IGA x BSA 132.63, 50.033; SCORAD 60.22, 34.88; NRS-itch 7.44, 2.95; NRS-sleep 7.8, 2.63; POEM 21.32, 11.29; DLQI 15.65, 9.04. En la semana 4, 7 pacientes presentaban un EASI 7 (DA leve), pero 3 de ellos continuaban con un SCORAD 30-35 (DA moderada).

Conclusión. Existen diferentes escalas para valorar la gravedad de la DA, unas objetivas y otras subjetivas que miden calidad de vida. Las escalas utilizadas para evaluar la actividad de la dermatitis atópica han mostrado diferente grado de sensibilidad al cambio del estado basal. Es imprescindible combinar las escalas objetivas con las subjetivas para complementar la información de respuesta al tratamiento en pacientes con dermatitis atópica.

12. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN 177 PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

G. Melé-Ninot^a, M. Bonfill Ortí^b, I. Figueras Nart^b, L. Curto Barredo^c, V. Expósito Serrano^d, M. Munera-Campos^e, J.M. Carrascosa^e, C. Riquelme Mc Loughlin^f, S. Gómez Armayones^f y E. Serra Baldrich^g

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitari Sagrat Cor.

^bHospital de Bellvitge. ^cHospital de Llobregat. ^dHospital del Mar. ^eHospital Universtari Parc Taulí. Sabadell. ^fHospital Universitari Germans Trias i Pujol. IGTP. Badalona. ^gHospital Clínic. ^hHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con una importante afectación de la calidad de vida.

Objetivo. En aquellos pacientes con DA moderada-grave, dupilumab se ha demostrado eficaz y seguro en los ensayos clínicos, pero disponemos de pocos estudios sobre la eficacia y seguridad en la práctica clínica habitual.

Método. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en 7 hospitales catalanes incluyendo pacientes con DA en tratamiento con dupilumab. Se recogieron los datos demográficos, del tratamiento previo y de transición, de eficacia (EASI, IGA, NRS-prurito y DLQI) y de seguridad del fármaco.

Resultado. Se incluyeron 177 pacientes, de los cuales el 57,6% eran hombres con una edad media de 39,5 años [16-85]. El tiempo de evolución medio de la DA fue de 25,6 años (DE 13,6) y la forma clínica predominante fue la flexural (45,3%). El 52,2% presentaban antecedentes personales de asma, el 47,4% de rinitis y el 37,8% de conjuntivitis. El 98,9% había recibido al menos un tratamiento sistémico previo, siendo los corticoides sistémicos (98,3%) y la ciclosporina (85,3%) los más utilizados. El 36,4% había realizado algún tratamiento sistémico durante el inicio de dupilumab. El 61,1% de los pacientes alcanzaron un EASI75 en la semana 16 (16w), el 71,5% en 24w y el 82,9% en 52w. Se observó una mejoría del IGA de 2 puntos en el 91,7% (16w), 87,2% (24w) y 75,7% (52w), y una mejoría del DLQI de 4 puntos en el 91,9% (16w), 93% (24w) y 90,2% (52w). El 34,7% presentó al menos algún efecto adverso, siendo el más frecuente la conjuntivitis, pero en ningún caso requirió interrumpir el tratamiento.

Conclusión. Nuestra serie demuestra que dupilumab es un tratamiento eficaz y seguro en práctica clínica real, con resultados incluso mejores a los observados en los ensayos clínicos.

13. IMPACTO TEMPRANO DE DUPILUMAB EN LA CALIDAD DE VIDA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 24 PACIENTES

G.G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez, A. Carmona Oliveira, E. Herrera Acosta y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Antecedentes. Dupilumab es el primer fármaco biológico aprobado para el tratamiento de dermatitis atópica moderada-severa

Objetivo. Evaluar la eficacia, seguridad e impacto en calidad de vida tempranos de dupilumab en pacientes adultos con dermatitis atópica severa en las primeras 4 semanas de tratamiento.

Método. Se realizó un estudio prospectivo monocéntrico en el cual se incluyeron todos aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con dupilumab durante su primer año poscomercialización en España (n = 24). La severidad de la enfermedad fue evaluada mediante las escalas EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Physician Global Assessment (PGA), Body Surface Area, Peak Numeric Rating Scale (NRS) para picor, NRS para sleep disturbance, Patient Oriented Eczema Measure (POEM) y Dermatology Quality of Life Index (DLQI).

Resultado. Se incluyeron 24 pacientes. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en todas las variables medidas tras 4 semanas de tratamiento, con una reducción media del 50,8% para la escala EASI (p < 0,001), 36,1% para SCORAD (p < 0,001), 39% para PGA (p < 0,001), 39,5% para BSA (p = 0,012), 54,9% para NRS-itch (p < 0,001), 66,1% para NRS-sleep (p < 0,001), 44,1% para POEM (p < 0,001), 47,2% para DLQI (p < 0,001). La mejoría en el picor y sueño fueron significativas desde la segunda semana de tratamiento, con una media basal de 8,0 para ambas variables y una media de 6,0 y 5,3 a la segunda semana, respectivamente (p < 0,001). No se reportó ningún evento adverso durante el periodo de seguimiento. Aquellos pacientes que en el momento de inicio de dupilumab se encontraban en tratamiento con algún inmunosupresor sistémico (45,8%) lo mantuvieron durante el periodo de seguimiento sin modificar su posología.

Conclusión. Dupilumab ha logrado una mejoría en la severidad de la AD y en la calidad de vida significativas desde la semana 4 de tratamiento. Aquellas variables relacionadas con la calidad de vida, dependientes de la percepción del paciente, mostraron una mejoría mayor que las escalas dependientes de la valoración facultativa.

14. RESULTADOS DE SEGURIDAD DE LABORATORIO A LAS 52 SEMANAS DE UN ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTA (OLE) DE DUPILUMAB EN PACIENTES ADOLESCENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE

I. Betlloch Mas^a, M.J. Cork^b, B. Lockshin^c, A. Blauvelt^d, Z. Chen^e, R. Prescilla^f y A. Bansal^e

^aHospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación ISABIAL. Alicante. ^bUniversidad de Sheffield. Sheffield. Reino Unido. ^cUniversidad de Georgetown. Rockville. MD. ^dOregon Medical Research Center. Portland, OR, ^eRegeneron Pharmaceuticals, Inc. Tarrytown. NY. ^fSanofi Genzyme. Cambridge. MA, EE. UU.

Antecedentes. En adolescentes tratados durante 16 semanas y adultos tratados hasta 3 años en los ensayos clínicos de dupilumab, no se notificaron cambios clínicamente significativos en los parámetros de laboratorio.

Objetivo. Presentamos los resultados analíticos del ensayo OLE (en curso) a largo plazo (LIBERTY AD PED-OLE; NCT02612454) de dupilumab en adolescentes (12-17 años) con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave.

Método. Se incluyeron adolescentes de estudios previos de dupilumab. En marzo de 2017, la administración semanal según el peso (2 o 4 mg/kg) pasó a una dosis fija (300 mg cada cuatro semanas, Q4W), que se incrementó en caso de respuesta clínica inadecuada en la sem. 16: pacientes < 60kg: 200 mg-Q2W; pacientes 60 kg: 300 mg-Q2W. Se permitió el uso simultáneo de corticosteroides e inhibidores de calcineurina tópicos.

Resultado. Se evaluaron datos analíticos de seguridad (corte de datos: 15/12/2018) al inicio del ensayo OLE, a la sem. 16 y 52 (n = 299/294/105, respectivamente). La media (DE) de eosinófilos ($\times 10^9/l$) fue elevada (0,7 [0,8]; intervalo normal: 0-0,5 $\times 10^9/l$) a nivel basal y disminuyó respecto a los valores basales en la sem. 52 (cambio medio: -0,3 [1,1]). Las medias de leucocitos, neutrófilos, hemoglobina y plaquetas permanecieron dentro de los intervalos normales y no se desviaron de los valores basales. No hubo cambios clínicamente relevantes en los parámetros bioquímicos (creatina quinasa, albúmina, proteínas, bilirrubina, potasio, FA, creatinina, nitrógeno ureico en sangre, lactato deshidrogenasa y glucosa). Estos resultados fueron consistentes con el perfil de seguridad previamente conocido de dupilumab.

Conclusión. No hubo cambios clínicamente significativos en los parámetros analíticos a las 52 semanas de tratamiento con dupilumab en adolescentes (12-17 años) con DA de moderada a grave, similar a los hallazgos previos en adolescentes y adultos. Estos resultados indican que no es necesario controlar periódicamente los parámetros hematológicos y bioquímicos en esta población antes del tratamiento con dupilumab o durante el mismo.

15. ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN DA MODERADA Y GRAVE EN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Lorca Spröhnle, A. Casanova Esquembre, A. Martínez Domenech, J. Magdaleno Tapial, A. Esteve Martínez y V. Zaragoza-Ninet

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que suele comenzar a edades tempranas y tiene un curso heterogéneo. Las IL-4 e IL-13, entre otras, son claves

en la inmunopatogénesis de la enfermedad. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad del receptor alfa de la IL-4 que bloquea la señalización tanto de la IL-4 como de la IL-13.

Objetivo. Comparar diferencias en la respuesta, eficacia y seguridad del uso de dupilumab en edad pediátrica y adulta.

Método. Estudio retrospectivo comparativo de serie de casos de pacientes < 18 y > 18 años con diagnóstico de DA moderada a grave que están bajo tratamiento con dupilumab.

Resultado. Se expondrán las diferencias entre las poblaciones en términos de eficacia (EASI, EVA de prurito, EVA de alteración del sueño, IGA, SCORAD) y de seguridad (efectos adversos).

Conclusión. Se trata de un estudio comparativo de respuesta a dupilumab en diferentes grupos etarios

16. OPTIMIZACIÓN DE LA RESPUESTA A DUPILUMAB MEDIANTE LA COMBINACIÓN CON OTROS FÁRMACOS SISTÉMICOS O FOTOTERAPIA

L. Curto Barredo^a, E. Serra Baldrich^b, J.F. Silvestre^c, M. Rodríguez^d, F. Tous^e, J. Ortiz de Frutos^f, S. Gómez Armayones^f, C. Riquelme Mc Loughlin^g, G. Melé Ninot^h, V. Expósito Serranoⁱ, M. Bonfill Ortiⁱ e I. Figueras Nartⁱ

^aHospital del Mar. ^bHospital de Sant Pau. Barcelona. ^cHospital General de Alicante. ^dHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ^eHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^fHospital Clínic. ^gHospital Universitari Sagrat Cor. ^hHospital Universitari Parc Taulí. ⁱHospital de Bellvitge. Barcelona. España.

Antecedentes. La mayoría de los pacientes con dermatitis atópica (DA) moderada-grave responden bien al tratamiento con dupilumab. No obstante, existe un porcentaje variable de pacientes (10-20%) en los que hay respuesta parcial o pérdida de respuesta al dupilumab y en los que no se consigue un buen control de la enfermedad a pesar de la intensificación de los tratamientos tópicos.

Objetivo. Evaluar la efectividad y seguridad de la combinación de dupilumab con tratamientos sistémicos o fototerapia.

Método. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de 9 hospitales incluyendo pacientes con DA moderada-grave den tratamiento con dupilumab que han requerido el uso de fototerapia u otros tratamientos sistémicos combinados con dupilumab para optimizar el control de la enfermedad.

Resultado. De los 291 pacientes tratados con dupilumab, 24 (8,2%) precisaron algún fármaco en combinación para el control de la DA. El 33,3% eran mujeres con una edad media de 40,6 años [8-71]. La duración media de la enfermedad fue de 27,9 años siendo la forma clínica predominante la flexural (70,8%). El EASI basal era 35, NRS-prurito basal 8,1 y DLQI basal 19,3. La media de tratamientos sistémicos previos al dupilumab fue de 2,8, siendo el más frecuente la ciclosporina (95,8%). El tiempo hasta el inicio de la combinación fue de 10,8 meses. El EASI medio previo a la combinación fue de 17,8 y el NRS-prurito de 6,1. El fármaco asociado con mayor frecuencia fue la ciclosporina (58,3%) seguida de tandas cortas de glucocorticoides orales (16,7%), metotrexato (12,5%) y fototerapia (12,5%). Se observó mejoría con todos los tratamientos, con una reducción en el EASI medio a las 16 semanas del 63%. No se observaron efectos secundarios relevantes.

Conclusión. La combinación de dupilumab con otros tratamientos sistémicos o fototerapia en pacientes con respuesta parcial a dupilumab parece segura y efectiva.

17. REACCIÓN PSORIASIFORME DE NOVO INDUCIDA POR DUPILUMAB EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

F. Partarrieu Mejías, A. Casanova Esquembre, J. Lorca Spröhnle, C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal y V. Zaragoza Ninet

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. La psoriasis y la dermatitis atópica corresponden a polos opuestos en el espectro de enfermedades mediadas por linfocitos T-helper 1/17 y Th 2. Desde la aprobación de dupilumab, anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad del receptor de IL-4, en 2017 para el tratamiento de la dermatitis atópica, se han reportado casos de psoriasis de novo en pacientes recibiendo este fármaco.

Resultado. Mujer de 39 años con dermatitis atópica grave en tratamiento con dupilumab desde junio 2020, con resolución completa de las lesiones tras 4 meses de tratamiento; consulta de imprevisto en mayo de 2021 por presentar un brote de lesiones eritematodescamativas en tronco y cuero cabelludo. La exploración física reveló placas psoriasiformes bien delimitadas afectando cuero cabelludo, tronco con morfología guttata y una placa de psoriasis invertida en zona perineal. No tenía historia personal o familiar de psoriasis. Se decidió mantener dupilumab y se pautó betametasona/calcipotriol en espuma para las placas del tronco y clobetasol en champú para el cuero cabelludo, con resolución completa de las lesiones en 2 semanas. Al mes siguiente, se decidió suspender dupilumab por deseo genésico de la paciente. No ha tenido recidiva de las lesiones psoriasiformes.

Conclusión. La dermatitis atópica presenta un predominio de linfocitos Th2 con un leve viraje a Th1 en su fase crónica. Varios autores han propuesto que un viraje más pronunciado hacia Th1/Th17 inducido por dupilumab podría explicar la aparición de psoriasis. Estudios han mostrado que IL-4 tiene un efecto regulador negativo sobre Th1/17, supresor de la producción de IL-23, y sobre la maduración de las células dendríticas, las cuales juegan un rol clave en el desarrollo de la psoriasis. La expresión aumentada de IL-17A e IL-23A en biopsias de placas psoriasiformes comparado a la piel sana de pacientes tratados con dupilumab parece apoyar esta hipótesis.

18. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, Y ALÉRGICO EN PACIENTES ATÓPICOS CON DERMATITIS DE LAS MANOS. EVALUACIÓN DEL REGISTRO ESPAÑOL DE DERMATITIS DE CONTACTO (REIDAC)

M. Martínez Molina^a, V. Mora Fernández^a, R. González Pérez^b, S. Córdoba Guijarro^c, L. Borrego Hernando^d, A. Giménez Arnau^e, I. Ruiz González^f, J.F. Silvestre Salvador^g, P. Mercader García^h, F.J. Ortiz de Frutosⁱ, T. Sanz Sánchez^j, M. Rodríguez Serna^k, V. Fernández Redondo^l, F.J. Miquel Miquel^m, F. Heras Mendazaⁿ, I. García Doval^o y J.M. Carrascosa^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ^bHospital Universitario de Araba. Araba. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ^dComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria. ^eHospital del Mar. IMAS. Barcelona. ^fComplejo Universitario Asistencial de León. León. ^gHospital General de Alicante. Alicante. ^hHospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ⁱHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^jHospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ^kHospital Universitario de la Fe. Valencia. ^lComplejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ^mHospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁿHospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^oUnidad de Investigación de la AEDV. España.

Antecedentes. La dermatitis de las manos (DM) es frecuente en los pacientes con dermatitis atópica (DA). Pocos estudios describen las características de estos pacientes a partir de poblaciones amplias y representativas de ámbitos geográficos y laborales diferentes.

Objetivo. Describir el perfil epidemiológico, clínico y alérgico de los pacientes con DM a los que se realizan pruebas epicutáneas, comparando los pacientes con DA con los pacientes sin DA.

Método. El estudio se ha realizado a partir de los datos del REIDAC, un registro multicéntrico nacional de pacientes a los que se reali-

zan pruebas epicutáneas, seleccionando a todos los pacientes con DM, comparando los pacientes con y sin DA.

Resultado. Se incluyeron 1466 pacientes parcheados por DM desde enero de 2018 hasta junio de 2020. Los pacientes con DA fueron más jóvenes y con una duración de los síntomas mayor. Los antecedentes ocupacionales como desencadenantes se registraron en menor medida que en los pacientes no atópicos (38 vs. 53%). La única profesión en la que se encontraron diferencias significativas fue la peluquería. Los alérgenos más detectados fueron el sulfato de níquel, la metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona, el cloruro de cobalto, el dicromato potásico, mezcla de fragancias I y II, y el formaldehído. Los diagnósticos más frecuentes fueron dermatitis alérgica de contacto (DAC); 24% en atópicos vs. 31 % en no atópicos (p 0,0224) y el eccema de contacto irritativo; 18% atópicos vs. 35% no atópicos (p < 0,001)

Conclusión. La DA es frecuente en los pacientes parcheados con afectación predominante de las manos. Existen diferencias clínicas, epidemiológicas y de diagnóstico final de estos pacientes con respecto al conjunto de pacientes con DM.

19. COSMETOVIGILANCIA EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN EN DERMATITIS Y ALERGIA DE CONTACTO. REVISIÓN DE LAS DECLARACIONES DE REACCIONES ADVERSAS GRAVES A LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS

L. Borrego^a, M.E. Gatica Ortega^b, P. Mercader García^c, C. Arizmendi Vélez^d, R. Sánchez León^d, M. de Vega^e e I. García Doval^e

^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^bComplejo Hospitalario Universitario Toledo. ^cHospital General Universitario José M^o Morales Meseguer. Murcia. ^dProductos Cosméticos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). ^eUnidad de Investigación. Fundación Piel Sana. AEDV (e), Madrid. España.

Antecedentes. La vigilancia epidemiológica es uno de los instrumentos fundamentales en la prevención de amenazas para la población. La cosmetovigilancia es la aplicación de esta vigilancia en el uso de productos cosméticos, en la que la notificación de reacciones adversas graves es una de las herramientas más importantes. Desde enero del 2019 se ha establecido un convenio de colaboración mediante el cual los investigadores del Registro Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea notifican a través del propio registro las reacciones adversas graves por cosméticos a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

Objetivo. Analizar las reacciones adversas graves notificadas a la AEMPS a través de la plataforma del REIDAC desde enero de 2019 hasta junio de 2021.

Método. Se realiza un estudio descriptivo de las notificaciones realizadas por reacciones adversas graves por cosméticos a la AEMPS a través del REIDAC desde enero de 2019 a julio de 2021.

Resultado. Durante este periodo se declararon 6 reacciones graves por productos cosméticos, todos en mujeres. Cuatro de las notificaciones fueron ocasionadas por alérgenos regulados estrictamente en la normativa europea (metil isotiazolinona en champú un caso y acrilatos para esmalte de uñas 3 casos) y dos casos con alérgenos no incluidos rutinariamente en las baterías de contacto (fitonadiona epóxido y fenil etilresorcinol). El criterio de la notificación en todos los casos fue por ocasionar incapacidad funcional temporal.

Conclusión. Nuestro estudio se ve limitado por las restricciones al acceso de las Unidades de Dermatitis de Contacto producida por la pandemia COVID-19. Es de destacar la declaración de casos graves en relación con una normativa teóricamente restrictiva.

20. ESTUDIO DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: MACHINE LEARNING APLICADO A LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS

R. García Castro^a, C.A. Pedroza Pérez^b, D.D. Pedroza Pérez^c, V. Velasco Tirado^c, M. González de Arriba^d, M. Alonso Sardón^d, D. Santiago Sánchez-Mateos^d y F. Heras Mendaza^d

^aHospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bUniversidad de Salamanca. Salamanca. ^cUniversidad de Málaga. Málaga. ^dHospital Clínico de Salamanca. ^eUniversidad de Salamanca. Salamanca. ^fHospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes. El estudio de las dermatitis de contacto (DC) suele requerir pruebas epicutáneas (PE) para detectar posibles sensibilizaciones alérgicas de contacto que confirmen un origen alérgico (dermatitis alérgica de contacto, DAC). El Machine Learning (ML) es una rama de la inteligencia artificial que permite a las máquinas, sin estar previamente programadas, mediante el empleo de algoritmos y modelos estadísticos, aprender de un conjunto de datos basándose en el reconocimiento de patrones. Estos patrones podrán utilizarse después para predecir comportamientos o resultados.

Objetivo. Desarrollar un modelo de ML capaz de predecir resultados positivos en pruebas epicutáneas (PE) en pacientes que consultan por dermatitis de contacto (DC).

Método. Se incluyeron datos de 381 pacientes estudiados en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de Salamanca entre marzo de 2016 y febrero de 2020, evaluando datos de: edad, sexo, antecedentes de atopia, localización de las lesiones, fuentes de exposición, ocupación, entre otros. Se realizó un árbol de decisión con el algoritmo CART, se entrenó y evaluó usando la validación cruzada tomando en cuenta la precisión, la sensibilidad y el F1 score.

Resultado. Se obtuvo un modelo que predice, con una precisión superior al 70% y una sensibilidad superior al 50-70%, los pacientes que tendrían resultados positivos en PE estudiados por DC. El aumento del tamaño muestral permitiría mejorar estos resultados, así como es preciso evaluar este mismo modelo con datos de nuevos pacientes.

Conclusión. La disponibilidad de una herramienta que facilite al dermatólogo su labor en la decisión de realizar o no PE, que consume tiempo y recursos, puede ser de gran ayuda. Un modelo de Machine Learning tipo árbol de decisión es capaz de predecir con suficiente sensibilidad y precisión qué pacientes con DC se beneficiarían de PE. Así, este podría servir de complemento a la experiencia profesional del dermatólogo en la indicación de PE.

21. DERMATITIS DE CONTACTO AEROTRANSPORTADA POR PAO FERRO

M. Segado Sánchez, J.J. Parra García, F.J. Martínez Ortega, D. López Martínez, A.M. Victoria Martínez, E. García Martínez, A. López Mateos, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J.F. Frías Iniesta y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Hospital Virgen Arrixaca. Murcia. España.

Antecedentes. Presentamos un caso de dermatitis de contacto aerotransportado en un paciente que fabricaba guitarras.

Objetivo. Varón, 57 años de edad, que como actividad recreativa trabajaba en la fabricación de guitarras artesanales desde hacía un año. Acudió a consultas externas por presentar lesiones eccematosas y pruriginosas en cara, cuello, antebrazos y tronco. No refería sintomatología respiratoria.

Método. Realizamos estudio con pruebas epicutáneas serie estándar del GEIDAC así como con polvo de las distintas maderas empleadas por el paciente.

Resultado. La serie estándar del GEIDAC fue negativa a las 96 horas. El polvo de las maderas (10% en vaselina) suministrado por el paciente demostró a las 96 horas: Pao Ferro (+++), ébano (-), cedro (-) y Palo Santo Madagascar (-).

Conclusión. Las maderas tropicales pueden producir dermatitis de contacto irritativa y alérgica. El mecanismo de producción se puede deber al contacto directo con el polvo de la madera o a un mecanismo aerotransportado. Puede ocurrir, asimismo, rinitis, conjuntivitis y sintomatología respiratoria. Pao Ferro o Palisandro de Santos es un árbol exótico que proviene de Brasil y Bolivia. Su nombre botánico es *Machaerium scleroxylon*. Esta madera es muy utilizada para la fabricación de instrumentos musicales, muebles y joyería. El alérgeno responsable es (R)-3,4 dimetoxidalbergiona, que es el compuesto más sensibilizante del grupo de las dalbergionas. Nuestro paciente trabajaba de forma recreativa en la fabricación de guitarras artesanales empleando la madera Pao Ferro. El cuadro clínico consistió en una dermatitis de contacto aerotransportada y se demostró la positividad a Pao Ferro en la prueba epicutánea.

22. FOTOALERGIA POR PIRFENIDONA

M. Rodríguez Serna^a, C. Pujol Marco^a, N. Chaparro Aguilera^a, J. Roca Gines^a, J. Sánchez Arraez^a, V. Dios Guillan^b y F.J. Miquel Miquel^b

^aHospital la Fe. ^bHospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Antecedentes. La pirfenidona es un tratamiento antiinflamatorio y antifibrotico utilizado en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). El rash cutáneo y la fotosensibilidad se encuentran entre los efectos adversos clasificados como muy frecuentes, siendo raro que su aparición obligue a la interrupción de la terapia.

Caso clínico. Paciente de 63 años de edad visto por urgencias en septiembre de 2020 con un rash eczematoso muy pruriginoso con algunas zonas descamativas que se inició en zonas fotoexpuestas y que posteriormente se generalizó respetando zona del bañador y axilas. Cuatro meses antes había iniciado tratamiento con pirfenidona (2403 mg/día) por su FPI. Se instauró tratamiento con prednisona oral 30 mg día y metilprednisolona tópica sin mejoría por lo que se suspendió el tratamiento con pirfenidona, con mejoría progresiva de sus lesiones cutáneas.

Método. En febrero de 2021 se realizó estudio fotobiológico.

Resultado. El fototest mostró un resultado patológico: una respuesta anómala a UVA que se inició a 5 de jul /cm² y una DEM disminuida para UVB. Se realizó un fotoparche con pirfenidona 1% y 10% en vaselina con positividad a las 72 horas. Cinco controles realizados fueron negativos. Con estos datos se diagnosticó de reacción fotoalérgica inducida por pirfenidona.

Conclusión. Presentamos un nuevo caso de dermatitis fotosensible por pirfenidona. La mayor parte de los casos descritos tienen un mecanismo fototóxico, y la reducción de dosis o la retirada hasta la desaparición de los síntomas y la posterior reintroducción de una forma más lenta, junto con la fotoprotección suele permitir que el paciente no tenga que suprimir esta medicación. En el caso de que la reacción sea como en nuestro caso de origen fotoalérgico la pirfenidona debe suprimirse definitivamente. Dado el incremento de pacientes con FPI con este tratamiento nos parece interesante conocer esta patología e intentar filiar su mecanismo (fototóxico/fotoalérgico).

23. ¿TIENE MI HIJA ALERGIA AL SOL?

R. Linares Navarro, I. Ruiz González, L.M. Valladares Narganes, C.C. Olmos Nieva, S. Delgado Vicente y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes. Los filtros solares químicos son, junto con los antiinflamatorios no esteroideos tópicos, el grupo de sustancias que causa reacciones fotoalérgicas con mayor frecuencia. Muchos de ellos se recomiendan en la batería básica de las pruebas de fotoparche europea.

Objetivo. Presentamos un caso de una niña de cinco años con lesiones eritematosas en cara, tronco y extremidades que aparecen tras la exposición solar, previa aplicación fotoprotectores diferentes.

Las lesiones duraban varios días y remitían con corticoides tópicos y antihistamínicos orales. Había sido diagnosticada de "alergia al sol" y había dejado de realizar actividades al aire libre.

Método. Se parchearon la serie estándar española y la serie fragancias y se realizó fotoparche con la serie de fotoprotectores y sus principales productos propios.

Resultado. La lectura fue positiva a las 48 y 96 horas a Isoamyl p-methoxycinnamate y Disodium Phenyl Dibenzimidazole Tetrasulfonate al 10% en vaselina así como a uno de sus productos propios, correspondiente con un fotoprotector que contenía Isoamyl p-methoxycinnamate. La radiación UVA produjo un incremento leve en la positividad de la reacción de los dos filtros mencionados, es decir una reacción fotoaumentada. El resto de alérgenos fueron negativos a las 48 y 96 horas.

Conclusión. El Isoamyl p-methoxycinnamate pertenece al grupo de los cinamatos. Estos filtros absorben radiación UVB y se relacionan con saborizantes y aromas como el bálsamo de Perú, con los que pueden dar reacciones cruzadas.

El Disodium Phenyl Dibenzimidazole Tetrasulfonate es un filtro orgánico relativamente reciente en el mercado con máxima absorción del espectro UVA I. Se han documentado unos pocos casos de alergia de contacto y fotoalergia. Debido a la edad de la paciente, el tiempo de estudio fue mayor y fue necesario seleccionar los alérgenos más relevantes. La niña ha podido reanudar su vida social y familiar, exponiéndose al sol sin problemas evitando estos alérgenos.

24. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA PEDIÁTRICA: CARACTERIZACIÓN DE ALÉRGENOS ENTRE 2005-2020

D. Pesqué^a, O. Marcantonio^a, W. Uter^b, R.M. Pujol^a y A.M. Giménez-Arnau^a

^aHospital del Mar. Barcelona. España. ^bFriedrich Alexander University of Erlangen. Nürnberg. Alemania.

Antecedentes. La dermatitis de contacto alérgica pediátrica (DCAP) es una causa frecuente de consulta al dermatólogo y se cree que es tan frecuente como en la población adulta, pero muchos casos están infradiagnosticados. A pesar del mayor reconocimiento de esta entidad, menos del 10% de las pruebas epicutáneas se realizan a esta población, a pesar de que supone un 20% de la sociedad.

Objetivo. Caracterizar las características epidemiológicas, comorbilidades, porcentaje de pacientes con pruebas epicutáneas positivas y los alérgenos más frecuentemente evidenciados.

Método. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo mediante el uso de la base de datos WinAlldat, donde están censados los pacientes que consultan a la Unidad de Inmunoalergia por sospecha de DCAP. Todos los pacientes incluidos eran menores de 18 años y fueron estudiados de forma sistemática, entre 2005 y 2020, con las series basales de GEIDAC y europea, y posteriormente con series adicionales si el criterio clínico lo convenía.

Resultado. En 15 años, se pudo estudiar a 443 pacientes (255 mujeres y 188 hombres), de una mediana de edad de 10 años (con desviación estándar 3,9 años). Las comorbilidades más frecuentemente asociadas eran rinoconjuntivitis (130), asma alérgico (50) y dermatitis atópica (44), 151 (34%) pacientes presentaron al menos 1 positividad en las pruebas epicutáneas realizadas. Entre los alérgenos/agregados de alérgenos más frecuentes destacan sulfato de níquel (n = 36), hidroperóxidos limonene (n = 23), cloruro de cobalto (n = 23), metilisotiazolinona (n = 21), tiomersal (21), dicromato potásico (n = 14), hidroperóxidos de linalool (n = 13), formaldehído (n = 13), metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (3:1) (n = 13) y bálsamo del Perú (n = 12).

Conclusión. Presentamos la caracterización de los alérgenos de contacto en la serie de un hospital de tercer nivel. Nuestra serie evidencia que metales y las fragancias, junto con algunos conservantes, continúan siendo las causas más frecuentes de DCAP, concordantemente con series previas.

25. EPIDEMIA DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO OCUPACIONAL A PEGAMENTO PARA PROTECTORES DE PANTALLAS CURVAS DE TELÉFONOS MÓVILES

F. Herreros Montejano^a, M. Mowitz^b, F. Heras Mendaza^c, T. Sanz Sánchez^d, M.E. Gatica Ortega^e, A. López Mateos^f, C. Valenzuela Oñate^e, C. Faura Berruga, M. Bruze^a, C. Svedman^a y M.A. Pastor Nieto^g

^aHospital Fremap. Department of Occupational and Environmental Dermatology. Lund University. Skåne University Hospital. Malmö. Suecia. ^bFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cHospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. ^eHospital Universitario de Albacete. Albacete. ^fHospital General Universitario de Valencia. Valencia. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Antecedentes. La sensibilización a acrilatos causa morbilidad en diferentes ámbitos.

Objetivo. Describir una epidemia de dermatitis alérgica de contacto (DAC) profesional a un pegamento de protectores de teléfonos móviles en trabajadoras de una cadena de tiendas de carcasas.

Método. Se realiza un estudio descriptivo de una serie de casos. Se realiza análisis químico del pegamento. Se evalúan los resultados de las pruebas epicutáneas (incluidas las de los ingredientes identificados).

Resultado. Se evaluaron 13 mujeres de 25 años de edad media (20-33). Todas tenían lesiones en pulpejos y 8 en otras localizaciones (p. ej. cara y antebrazos). Se realizaron pruebas epicutáneas con el pegamento mezclado con vaselina (6/12 casos) siendo todos positivos (fuertes en 5/6). Se estudiaron 12/13 con las baterías estándar del GEIDAC y acrilatos resultando positivas en 2/12 para sulfato de níquel y en 3/12 para diversos acrilatos: 2-HPMA (2), THFMA (2), HEMA (1), 2-HEA (1), EA (1), EGDMA (1) y EMA (1). IBOA se estudió en 9 casos siendo negativo. Siete usaban manicura con acrilatos (incluidas las sensibilizadas a acrilatos) pero nunca habían presentado reacciones asociadas. Análisis químico: según el fabricante, el pegamento contenía polyurethane acrylate, methacrylate, acrylic acid, HEMA, propylmethoxy siloxane, y photoiniciador 184; pero en la etiqueta y ficha técnica figuraban IBOA (isobornyl acrylate), fotoiniciador y poliuretano-oligómero. El análisis químico reveló, sin embargo, la presencia de isobornyl methacrylate, lauryl acrylate, N-acryloylmorpholine (ACMO) y trazas de otro componente no identificado. Pruebas epicutáneas con los componentes en 7 pacientes: ACMO 0,5% fue positivo en 3/4 pacientes positivas al pegamento (+++ en 1 caso; 1+ en 2) y en 3 no estudiadas con el pegamento (1+) (22 controles resultaron negativos y 3 positivos).

Conclusión. Se presenta una serie de casos de DAC profesional posiblemente causada por la sensibilización a ACMO, molécula no descrita previamente como causa de eccema de contacto.

26. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO NO OCUPACIONAL A 4-ACRYLOYLMORPHOLINE CONTENIDA EN EL PEGAMENTO DE LA PANTALLA PROTECTORA DE UN SMART WATCH

L. Carbonero Jiménez^a, M. Mowitz^b, M.A. Pastor Nieto^c, A.B. Gargallo Quintero^a, B.A. Gómez Dorado^a, F. Heras Mendaza^d, F. Herreros Montejano^e, T. Sanz Sánchez^f, M. Bruze^b, C. Svedman^b y M.E. Gatica Ortega^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España. ^bDept. of Occupational and Environmental Dermatology. Lund University. Skåne University Hospital. Malmö. Suecia. ^cHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^dFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eOccupational Dermatology Dept. Hospital Fremap. ^fHospital Infanta Sofía. Madrid. España.

Antecedentes. La sensibilización a acrilatos ha alcanzado una importante relevancia ligada fundamentalmente al uso creciente de

esmaltes permanentes y sensores de glucosa (y otros dispositivos médicos), constituyendo a día de hoy una verdadera pandemia.

Objetivo. Estudiar un caso de dermatitis alérgica de contacto aguda a un smart-watch con alérgenos no comercializados.

Método. Se estudia el caso de una mujer de 45 años, con antecedentes de reacciones a esmaltes permanentes, remitida por eczema agudo en el área de contacto un smart-watch. La paciente había utilizado el reloj en dos ocasiones sin consecuencias. Posteriormente, le fijaron un protector de cristal templado con un pegamento fotopolimerizable en una tienda especializada en carcasas y tras el primer día de uso se despegó. Tres semanas después, se lo volvieron a colocar en la misma tienda y la paciente comenzó a utilizar nuevamente el reloj. Después de unas horas de uso, empezó a notar prurito y eritema que fueron incrementándose hasta comprometer toda la circunferencia de la muñeca en los días sucesivos. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, candidatos de la ESCD, baterías de acrilatos y de resina-epoxi, 34 productos propios, y los ingredientes detectados en este pegamento en un análisis químico realizado en un trabajo anterior (isobornyl methacrylate, lauryl acrylate, 4-acryloylmorpholine (ACMO)); y una prueba semiabierta con el pegamento fotopolimerizable diluido en vaselina.

Resultado. Las pruebas resultaron positivas con relevancia actual para ACMO y el pegamento; y a otros 10 met (acrilatos) con probable relevancia pasada.

Conclusión. El presente caso ejemplifica la importancia de legislar para comprometer a los fabricantes a colaborar informando de la composición de los productos que causan dermatitis de contacto y cooperando con su investigación. Hasta que esto se convierta en realidad, las redes multidisciplinares multinacionales son cruciales para avanzar en el conocimiento de los alérgenos emergentes.

27. SENSIBILIZACIÓN A ACRYLOYLMORPHOLINE Y MÚLTIPLES ACRILATOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PRODUCTOS DE MANICURA: UN CASO DE SERENDIPIA

M.A. Pastor Nieto^a, M.E. Gatica Ortega^b, M. Mowitz^c, F. Herreros Montejano^d, F. Heras Mendaza^e, T. Sanz Sánchez^f, R. Torres Aranda^g, M. Bruze^c y C. Svedman^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España. ^cDepartment of Occupational and Environmental Dermatology. Lund University. Skåne University Hospital. Malmö. Suecia. ^dHospital Fremap. ^eFundación Jiménez Díaz. ^fHospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Antecedentes. Recientemente hemos observado una epidemia de dermatitis alérgica de contacto (DAC) a un pegamento de protectores de teléfonos móviles en trabajadoras de una cadena de tiendas de carcasas. Mediante cromatografía, se ha identificado 4-acryloylmorpholine (ACMO) en el pegamento, entre otras sustancias. Se han observado reacciones en 5/6 pacientes parchadas con diluciones de ACMO. Se estudiaron 23 controles con resultados inesperadamente positivos fuertes en tres pacientes estudiadas por DAC a productos de manicura.

Objetivo. Evaluar tres pacientes con DAC a productos de manicura sensibilizadas a múltiples acrilatos con reacciones en la prueba epicutánea control con ACMO 0,5%.

Método. Estudio descriptivo de tres casos de DAC a productos de manicura sensibilizadas a ACMO (datos epidemiológicos y resultados de pruebas epicutáneas).

Resultado. Tres mujeres de 39, 28 y 25 años de edad estudiadas por DAC a productos de manicura aceptaron participar como controles para evaluar ACMO, un alérgeno no estandarizado positivo en unos casos de alergia a un pegamento de móviles. Las pacientes presentaron reacciones con ACMO 0,5% pet (2+ en dos casos y 1+ en un

caso). Asimismo, se detectaron reacciones positivas fuertes a diversos acrilatos y ACMO no estaba declarado en ninguno de los productos de manicura de las pacientes. Por estas circunstancias, la relevancia de ACMO en estos casos, es difícil de establecer.

Conclusión. La sensibilización a acrilatos causa morbilidad en diferentes ámbitos. No existen casos descritos de sensibilización a ACMO ni se ha estandarizado la concentración adecuada para su aplicación en pruebas de contacto. La fuerte positividad a ACMO en estas tres pacientes sugiere que ACMO pueda ser un componente en algunos productos de este tipo, si bien tampoco puede descartarse que se trate de una reacción cruzada. Se necesitarían análisis químicos que confirmen la presencia de ACMO en los productos de manicura utilizados por las pacientes sensibilizadas.

28. ECCEMA POSTRAUMÁTICO

F. Heras Mendaza, D.I. Santiago Sánchez-Mateos, J. Torre Castro, J.L. Díaz Recuero y M.C. Fariña Sabaris

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes. El eccema postraumático es un tipo de eccema idiopático que aparece sobre cicatrices y piel dañada, confundiendo generalmente con un eccema de contacto. Se trata de una entidad poco conocida, pero no excesivamente infrecuente. Describimos ocho casos que hemos tenido la oportunidad de estudiar.

Resultado. Se presentan ocho pacientes con eccemas en cicatrices de una herida incisa en la pierna (1) y de cirugías de tobillo (2), mastoplastia (3), codo (1) y laparoscopia (1). Los eccemas aparecieron en general entre 1 y 4 meses después del traumatismo, aunque en un caso se presentó 6 años después del mismo. Eran exudativos y de límites netos, remediando un eccema numular. En general se limitaron a la zona de la cicatriz, pero en un caso precedió y en otro siguió a un eccema endógeno diseminado. En todos los pacientes se realizaron pruebas epicutáneas con distintos alérgenos, orientados por la historia clínica, pero fueron negativas o no relevantes. Mejoraron con corticoides tópicos, aunque tendieron a la recidiva durante varios meses e incluso años.

Conclusión. El término eccema postraumático se acuñó en 1988 para referirse a un grupo de eccemas que surgen en zonas dañadas por varios motivos, como abrasiones, quemaduras y cicatrices. Se trata de un fenómeno isomórfico de Koebner en un paciente con tendencia al eccema endógeno. Los términos “dermatitis in loco minoris resistentiae”, “eccema numular sobre cicatrices” y “distrito cutáneo inmunocomprometido” pueden ser entendidos como semejantes al de eccema postraumático. El diagnóstico diferencial principal es con un eccema de contacto alérgico a los tratamientos aplicados en la zona o a material protésico tras cirugías. Una vez confirmado el diagnóstico de eccema postraumático, es importante explicar al paciente su ausencia de relación con alérgenos y su cronicidad. También conviene tener en cuenta que este eccema localizado puede desencadenar o acompañar un eccema diseminado.

29. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA SENSIBILIZACIÓN A ISOTIAZOLINONAS: SITUACIÓN ACTUAL

D. González-Vilas, C. Buján Bonino, P. Pérez Feal, V. Fernández Redondo y H. Vázquez Veiga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Antecedentes. El uso de metilisotiazolinona (MI) en cosmética en concentraciones de hasta 100 ppm, así como la introducción de la misma en el ámbito industrial, conllevó “una epidemia” de sensibilizaciones a las isotiazolinonas a partir de los años 2009-2010. La alarmante escalada de casos desde entonces obligó a los organiz-

mos reguladores europeos a establecer en 2017 que no había concentraciones seguras de MI en productos “leave on”, así como que únicamente en los productos “rinse off” se permitiría una concentración de MI de hasta 15 ppm.

Objetivo. Analizar las tendencias temporales de la alergia de contacto a las isotiazolinonas (especialmente la metilisotiazolinona) en pacientes enviados a una unidad de alergia cutánea de un hospital de tercer nivel. Confrontar los hallazgos de los distintos años y analizar si las normativas europeas regulatorias muestran una disminución de los casos.

Método. Se plantea un estudio retrospectivo en la Unidad de Alergia Cutánea del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela de todos los pacientes parcheados desde enero de 2015 a junio de 2021. Se recogen explícitamente los pacientes sensibilizados a metilcloroisotiazolinona (MCI)/MI y/o a MI, con las correspondientes características clínicas y demográficas.

Resultado. De un total de más de 1300 pacientes parcheados en el periodo comprendido (enero 2015-junio 2021), unos 140 pacientes (10,8%) presentaron sensibilización a MCI/MI y/o MI. El porcentaje de positividades descendió anualmente de forma paulatina desde el año 2018, de forma que en el primer semestre de 2021 el porcentaje de casos se encuentra prácticamente en niveles de sensibilizaciones “preepidémicos” (por debajo del 4%).

Conclusión. Según nuestros datos, las medidas adoptadas parece que sí han surtido el efecto esperado, pero en el futuro deberíamos de acortar el tiempo en la toma de decisiones regulatorias, ya que ha costado más de 10 años revertir la situación.

30. LESIONES MUCOSAS REPETIDAS: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

F. Tous Romero, M. Puerta Peña, J. Fulgencio Barbarín, V. Velasco Tamariz y F.J. Ortiz de Frutos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Antecedentes. El exantema fijo medicamentoso es un tipo de erupción cutánea secundaria habitualmente a fármacos (más frecuentemente AINE y antibióticos), siendo mucho menos frecuente su asociación a alimentos y aditivos alimentarios. Se caracteriza por la aparición de lesiones mucocutáneas, que aparecen de forma repetida en las mismas localizaciones, tras la ingesta de los productos implicados.

Objetivo. Una mujer de 32 años acudió a nuestras consultas por la aparición de lesiones eritemato-descamativas y ampollosas a nivel de ambos labios y mucosa oral interna, las cuales ocurrían en forma de brotes desde un año antes. No asociaba la aparición de las mismas a ningún cambio en su medicación.

Método. Se realizó un cultivo de las lesiones siendo la PCR para el virus herpes simple negativo. Una biopsia cutánea descartó la presencia de una enfermedad ampollosa autoinmune. Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC así como con sus productos propios (aportando la paciente diferentes tipos de tónica, así como sus dentífricos habituales y un enjuague bucal) siendo las lecturas negativas. Reinterrogando a la paciente, asociaba la aparición de los últimos brotes a la toma de diferentes tónicas. Realizamos una prueba de provocación oral con una de ellas con reaparición de las lesiones a las pocas horas. También con una marca de tónica que no incluía quinina entre sus ingredientes resultando negativa.

Resultado. Se llegó al diagnóstico de exantema fijo medicamentoso por quinina incluido en tónica.

Conclusión. La quinina es un aditivo alimentario que se ha descrito como una causa rara de exantema fijo medicamentoso, recogiendo en la literatura quince casos producidos por la misma. Destacamos la importancia de realizar una anamnesis detallada ante la aparición de brotes repetidos de lesiones en las mismas localizacio-

nes, que sugieran la posibilidad de un exantema fijo medicamentoso, siendo esencial recordar que en estos no siempre están implicados medicamentos.

31. ¿UNA EPIDEMIA EN PANDEMIA? DERMATITIS DE CONTACTO A TEXTILES CAUSADA POR TINTES REACTIVOS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CONSECUTIVOS

F.J. Melgosa Ramos, J.M. Sánchez Motilla, H. Gegúndez Hernández, A. Aguado Vázquez, A.I. Zayas Gavilá, T. Díaz Corpas, M.P. Pérez García, R. García Ruíz, A. Estébanez Corrales, F. Ferrando Roca, A. Fuertes Prosper y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. La dermatitis de contacto a textiles se produce por el contacto de la piel con diferentes componentes de la ropa a los cuales se sensibiliza, siendo esta frecuentemente de origen ocupacional, bien por fibras, agentes acopladores fijadores, resinas de acabado, formaldehído y desde los últimos 20-30 años los tintes como agente más frecuente. La mayor parte de las sensibilizaciones por tintes (> 85-95 % según series) tiene lugar con los llamados “dispersos” o “disperse” principalmente el disperse blue y orange 3, pero en ocasiones otro tipo de tintes pueden ser los responsables, en concreto los tipo “reactivo” o “reactive”, una causa infrecuente de sensibilización, con pocos casos descritos en la literatura.

Objetivo. Presentación y caracterización de una serie de casos consecutivos de sensibilización clínicamente relevante a tintes reactivos en trabajadoras de una conocida franquicia de ropa y descripción breve de la literatura.

Material y métodos. Presentamos 3 casos consecutivos de mujeres jóvenes con sensibilización clínicamente relevante a tintes reactivos red 228, black 5 y blue 221, debido a un pantalón azul de uniforme de una conocida franquicia de ropa. Describimos la forma de presentación (en este caso tipo eritema multiforme en la zona de la etiqueta) y el correspondiente manejo diagnóstico y terapéutico. Tras ello realizamos una revisión de la literatura comentando los aspectos más relevantes de este tipo de sensibilización.

Conclusiones: Pese al papel de los tintes disperse en la dermatitis de contacto a textiles, los tintes reactivos han de ser considerados como un potencial agente sensibilizante. Debido a la ausencia de reactividad cruzada y rara cosensibilización con los disperse es necesario contar con una batería de textiles de calidad y testar los propios. La reacción tipo eritema multiforme puede ser una forma de presentación descrita en la literatura.

32. ONICÓLISIS POR ACRILATOS

S. Córdoba, R.F. Rubio Aguilera, G. Baeza Hernández, M.S. Vallejo Ruiz, A. Guerrero Torija, A.A. Garrido Ríos y J. Borbujo

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Antecedentes. El uso cada vez más extendido de cosméticos ungüales que contienen acrilatos ha condicionado un importante aumento en la sensibilización en esteticistas y usuarias. El uso de productos de manicura debe ser tenido en cuenta incluso ante cuadros “aparentemente” no relacionados.

Objetivo. Mujer de 54 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, en tratamiento habitual con mandipino, ramipril y simvastatina. Consulta por presentar despegamiento y discromía de todas las uñas de las manos de 4-5 meses de evolución, que no había mejorado a pesar de realizar tratamiento antifúngico tópico. La paciente había llevado esmalado semipermanente hasta 2 meses antes, con prurito en dedos

sin otras lesiones evidentes. No refería otras lesiones cutáneas ni medicación fuera de su tratamiento habitual.

Método. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC y la batería de acrilatos de MartiTor con positividad (++) a 2-HEMA, 2-HEA Y 2-HPMA a las 48 y 96 horas. Con diagnóstico clínico de onicólisis por esmaltes permanentes con sensibilización relevante a acrilatos, se recomendó la evitación de los mismos. A los 3 meses de seguimiento el aspecto de las uñas se ha normalizado sin ningún otro tratamiento.

Resultado. La DAC a acrilatos en usuarias de esmaltes semipermanentes se manifiesta habitualmente como lesiones eccematosas pruriginosas en dedos, con afectación de pliegues ungueales proximal y laterales en forma de paroniquia y onicodistrofia. También puede aparecer onicólisis de forma aislada, haciendo plantear el diagnóstico diferencial con psoriasis, liquen plano y onicomiosis entre otras onicopatías.

Conclusión. Ante un cuadro de alteraciones ungueales, especialmente en el contexto de un eccema periungueal, es importante interrogar sobre el uso de cosméticos ungueales para valorar una posible sensibilización a acrilatos.

33. PRONÓSTICO Y SECUELAS DE LA SENSIBILIZACIÓN A MET(ACRILATOS) EN UNA COHORTE DE ESTETICISTAS Y USUARIAS DE MANICURA ACRÍLICA

M.E. Gatica Ortega^a, R. Torres Aranda^a, L. Borrego Hernando^b, P. Beneyto Martín^a, C. Pérez Hortet^a y M.A. Pastor Nieto^c

^aHospital Universitario de Toledo. Toledo. ^bHospital Universitario Insular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. ^cHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Antecedentes. En la mayoría de los casos de dermatitis alérgica de contacto a met(acrilatos) (DACMA) se desconoce la evolución en el ámbito laboral y personal.

Objetivo. Valorar el pronóstico de una cohorte de esteticistas y usuarias de manicura con DACMA evaluando: capacidad para continuar trabajando, efectividad de las medidas de protección, si siguen aplicándose manicura y repercusiones en caso de exposición a otras fuentes de acrilatos.

Método. Encuesta telefónica a pacientes con DACMA diagnosticada entre diciembre de 2012 a febrero de 2021.

Resultado. Todas las participantes eran mujeres (50 esteticistas y 25 usuarias) de 37,95 de edad media (19-62): 36,9 (19-62) y 40,04 (23-62) respectivamente. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico variaba entre 6 meses a 9 años. De ellas, 31/50 esteticistas (62%) continuaron trabajando y, de estas, 28 (90,32%) utilizaban guantes: de nitrilo (19) o 4H + nitrilo (9); 23/50 esteticista (46%) continuaron siendo usuarias de manicura acrílica (39,13% habitualmente y 60 % ocasionalmente); y 44 % dejaron de consumirla; 5/25 usuarias (20%) continuaron utilizando manicura acrílica (80% habitualmente y 20% ocasionalmente); y 76 % dejaron de aplicarla. 13/25 usuarias (52%) y 25/50 esteticistas (50%) precisaron procedimientos odontológicos con materiales met(acrílicos). De estas, 7/38 (18,42%) tuvieron reacciones a estos. Ninguna requirió prótesis ortopédicas, dispositivos para diabéticos, pegamentos quirúrgicos u otros productos sanitarios con acrilatos; 8/50 (16%) referían reacciones con pinturas acrílicas, tintas, pegamentos de protectores de móviles o iWatch u otros adhesivos y 4/75 (5,33%) con extensiones de pelo o pestañas; 15/66 (27,72%) afirmaban no tolerar completa o parcialmente las compresas a partir del diagnóstico de alergia. El 10/75 (13,33%) tuvo reacción con algún cosmético.

Conclusión. Destacamos el elevado porcentaje de pacientes con reacciones a materiales odontológicos pese a haber advertido al odontólogo previamente de su alergia y cómo proceder, así como el elevado porcentaje de pacientes con intolerancia a compresas.

34. UTILIDAD DE LA FORMACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ACRILATOS ENTRE ESTUDIANTES Y PROFESIONALES ESTETICISTAS

A. López Mateos^a, S. Plata Clemente^b, C. Guerrero Ramírez^b, P. López Sanz^b, E. García Martínez^a, M. Lova Navarro^a, A.M. Victoria Martínez^a, T. Martínez Menchón^a, R. Corbalán Vélez^a, J. Frías Iniesta^a, P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, M. Segado Sánchez^a, J.J. Parra García^a y C. Faura Berruga^b

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Antecedentes. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) por acrilatos está aumentando su incidencia entre las esteticistas profesionales en relación con el auge de los esmaltes permanentes y semipermanentes (1 3). El aumento de la sensibilización a acrilatos entre la población ha llevado a la reciente introducción del hidroxietil metacrilato (HEMA) en la serie estándar europea (4).

Objetivo. Evaluar los conocimientos sobre los acrilatos y su manipulación entre estudiantes y esteticistas profesionales, y determinar la influencia de la introducción de formación específica para mejorar estos conocimientos.

Método. Diseñamos un estudio analítico prospectivo para evaluar los conocimientos iniciales y los adquiridos por parte de estudiantes y profesionales esteticistas con la introducción de una conferencia en su formación. Contactamos con 82 centros de formación de esteticista. La conferencia contó con una asistencia total de 35 participantes que cumplieron una evaluación de conocimientos previos y, posteriormente, una evaluación del aprendizaje. La evaluación inicial constaba de 31 ítems. Los datos recogidos incluyeron cuatro variables demográficas y preguntas relacionadas con los compuestos acrílicos, percepción de riesgo, consecuencias de la sensibilización, medidas de prevención y la necesidad de formación. La evaluación del aprendizaje se realizó mediante una encuesta formada por 15 de los ítems incluidos en el cuestionario inicial.

Resultado. Se obtuvo un efecto corrector del conocimiento previo del 56% y un beneficio total del 78% de los participantes, así como un aumento de la percepción del riesgo del 71,42% y un aumento del conocimiento de las medidas de protección del 45,30%.

Conclusión. La mayoría de los esteticistas carecen de una formación adecuada para prevenir la sensibilización a acrilatos. La introducción de formación específica para la manipulación de acrilatos entre profesionales esteticistas mejora la percepción de riesgo y el conocimiento de las medidas de protección.

35. DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL POR SHELLAC

P. Mercader García

Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Antecedentes. El shellac es una resina producida por un insecto originario del sudeste asiático que se ha asociado con dermatitis de contacto por su uso en cosméticos. Sin embargo, este producto tiene otros usos poco conocidos y que también se pueden asociar a dermatitis de contacto de origen profesional.

Objetivo. Mostrar otros usos del shellac que también se pueden asociar a dermatitis de contacto.

Método. Se presentan dos casos clínicos de dermatitis de contacto ocupacional por shellac en la industria alimentaria.

Resultado. Una de las pacientes trabajaba en una fábrica de golosinas, donde el shellac se usa para el glaseado de algunos tipos de golosinas. La otra paciente trabajaba en un almacén de cítricos, aquí el shellac se usa para el recubrimiento de las frutas y evitar su degradación.

Conclusión. El uso del shellac en la industria alimentaria es poco conocido y la posibilidad de producir una dermatitis de contacto por este alérgeno puede estar subestimada.

36. SENSIBILIZACIÓN A ETHYLHEXYL SALICYLATE: ¿UNA PIEZA MÁS DEL PUZZLE DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE?

M.A. Pastor Nieto^a, M.E. Gatica Ortega^b y C. Sánchez Herreros^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España.

Antecedentes. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una enfermedad cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años de forma enigmática, posiblemente en relación con factores medioambientales. Los pacientes con AFF frecuentemente utilizan cosméticos como fotoprotectores y presentan sensibilizaciones. En un estudio previo los alérgenos más frecuentes en una serie de pacientes con AFF fueron sulfato de níquel, bencilsalicilato, galatos y própolis.

Objetivo. Evaluar una serie de pacientes con AFF sensibilizadas a ethylhexyl salicylate (EHS).

Método. Estudio descriptivo de una serie de pacientes con AFF en las que se detecta sensibilización a EHS.

Resultado. A partir de enero de 2021 se comenzó a realizar fotoparche con la batería ampliada de fotoalérgenos (Chemotechnique), incluido EHS, 10% pet. sistemáticamente a los pacientes con AFF derivados para pruebas epicutáneas. Algunas pacientes se estudiaron por su AFF y otras fueron derivadas por otros motivos, estudiándose de manera similar si en la exploración o anamnesis se constataba que padecían AFF. El EHS es un alérgeno frecuente en fotoprotectores y otros cosméticos, que no había sido parcheado en la población de pacientes con AFF publicada previamente (salvo un caso que resultó positivo). Entre enero y junio de 2021 se diagnosticaron 7 casos de AFF con sensibilización a EHS. De estos, algunos presentaron también reacciones con bencilsalicilato, galatos o própolis entre otros alérgenos. En algunas pacientes se comprobó la presencia de EHS en cosméticos personales como fotoprotectores, e incluso, en algunos casos, parecía existir una relación temporal entre el uso de fotoprotectores con EHS y el inicio del cuadro de alopecia.

Conclusión. La sensibilización es una comorbilidad frecuente en AFF. No se ha demostrado que exista relación de causalidad. Una hipótesis probable es que la sensibilización sea secundaria a una mayor exposición. La sensibilización a EHS en este contexto solo la hemos observado en un caso previo.

nas, que fue remitida por anemia sintomática con hemoglobina 7,9 g/dL, para administración de hierro intravenoso. Durante la administración de carboximaltosa de hierro, presentó un brote de habones amarillos generalizados, que se resolvieron en unas horas sin dejar pigmentación residual. En la analítica realizada un mes después, presentaba hemoglobina 11,4 g/dL, hierro sérico 84 mcg/dL, con enzimas hepáticas, bilirrubina total y fosfatasas alcalinas normales. La paciente posteriormente ha tenido nuevos brotes de urticaria con habones normales.

Resultado. Cuando los vasos se hacen permeables en la urticaria y se deposita en la dermis plasma con cantidades elevadas de bilirrubina, aparecen los habones amarillos (1). En nuestro caso, los niveles séricos de bilirrubina y las enzimas hepáticas eran normales, y no existía hepatopatía previa ni datos de hemólisis, por tanto, la hiperbilirrubinemia no justificaría la pigmentación amarillenta que observamos. Pensamos que el color amarillo de los habones podría deberse a la pigmentación transitoria del suero que puede producirse por la infusión de hierro intravenoso, con posterior paso del suero pigmentado a la dermis. Se han comunicado casos de pacientes que presentan pigmentaciones transitorias del suero unas horas después de haberles inyectado grandes dosis de hierro parenteral (2). También está bien descrita la pigmentación en la piel por extravasación de hierro intravenoso, aunque esta suele ser de larga duración, incluso a veces permanente (3).

Conclusión. Para nuestro conocimiento, este es el primer caso de urticaria amarilla por pigmentación transitoria del suero producida por hierro intravenoso.

2. FUNCIÓN DE BARRERA EPIDÉRMICA EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

T. Montero Vilchez, M. Sánchez Díaz, J.A. Rodríguez Pozo, P. Díaz Calvillo, A. Molina Leyva y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. Actualmente existen múltiples herramientas diagnósticas para evaluar la gravedad de la dermatitis atópica (DA), sin embargo la mayoría de ellas se basan en componentes subjetivos.

Objetivo. Los objetivos de este estudio son 1) comparar la función de la barrera epidérmica entre los pacientes con DA y voluntarios sanos; 2) evaluar si los parámetros de la función de barrera epidérmica podrían predecir la gravedad de la DA.

Método. Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con DA y controles sanos emparejados por sexo y edad (± 3 años). Se midieron los parámetros de la función de barrera epidérmica: TEWL, temperatura, hidratación del estrato córneo (SCH), pH y eritema. La gravedad de la DA se midió mediante el SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD).

Resultado. El estudio incluyó a 65 pacientes con DA y 65 controles sanos. La TEWL fue mayor en el eccema que en la piel atópica no afecta y que en los controles sanos (28,68 vs. 13,15 vs. 11,60 g-m-2h-1, $p < 0,05$). La SCH fue menor en el eccema que en la piel atópica no afecta y que en la piel sana (20,20 vs. 40,95 vs. 50,73 UA, $p < 0,05$). La temperatura fue mayor en el eccema que en la piel atópica no afectada y que en la piel sana (32,05 vs. 31,35 vs. 31,37 °C, $p < 0,001$). El eritema fue significativamente mayor en eccema que en la piel sana (387,21 vs. 244,44 UA, $p < 0,001$). La media de SCORAD en los pacientes con DA fue de 36,96. La temperatura del eccema fue mayor en los pacientes con SCORAD > 37 (32,45 vs. 31,74°C, $p = 0,015$). Los pacientes con una temperatura $> 31,75$ °C presentaron una DA moderada/grave (SCORAD > 37) con una sensibilidad del 81,8%.

Conclusión. La función de barrera epidérmica está alterada en los pacientes con DA. Los valores de temperatura y la TEWL podrían ayudarnos a determinar la gravedad de la enfermedad y a seleccionar a los pacientes que necesitan un tratamiento intensivo.

Pósteres

1. URTICARIA AMARILLA POR HIERRO INTRAVENOSO

S. Plata Clemente^a, J.C. Palazón Cabanes^b, S. San Román Sirvent^c, J.F. Silvestre Salvador^d, A. López Mateos^e, C.I. Guerrero Ramírez^a y P. López Sanz^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

^bHospital General de Alicante. Alicante. ^cHospital Universitario

Reina Sofía. Córdoba. ^dHospital General de Alicante. Alicante ^e.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

España.

Antecedentes. La urticaria amarilla suele aparecer cuando un paciente con niveles séricos elevados de bilirrubina debido a algún problema hepático, presenta un brote de urticaria.

Objetivo. Presentamos un caso de urticaria amarilla con cifras de bilirrubina en sangre normales y sin patología hepática asociada.

Método. Mujer de 49 años, con antecedente de urticaria crónica espontánea en tratamiento con omalizumab 600 mg cada 4 sema-

3. DERMATITIS ATÓPICA E INFECCIÓN DISEMINADA POR *MOLLUSCUM CONTAGIOSUM* TRATADAS CON DUPILUMAB

M. Elosua González, F. Alfageme Roldán, M. Sigüenza Sanz, R. Cabeza Martínez, I. Salguero Fernández, E. López Negrete, C. Martínez Mera, L. Turrión Merino, C. Chiloeches Fernández, M. Grau Pérez, F.J. Rodríguez Cuadrado, M. Hospital Gil, M. Loro Pérez y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis atópica puede predisponer a infecciones virales y además su tratamiento (corticoides tópicos, inmunosupresores...) las puede empeorar. En la literatura hay conclusiones opuestas respecto al tratamiento con dupilumab en dermatitis atópica e infección por moluscos contagiosos.

Caso clínico. Mujer de 47 años, con dermatitis atópica grave desde la infancia y alopecia areata desde hace 16 años, que acude a la consulta para inicio de tratamiento con dupilumab. A la exploración física presenta pápulas umbilicadas de aspecto perlado y color piel, generalizadas por el cuerpo pero sobre todo en cara y cuero cabelludo, de 2 meses de evolución, compatibles con infección por moluscos contagiosos. La analítica de sangre no presenta alteraciones excepto niveles elevados de IgE, con serologías de hepatitis y VIH negativas. Se inicia tratamiento tópico con solución de hidróxido potásico al 10% e imiquimod sin mejoría de los moluscos y con empeoramiento de la dermatitis: Eczema Area and Severity Index (EASI) 38,5, Scoring Atopic Dermatitis Scale (SCORAD) 76,82 y Body-Surface Area (BSA) 70. Debido a este empeoramiento iniciamos tratamiento con dupilumab, continuando con el curetaje y tratamiento tópico de los moluscos. A los dos meses de iniciar el tratamiento, tanto la dermatitis atópica como la infección por moluscos remiten sin recurrencia tras 10 meses de seguimiento.

Discusión y conclusiones. Respecto al tratamiento con dupilumab en dermatitis atópica e infección por moluscos contagiosos, tres artículos recomiendan su uso mientras que en uno se concluye que sería perjudicial. Una de las hipótesis planteadas sería que el dupilumab mejora la función barrera de la piel y bloquea las citoquinas IL4 e IL13 reestableciendo el balance Th1/Th2 que ayuda a la resolución de la infección. En nuestro caso, a los dos meses de tratamiento no solo mejoró espectacularmente la dermatitis sino que también se resolvieron los moluscos sin recurrencia tras 10 meses de seguimiento.

4. SARNA NORUEGA EN PACIENTE ATÓPICO TRATADO CON DUPILUMAB

L. Rodríguez Lago, A. Sagra Guedes, L. Revenga Porcel y L. Borrego Hernando

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

Objetivo. Mostrar una manifestación clínica poco frecuente de escabiosis en el contexto de uso de dupilumab.

Introducción. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal, indicado en dermatitis atópica grave, que bloquea la actividad de IL4 y 13, citoquinas clave de la respuesta inmunitaria Th2, crucial en la defensa frente a parásitos.

Caso clínico. Un varón de 23 años con autismo, diagnosticado de dermatitis atópica grave en tratamiento con dupilumab desde hace 4 meses, presenta, de forma aguda, a nivel flexural, región periumbilical y manos, placas hiperqueratósicas y vesículas. Existe prurito en los cuatro convivientes. En la consulta se objetivan lesiones de escabiosis en la madre. El estudio del raspado de las lesiones queratósicas mostró la presencia de *Sarcoptes scabiei*. Se suspende temporalmente el dupilumab y se inicia tratamiento con ivermecti-

na 14 mg en pauta 1, 2, 8, 9 y 15 días, concomitantemente con la aplicación de permetrina 5% y vaselina salicilica 5%.

Resultado. La sarna noruega o hiperqueratósica, es una forma clínica poco frecuente y grave caracterizada por la infestación masiva por el ectoparásito *Sarcoptes scabiei*. La edad avanzada, déficit cognitivo, institucionalización o la inmunosupresión suponen factores predisponentes para esta variante. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal, indicado en dermatitis atópica grave, que bloquea la actividad de IL4 y 13, citoquinas clave de la respuesta inmunitaria Th2, crucial en la defensa frente a parásitos. Si bien hasta la fecha no tenemos datos sobre el aumento de sarna noruega en pacientes con dupilumab, ya han sido publicados casos en el contexto de otras terapias biológicas que inhiben citoquinas importantes en la vía Th2 (anti-IL23, anti-TNF).

Conclusión. Presentamos una manifestación clínica poco frecuente de escabiosis en el contexto de uso de dupilumab. Consideramos la necesidad de notificar la posibilidad de este tipo de infección en pacientes con este fármaco.

5. EL PELIGRO DE LA MELOMANÍA

E. Hernández de la Torre Ruiz^a, I. Balaguer Franch^a, P. García Piqueras^a, C. Lacasta Plasín^a, L.M. Nieto Benito^a, A.M. Rosell Díaz^b, M. Bergón Sendín^a y R. Suárez Fernández^a

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. ^bHospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

Método. Varón de 25 años, sin antecedentes de interés, aficionado a la música. Tocaba el piano y el acordeón. Valorado en consultas de dermatología por queilitis centrolabial, en labio inferior, de unos dos meses de evolución. Tres meses antes del inicio de la lesión había comenzado a tocar el clarinete. La clínica mejoraba con la aplicación de corticoide tópico, pero las recidivas eran frecuentes. Se realizó estudio de dermatitis de contacto alérgica con la batería estándar de TRUE test y la batería específica de maderas tropicales, así como colocación de un fragmento de la lengüeta del clarinete en la superficie corporal. La lectura a las 48 y 96 horas de las baterías testadas no mostró positividad a ninguna sustancia, pero el paciente sí tuvo reacción local de intensidad moderada en la zona donde tenía colocada la lengüeta. Tras sustituir esa porción del instrumento por una similar de plástico, se resolvió el cuadro.

Resultado. Los músicos son un grupo de riesgo para el desarrollo de patología dermatológica, principalmente por fricción/trauma con el instrumento y por el desarrollo de dermatitis de contacto irritativa o alérgica. Los alérgenos más frecuentes en la dermatitis de contacto son: metales (níquel, dicromato), maderas tropicales, caña (*Arundo donax*), colofonia y propóleo. En concreto, en los músicos de viento destacan el níquel, las maderas tropicales y la caña. La queilitis inferior en los clarinetistas es una patología relativamente frecuente, de origen habitualmente multifactorial (fricción, humedad, presión, oclusión). Se han reportado varios casos de dermatitis alérgica de contacto a la caña en este subgrupo de músicos. Se produce de forma característica de forma aislada en la zona media del labio inferior por la localización de la misma en la boquilla del instrumento.

6. RESULTADO DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON DERMATITIS DEL CUERO CABELLUDO. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS

J. Gimeno Castillo, P. Rosés Gibert, A. Menéndez Parrón y R. González Pérez

Hospital Universitario Araba. Araba. España.

Antecedentes. El eczema alérgico de contacto (EAC) constituye un diagnóstico considerable en pacientes que consultan por dermatitis

o prurito del cuero cabelludo, cuyas características anatómicas le confieren especial resistencia a desarrollarlo. Empero, la afectación de regiones frontales-occipitales de cuero cabelludo, dorso auricular, zona periorcular y cuello, deben hacer sospechar EAC. Las pruebas epicutáneas (PE), resultan esenciales para diagnosticarlo correctamente.

Objetivo. Determinar la utilidad de las PE en pacientes con dermatitis y prurito del cuero cabelludo, y establecer los alérgenos más frecuentes y relevantes en este grupo.

Método. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes derivados a nuestra Unidad de Alergias Cutáneas con sospecha de EAC del cuero cabelludo entre 2016-2020.

Resultado. Parcheamos 73 pacientes con dermatitis o prurito del cuero cabelludo. Se afectaba otra región anatómica en el 59%, sobre todo la facial y cervical. En todos ellos se utilizó la serie estándar del GEIDAC, añadiéndose los hidroperóxidos de limoneno y linalool; la serie de peluquería en 46 (63%) y los productos propios en 37 (51%). De estos 73 pacientes, 59 fueron mujeres. Las PE revelaron positividades en 48 pacientes, considerándose relevantes en 32 de ellos. El alérgeno más frecuentemente relevante fue la parafenilendiamina (PPD) en 11 pacientes, seguido de la toluendiamina en 7 y el diaminotoluensulfato en 5. Estos 2 últimos fueron positivos en pacientes con reacción a PPD, salvo un caso de positividad a toluendiamina.

Conclusión. Corroboramos la utilidad de las PE para estudiar las dermatitis del cuero cabelludo y la relevancia de la PPD en estos pacientes. Asimismo, observamos positividades a conservantes y perfumes; sin evidenciar positividad a cocamidopropilbetaína. Proponemos estudiar inicialmente a estos pacientes con la serie estándar del GEIDAC, incluyendo hidroperóxidos de linalool y limoneno, y productos propios. En caso de positividad a la parafenilendiamina, será fundamental informar adecuadamente, para evitar la PPD y otras sustancias relacionadas con ella.

7. ECCEMA Y ÚLCERA EXUDATIVA PERSISTENTE TRAS CIRUGÍA DE FRACTURA DE CODO EN PACIENTE POLISENSIBILIZADO A MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS Y MEDICAMENTOS TÓPICOS

L. Alonso Naranjo^a, R. Torres Aranda^a, B.A. Gómez Dorado^a, C. Pérez Hortet^a, M.A. Pastor Nieto^b y M.E. Gatica Ortega^a

^aComplejo Hospitalario de Toledo. Toledo. ^bHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Antecedentes. La hipersensibilidad retardada a sistemas de osteosíntesis puede adoptar una clínica heterogénea y su investigación puede ser muy compleja.

Objetivo. Estudiar un caso de cirugía de fractura complicada con una polisensibilización a los materiales de la osteosíntesis, y a medicamentos tópicos.

Método. Se estudia el caso de un varón de 84 años, derivado por eccemas exudativos en el codo derecho tras cirugía con placa y tornillos (de titanio y acero); y cemento Polybone® (fosfato de calcio y methyl methacrylate). El cuadro eccematoso se resolvió completamente con corticoides tópicos y evitación de los tratamientos previos (Furacin®, Flamazine®, Betadine®, Mupirocina isdin® y solución de clorhexidina), persistiendo una úlcera por la que drenaba abundante cantidad de líquido seroso de continuo, sin fiebre ni síntomas sistémicos. El cultivo del exudado fue negativo repetidamente. Se realizaron pruebas epicutáneas con baterías estándar del GEIDAC, candidatos de la ESCD, series de metales, úlceras, acrilatos, gentamicina, los ingredientes desglosados de Furacin® y Mupirocina isdin® y 13 productos propios siguiendo las recomendaciones de las guías europeas.

Resultado. Las pruebas resultaron positivas con relevancia actual para titanium oxalate decahydrate, triethyleneglycoldimethacrylate, hidroquinona, povidona yodada, mupirocina isdin® tal cual, Furacin® tal cual, polietilenglicol (PEG) 300 y PEG 1500.

Conclusión. El presente caso pone de manifiesto la dificultad en el diagnóstico de las reacciones de hipersensibilidad a materiales de osteosíntesis que pueden manifestarse como úlceras persistentes con exudado seroso en la zona de la herida quirúrgica, así como, el valor de las pruebas de parche con los medicamentos tópicos, y con los ingredientes desglosados de los que resulten positivos, como herramienta para identificar el alérgeno responsable.

8. ¿ALERGIA AL MARCAPASOS? BUSCANDO EL VERDADERO CULPABLE

N. Catalán, C. Stein, L. Landaveri, C. Domingo y R. Alamar

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Antecedentes. Mujer de 47 años, auxiliar de enfermería, que tras implantación del marcapasos (Advisa DR MRI [Medtronic®] por bloqueo auriculoventricular), presenta lesiones cutáneas vesículo-ampollosas, eritematosas con hinchazón y prurito, sin dolor ni fiebre. No mejora tras curas locales, siendo hospitalizada en Cardiología ante la sospecha de infección del marcapasos.

Objetivo. Se retira el marcapasos, inician antibioticoterapia, se realizan cultivos de la herida y dispositivo, siendo negativos. Evoluciona con mejoría de las lesiones. Realizan interconsulta a Alergología ante la sospecha de alergia a marcapasos. En sus antecedentes destaca dermatitis alérgica de contacto (DAC) a níquel y a algún producto de cosmética y perfumería.

Método. El estudio con pruebas epicutáneas muestra los siguientes resultados: - batería estándar GEIDAC/2016: níquel+++ . Bálsamo del Perú++. Mercapto mix++ - Componentes disponibles del marcapasos Medtronic®: negativas - batería metales especiales: mercurio+++ , resto negativo.

Resultado. Tras este resultado, se dirige la anamnesis a las positividades detectadas. Refiere que las curas de la herida quirúrgica se realizaban con LINITUL® (bálsamo del Perú). Relata antecedente previo de quemadura en mano con tórpida evolución que se trató con este mismo apósito. Además de reacción cutánea tras rotura de un termómetro de mercurio. Se diagnostica finalmente de DAC por bálsamo del Perú con relevancia presente (como causa actual de la reacción) y pasada, níquel y mercurio. Se coloca el mismo modelo de marcapasos y se recomienda curas con povidona yodada, sin apósitos con bálsamo el Perú, con buena evolución de la herida. Destacar que como complicaciones de la nueva cirugía del marcapasos presentó neumotórax y fallo del dispositivo, precisando nueva intervención.

Conclusión. La historia clínica y el estudio alergológico adecuado nos ha permitido llegar al diagnóstico de DAC por bálsamo del Perú, utilizado en el material de cura tópica de la herida. Se descarta la alergia a los materiales del marcapasos, permitiendo la implantación del mismo dispositivo.

9. ECCEMA DE MANOS... ¿Y NADA MÁS?

I. Balaguer Franch, E. Hernández de la Torre Ruiz, P. García Piqueras, C. Lacasta Plasín, L. Nieto Benito, M. Bergón Sendín y R. Suárez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Caso clínico. Paciente varón de 53 años con AP destacados de dermatitis atópica, que acude a consulta por lesiones asintomáticas en manos de tres meses de evolución, sin mejoría pese a tratamiento corticoideo tópico. En la exploración física observamos en cara palmar de dedos de ambas manos eritema discreto, con descamación superficial y mayor hiperqueratosis de lateral de pulpejos. Sin lesiones en otras localizaciones. Presentaba también debilidad generalizada y disnea que fueron aumentado los meses posteriores. En la

analítica destaca CK elevada (2258), aumento de aldolasa, ANA positivo 1/160 patrón nucleolar, A-ANCA y anticuerpos PL7 positivos. Espirometría con disminución leve de la DLCO y patrón restrictivo moderado, TAC torácico sin alteraciones. En el electromiograma, miopatía de distribución generalizada y predominio en músculos proximales. Biopsia muscular compatible con miopatía inflamatoria de origen primario. Con el diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática (tipo síndrome antisintetasa), habiendo descartado fenómeno neoplásico subyacente, se iniciaron pulsos de metilprednisolona iv. En la evolución del paciente, los inmunosupresores metotrexato y azatioprina resultaron poco eficaces a su dosis máxima tolerada y en combinación, por lo que se autorizó el uso de rituximab por uso compasivo, que ha conseguido mantener la afectación muscular controlada, con menor control sobre la cutánea y pulmonar; el paciente acaba desarrollando una neumonitis intersticial no específica.

Conclusión. Las llamadas “manos de mecánico” forman parte, junto con la miopatía inflamatoria, artritis inflamatoria, fenómeno de Raynaud y la enfermedad pulmonar intersticial, del grupo del síndrome antisintetasa (SAS). En este tipo de miopatía inflamatoria idiopática, se objetiva la presencia de un anticuerpo dirigido contra una de las sintetetasas de ARN de transferencia (anti-Jo-1/PL-12/OJ/EJ/PL-7/PL-12/KS/Zo/Ha). Según las series, dicho signo cutáneo estaría presente en el 20-70% de SAS, si bien se ha descrito también en el lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo y la dermatomiositis.

10. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ACRILATOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. Buján Bonino, P. Pérez Feal, N. Moreiras Arias, M. López-Pardo Rico, D. González Vilas, V. Fernández Redondo y H.A. Vázquez Veiga

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Antecedentes. El recientemente extendido uso de acrilatos en estética ungüea supone una nueva fuente de sensibilización a este material exponencialmente incidente tanto en profesionales como en usuarios.

Objetivo. Estudiar la epidemiología de la sensibilización a acrilatos relacionada con la manicura acrílica en el área sanitaria de Santiago de Compostela, así como su expresión clínica.

Método. El nuestro es un trabajo retrospectivo en el que se incluyen todos aquellos pacientes estudiados en la Unidad de Alergia Cutánea del Servicio de Dermatología del C.H.U. de Santiago de Compostela en el periodo comprendido entre el 1/1/2018 y el 1/7/2021 con positividad probada para la serie de acrilatos ungüeaes (Chemotechnique). Se recoge de la historia clínica de cada paciente información clínica y demográfica pertinente.

Resultado. En dicho periodo se recopilaron 17 pacientes (sobre una media de 250 pruebas epicutáneas realizadas anualmente), todas ellas mujeres, con una edad media de 37,9 años (rango: 22-72). Un total de 12 pacientes (70,6%) se dedicaban profesionalmente a la estética, de las cuales 9 (75%) eran además usuarias de estética ungüea. Todas las pacientes presentaron afectación manual. Manifestaron digitopulpititis 10 pacientes (58,8%), de las que 9 (90%) eran esteticistas. Hasta 8 sujetos (47%) sufrieron perionixis y 7 pacientes (41,1%) presentaron onicodistrofia, siempre vinculadas al uso personal de manicura acrílica. Además, en 5 casos (29,4%) se produjo afectación facial. Se registró clínica extracutánea (parestias, disnea) en 3 pacientes (17,6%). El alérgeno más frecuentemente positivo fue el 2-hidroxietil metacrilato (100%), seguido del 2-hidroxipropil metacrilato y el 2-hidroxietil acrilato (94,1% respectivamente).

Conclusión. La creciente incidencia de esta sensibilización tiene potenciales implicaciones sanitarias dada la presencia de acrilatos en dispositivos médicos como apósitos, prótesis o bombas de insulina. La prevención primaria de este problema requiere estrategias de impacto poblacional como la regularización de materiales empleados en industria estética.

11. SÍNDROME DE BOCA URENTE POR SENSIBILIZACIÓN A METALES CONTENIDOS EN PRÓTESIS DENTAL

A. Muñiz de Lucas, E. Gómez, C. Sarró, R. Miñano, J.L. López y A. Pampín

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Antecedentes. El síndrome de boca urente es una entidad poco definida que se caracteriza por una sensación de ardor en mucosa oral en ausencia de una causa local o sistémica objetivable. A menudo es idiopático, pero también puede ocurrir como consecuencia de infecciones, tumores, trastornos hormonales y como resultado de una dermatitis alérgica de contacto (DCA) secundaria a sustancias químicas o metales, como en una prótesis dental.

Objetivo. Presentamos un caso de síndrome de boca urente secundario a una dermatitis alérgica de contacto secundaria a metales.

Método. El síndrome de la boca urente es un diagnóstico de exclusión basado en síntomas subjetivos, por lo que se debe hacer una anamnesis completa y descartar causas secundarias antes de establecer el diagnóstico. Por lo tanto, en aquellos pacientes con una historia clínicamente compatible, debemos de descartar una dermatitis alérgica de contacto entre otros y realizar las pruebas epicutáneas correspondientes.

Resultado. Se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar española y de metales según la normativa de GEIDAC, que fueron leídas a las 48 y 96h y resultaron positivas para el tiosulfato de oro (+), aluminio (+/-), manganeso (++), y cobre (+). Dada la dudosa positividad del aluminio, cobre y manganeso, se decidió aplicar nuevamente los tres componentes. En la lectura retardada se confirmó la sensibilización a manganeso (++), cobre (+), níquel (+), y tiosulfato de oro (+++).

Conclusión. El síndrome de la boca urente es un diagnóstico de exclusión basado en síntomas subjetivos, por lo que se debe hacer una anamnesis completa y descartar causas secundarias antes de establecer el diagnóstico. Por lo tanto, en aquellos pacientes con una historia clínicamente compatible, debemos de descartar una dermatitis alérgica de contacto entre otros y realizar las pruebas epicutáneas correspondientes.

12. APARICIÓN DE LESIONES PSORIASIFORMES DURANTE EL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN UN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADO CON DUPILUMAB

M. Munera Campos, J.M. Carrascosa, V. Mora y M. Fabregat

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP). Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) y la psoriasis se han descrito clásicamente como la expresión fenotípica de dos extremos polarizados de inflamación a través de las células Th2 y Th1, respectivamente. Dupilumab se dirige frente a la subunidad del receptor de IL-4, bloqueando la señalización de IL-4 e IL-13.

Objetivo. Presentamos un caso de desarrollo de lesiones psoriasiformes en un paciente con DA tratado con dupilumab.

Método. Hombre de 51 años con DA grave por la que había recibido tratamiento con ciclosporina, metotrexato, azatioprina, micofenolato y fototerapia, sin respuesta o con respuesta parcial. En marzo

del 2020 se inicia dupilumab según ficha técnica y se alcanza una respuesta EASI75 desde la semana 16, que mantiene en los meses sucesivos. Sin embargo, a los 15 meses del tratamiento refiere un nuevo brote con escaso prurito. A la exploración presenta lesiones eritematodescamativas, apenas excoriadas, acompañadas de la aparición de novo de lesiones palmares hiperqueratósicas de predominio en la eminencia tenar, de aspecto psoriasiforme, así como placas eritematosas con descamación gruesa en la región occipital. **Resultado.** El desarrollo de lesiones psoriasiformes tras el inicio de dupilumab se ha descrito en la literatura tras su aprobación y uso en práctica clínica. La relevancia del equilibrio entre los distintos subtipos linfocitarios en las enfermedades inflamatorias se hizo patente con el reconocimiento de las reacciones paradójicas en los pacientes con psoriasis tratados con biológicos. El tratamiento de estas dermatosis inhibiendo subgrupos de citocinas puede inducir un desequilibrio que favorezca a otros subgrupos (p. ej. la inducción de lesiones eccematosas tras anti-IL17A).

Conclusión. La IL-4 podría tener una acción reguladora de inhibición sobre las vías Th1, de modo que podría silenciar la respuesta Th17 y la producción de IL-23. El bloqueo de la IL-4 con dupilumab podría favorecer una respuesta Th1/Th17, con el eventual desarrollo de lesiones psoriasiformes.

13. DERMATITIS PSORIASIFORME SECUNDARIA A DUPILUMAB EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

S. Cases Mérida, M. Daño García, P. Riande González y J.A. Márquez Enríquez

Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) y la psoriasis son enfermedades crónicas inflamatorias mediadas por linfocitos T helper (Th).

Objetivo. Se presenta un caso de dermatitis psoriasiforme con comienzo precoz tras inicio de dupilumab

Método. Paciente mujer de 23 años estudiante con antecedentes de rinitis alérgica moderada en seguimiento por DA severa desde la infancia que ha requerido múltiples líneas terapéuticas (ciclosporina, micofenolato, azatioprina, omalizumab y baricitinib). En marzo de 2021 inicia tratamiento con dupilumab según pauta habitual. Tras segunda dosis, aparecen lesiones eritematodescamativas levemente infiltradas en región glútea y alguna aislada en tronco que coexisten con eccemas habituales. El estudio histológico demuestra aparición de hiperplasia epidérmica psoriasiforme con formación de microabscesos intracorneales y vesículas intraepidérmicas rellenas de neutrófilos sugestivos de psoriasis/dermatitis psoriasiforme. Se indicó corticoides tópicos con control progresivo de las mismas hasta desaparición.

Resultado. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra la subunidad alfa del receptor de la IL4 aprobado para DA moderada severa. Su uso bloquea la respuesta Th2 responsable de la DA. Han sido descritos varios casos de aparición de dermatitis psoriasiforme secundaria al uso de dupilumab, aunque resulta infrecuente -3 de 90 tratamientos en serie de casos-. Se desarrolla en pacientes con DA desde la infancia, con un comienzo habitual entre semana 11 y 16 que no obliga a suspender el tratamiento. Las placas psoriasiformes han sido analizadas evidenciándose un aumento del nivel de IL-23A. La IL-23A es un heterodímero proinflamatorio que se secreta por macrófagos y células dendríticas. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que esta reacción psoriasiforme es debida a un fenómeno transitorio compensatorio de Th2 a Th17.

Conclusión. La dermatitis psoriasiforme secundaria a dupilumab puede deberse a un mecanismo compensatorio transitorio con activación de Th17. Este es un fenómeno ya descrito en pacientes con psoriasis que desarrollan DA cuando inician tratamientos biológicos.

14. EFICACIA DE DUPILUMAB A LARGO PLAZO (172 SEMANAS) EN ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA/GRAVE

J. M. Carrascosa^a, M. Deleuran^b, A. Blauvelt^c, J.P. Thyssen^d, R. Bissonnette^e, M. de Bruin-Weller^f, Z. Chen^g, N.A. Levit^g y A. Rodríguez Marco^h

^aHospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTP). Barcelona.

^bHospital Universitario de Aarhus. Aarhus. Dinamarca. ^cOregon

Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU. ^dHospital de

Bispebjerg. Universidad de Copenhagen. Copenhagen. Dinamarca.

^eInnovaderm Research. Montreal, QC. Canadá. ^fCentro Médico

Universitario de Utrecht. Utrecht. Países Bajos. ^gRegeneron.

Tarrytown, NY. EE. UU. ^hSanofi Genzyme. Madrid. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA), una enfermedad inflamatoria crónica que requiere tratamiento a largo plazo. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano que bloquea el receptor común de IL-4 e IL-13, interleuquinas clave en la inflamación tipo 2.

Objetivo. Presentar la eficacia y seguridad a largo plazo de dupilumab, a 172 semanas, en adultos con DA moderada/grave.

Método. Se incluyeron adultos con DA moderada/grave que participaron en algún estudio original de dupilumab con una duración inicial de 3 años (NCT01949311). Las enmiendas al protocolo prolongaron el ensayo hasta un máximo de 5 años de tratamiento. Tras estas enmiendas en junio de 2017 y enero de 2018, 113 y 272 pacientes regresaron al ensayo, aunque 102 y 207 interrumpieron el tratamiento durante > 8 semanas entre las semanas 148 y 164, respectivamente. Los pacientes recibieron 300 mg de dupilumab semanalmente. Se permitieron tratamientos tópicos concomitantes, como corticosteroides/inhibidores de calcineurina. Los datos corresponden a la población global del estudio.

Resultado. Se incluyeron 2677 pacientes, 2207 completaron hasta la semana 52; 1064, hasta la semana 100; 534, hasta la semana 148; 253 hasta la semana 172; y 215 tuvieron una duración del tratamiento >172 semanas. La mayoría de las retiradas (60 %) se debieron a la aprobación/comercialización de dupilumab. Los datos de eficacia se muestran en la tabla. Se notificaron acontecimientos adversos aparecidos durante el tratamiento (AADT) en 2268 pacientes, el 3,6 % de los cuales presentaron AADT que provocaron la interrupción permanente del fármaco del estudio.

Conclusión. El tratamiento semanal con dupilumab demostró una eficacia mantenida a largo plazo (hasta 172 semanas) con una mejora tanto de los signos como de los síntomas de la DA moderada/grave. Los datos de seguridad fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de dupilumab.

15. ONICOPATÍA POR ACRILATOS SIMULANDO EXACERBACIÓN DE PSORIASIS EN PACIENTE CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

C. Sarró Fuente, A. Muñiz de Lucas, E. García Zamora, M. Vela Ganuza, E. Gómez de la Fuente y J.L. López Estebarán

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Antecedentes. Los acrilatos son compuestos ampliamente extendidos con un alto poder sensibilizante. Se han convertido en una causa creciente de dermatitis de contacto alérgica, sobre todo en profesionales y usuarios de uñas acrílicas y de gel. La sensibilización a acrilatos se suele manifestar en forma de lesiones eccematosas, pero en ocasiones puede provocar alteraciones ungueales, las cuales pueden simular otras enfermedades que afectan a las uñas.

Objetivo. Presentamos un caso de onicopatía por sensibilización a acrilatos en una paciente con psoriasis, simulando un empeoramiento de dicha dermatosis.

Método. Mujer de 58 años con psoriasis severa, de predominio palmo-plantar, en tratamiento con un Ixekizumab desde hacía 2 años.

Acudió de forma imprevista a consultas por aparición de lesiones ungueales, de 1 mes de evolución, que le hacían sospechar de empeoramiento de su psoriasis. A la exploración presentaba hemorragias en astilla e hiperqueratosis subungueal en todas las uñas de las manos. En la anamnesis dirigida la paciente refirió haber usado esmalte semipermanente. Había utilizado dicho esmalte con anterioridad sin presentar lesiones. Dada la implicación de los esmaltes semipermanentes, se planificaron pruebas epicutáneas para descartar sensibilización a acrilatos.

Resultado. Las pruebas epicutáneas de contacto con la batería estándar española y la batería de acrilatos resultaron positivas para 2-hidroxietil-metacrilato (+++), 2-hidroxietil-acrilato (+++), 3-hidroxipropil-metacrilato (+++), metilmetacrilato (+), etilenglicoldimetacrilato (++), tetrahidrofurfurilo-metacrilato (+) y trietilenglicoldimetacrilato (+/-), con relevancia presente. Las lesiones se resolvieron por completo con medidas de evitación de acrilatos.

Conclusión. Queremos resaltar la importancia de la realización de pruebas epicutáneas en pacientes con dermatosis de larga evolución con empeoramiento brusco o cambio en el tipo y distribución de las lesiones. Además de la trascendencia de sospechar una posible alergia a acrilatos en pacientes con alteraciones ungueales (onicólisis, hemorragias en astilla, hiperqueratosis subungueal), y de realizar una anamnesis detallada, incluyendo el ámbito laboral y cosmético de exposición.

16. EL PELIGRO DE LO “NATURAL”

N. Segurado Tostón, L. Puebla Tornero, M. Medina Migueláñez, L. Revellas Peñas, D. Revilla Nebreda, D. Rodríguez Baeza, M. Martins Lopes, S. Becerril Andrés, M.M. Yuste Chaves, C. Román Curto, V. Velasco Tirado y M. González de Arriba

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Antecedentes. Paciente sin antecedentes de interés, acude a Urgencias en marzo de 2021 presentando sequedad ocular de año y medio de evolución tratada con varios colirios oftálmicos por su cuenta, con aparición posterior de brotes de lesiones palpebrales. Previamente a este episodio se le diagnosticó de rosácea y se inició tratamiento con tetraciclina oral realizando dos ciclos. Además desde una semana antes de la consulta en Urgencias aplicó crema de corticoesteroide tópico y Bepanthol sin mejoría. Continuaba utilizando colirios, delineador de contorno de ojos y Blefarix en toallitas. Toleraba bisutería.

Objetivo. Con sospecha de dermatitis alérgica de contacto se cita para pruebas epicutáneas, se retiran los posibles causantes y se pauta Elocrom en crema cada 24 horas por la noche hasta remisión del cuadro.

Método. Pruebas epicutáneas con batería estándar TRUE test ampliada según GEIDAC, tiomersal, cosméticos y propios. Test de aplicación repetida abierta de colirios en antebrazo. Se valoran las pruebas a las 48 horas y a las 96 horas.

Resultado. Sensibilización positiva moderada a Decil glucósido a las 96 horas con resto de contactantes negativos. Se recomienda a la paciente revisar los cosméticos y champús de su domicilio.

Conclusión. Presentamos un caso de una paciente con eccema palpebral y sensibilización a decil glucósido con relevancia clínica presente. El decil glucósido es un surfactante de origen vegetal y biodegradable presente en múltiples productos como jabones, champús, cremas, lociones y acondicionadores. Estas características han llevado a calificarlo como “natural” y es esperable que su uso se extienda a un número cada vez mayor de productos cosméticos y de higiene con el consiguiente riesgo de sensibilizaciones en la población. Consideramos que este caso puede ser un ejemplo que se haga cada vez más frecuente en nuestras consultas incluso en localizaciones atípicas como en la zona palpebral debiendo sospechar fuentes de exposición diferentes a las habituales.

17. MEJORAS TEMPRANAS Y SOSTENIDAS EN LOS RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON TRALOKINUMAB EN COMBINACIÓN CON CORTICOSTEROIDES TÓPICOS A DEMANDA EN LA DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE

J.F. Silvestre^a, B.E. Elewski^b, S. Ständer^c, M. Zirwas^d, S. Kalia^e, J. Gutermuth^e, T. Mark^g, A.M Tindberg^g y J.I. Silverberg^h

^aHospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^bThe University of Alabama at Birmingham. Birmingham, AL. EE. UU. ^cDepartment of Dermatology and Interdisciplinary Competence Center Chronic Pruritus (KCP). University Hospital Münster. Münster. Alemania. ^dProbit Medical Research. Columbus, OH. EE. UU. ^eDepartment of Dermatology and Skin Science. University of British Columbia. Vancouver. British Columbia. Canadá; ^fDepartment of Dermatology. Universitair Ziekenhuis Brussel and Vrije Universiteit Brussel. Brussels. Bélgica. ^gLEO Pharma A/S, Ballerup. Dinamarca. ^hDepartment of Dermatology. The George Washington University School of Medicine and Health Sciences. Washington, DC. EE. UU.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad caracterizada por lesiones eczematosas asociadas con picor, pérdida de calidad del sueño y calidad de vida, ansiedad y depresión. Tralokinumab es un anticuerpo monoclonal que se une específicamente a la citocina IL-13.

Objetivo. Este estudio evaluó los efectos del tralokinumab en los resultados reportados por los pacientes (PROs) durante 32 semanas.

Método. En ECZTRA3 los participantes fueron aleatorizados 2:1 a tralokinumab 300 mg cada 2 semanas +TCS o placebo + TCS durante 16 semanas. Posteriormente, los tratados con tralokinumab continuaron con el tratamiento cada 2 o cada 4 semanas durante 16 semanas adicionales. El peor prurito diario (NRS) y la interferencia del sueño relacionada con el eccema (NRS) se registró diariamente, las escalas POEM, DLQI, HADS durante las visitas programadas.

Resultado. En la semana 16, la media del peor prurito diario (NRS) mejoró en -4,1 en con tralokinumab y en -3,0 con placebo (diferencia -1,1; [IC del 95%: -1,6; -0,7]; P <0,001), la media de interferencia del sueño relacionada con el eccema (NRS) mejoró en -4,4 con tralokinumab frente a -3,2 con placebo (-1,2 [-1,7, -0,7]; P <0,001), POEM mejoró en -11,8 con tralokinumab frente a -7,8 con placebo (-4,0 [-5,6, -2,4]; P <0,001). HADS mejoró de 11,6 (0,3) a 7,2 (0,3) con tralokinumab frente a 9,2 (0,4) con placebo (-2,0 [-3,1, -1,0]; P <0,001). DLQI mejoró de 17,4 (0,3) a 5,6 (0,3) con tralokinumab frente a 8,3 (0,5) con placebo (-2,7 [IC del 95%: -3,9, -1,5]; P <0,001). En las semanas 15-16, los pacientes tratados con tralokinumab utilizaron aproximadamente un 50% menos de TCS comparando con placebo (P = 0,002). En la semana 32 la continuación con tralokinumab se asoció con mejoras sostenidas en los PROs.

Conclusión. Los pacientes con DA moderada/grave que recibieron tralokinumab +TCS, tuvieron mejoras tempranas y sostenidas en resultados reportados por pacientes.

18. ONICODISTROFIA SEVERA SIN DERMATITIS, CAUSADA POR ALERGIA A ACRILATOS EN ESTÉTICA UNGUEAL

M. Hervella Garcés, J. Aróstegui Aguilar, L. Sánchez Martínez, M. Larrea García y JI. Yanguas Bayona

Complejo Hospitalario de Navarra. Navarra. España.

Antecedentes. Los acrilatos son una fuente cada vez más reconocida y frecuente de dermatitis alérgica de contacto en estética ungueal, y estamos viviendo una epidemia de casos tanto de origen profesional como en usuarias de uñas permanentes y semipermanentes de gel.

Objetivo. Describir un raro caso de lesiones ungueales aisladas, no acompañadas de dermatitis en la piel vecina, secundarias a una alergia de contacto a acrilatos-uñas.

Método. Mujer de 53 años, que al mes de realizar de forma casera aplicación de un esmalte semipermanente de uñas comenzó a notar molestias (dolor, hipersensibilidad) en las zonas periungueales de dedos de manos, asociadas a hemorragia e hiperqueratosis subungueales en todos los dedos, con progresiva deformidad en “pinza” distal en los meses siguientes, llamativa e incapacitante. La paciente refería el antecedente de un lupus discoide diagnosticado en 2007 con ANA+ previos. El estudio por Reumatología fue ahora normal. Se realizaron pruebas alérgicas de contacto a series estándar y acrilatos-uñas, que revelaron reacciones D2+++ , D4+++ a 2-Hidroxietilmetacrilato (HEMA), hidroxipropilmetacrilato (HPMA) y etilenglicol dimetacrilato (EGDMA).

Resultado. Evitando por completo los acrilatos ungueales la paciente ha mejorado lentamente, y actualmente presenta más de dos tercios proximales de las láminas ungueales sanas. Las alteraciones agudas y severas de las láminas ungueales se han descrito en el contexto de dermatitis de contacto muy intensa, y por tanto con mucha clínica en piel periungueal. En esta paciente destacamos la ausencia de lesiones en la piel vecina, que ha sido pocas veces publicada en casos similares.

Conclusión. Ante cambios agudos y severos en láminas ungueales, recomendamos siempre interrogar sobre el uso previo de acrilatos en estética ungueal, y realizar pruebas alérgicas de contacto, que resultan imprescindibles para confirmar el diagnóstico.

19. DERMATITIS PERIANAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

G. Sánchez Rodríguez, V. Amat Samaranch y E. Serra Baldrich

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes. Presentamos el caso de un varón de 39 años derivado por sospecha de celulitis glútea bilateral. Presentaba placas eritematoedematosas con vesículas a nivel perianal y perineal. Las lesiones aparecieron tras la aplicación de Ruscus Pomada Rectal® (prednisolona, ruscogenina, cincocaína, óxido de zinc, levomentol) y crema antihemorroidal Cinfá® (hidrocortisona, neomicina, benzocaína, ácido tánico) para el tratamiento de una hemorroide externa. Motu proprio, el paciente trató las lesiones con crema de hidrocortisona, tras lo que empeoraron significativamente. No presentaba leucocitosis ni aumento de reactantes de fase aguda.

Objetivo. Relatar los resultados de sensibilización a múltiples sustancias en un paciente con una dermatitis perianal de evolución tórpida.

Método. Descripción de un caso.

Resultado. Ante la sospecha de dermatitis de contacto alérgica a los productos tópicos aplicados se suspendieron los tratamientos previos, sustituyendo hidrocortisona por acetónido de triamcinolona 0,1% y administrando dexametasona oral 4mg, con resolución clínica. A posteriori, se decidió realizar pruebas epicutáneas aplicando la batería estándar (GEIDAC) y la ampliada de corticoides (Allergeaze). Se constató hipersensibilidad a: mezcla de caínas, fragancias I, colofonia, parabenos, bálsamo del Perú, 21-pivalato tixocortol, hidrocortisona-17-butirato, compositae II, linalool, limonene, corticoide mix. Ante estos hallazgos, se aplicó la batería ampliada de plantas compuestas y fragancias (Allergeaze), constatóse hipersensibilidad a majantole, aldehído a-hexilcinámico, achillea millefolium, chrysanthemum, tanacetum, compositae mix, blásamo tolu, wood-tar mix.

Conclusión. Al reinterrogarle, el paciente relató que su mujer empleaba diariamente aceites esenciales vaporizados y ambientadores tradicionales, por lo que consideramos que la múltiple sensibilización a plantas y fragancias se debía a este motivo y no mostraba relevancia en el cuadro. Por el contrario, sí fue relevante la sensibilización a caínas y a corticoides del grupo 1, responsables del inicio y empeoramiento de las lesiones. Recalcamos la importancia de sospechar sensibilización a medicamentos tópicos como los cor-

ticoides y los anestésicos, como posibles causas y agravantes de dermatitis de evolución tórpida.

20. ECOGRAFÍAS: ¿TAN SEGURAS COMO PARECEN? DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A GEL DE ECOGRAFÍA POR CARBÓMEROS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

L. Serra García, F. Alamon Reig, C. Riquelme Mc Loughlin y S. Gómez Armayones

Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona. España.

Antecedentes. La ecografía es una técnica de imagen no invasiva y ampliamente utilizada. Los geles ecográficos se consideran hipoaérgicos, sin embargo se han reportado casos de dermatitis alérgica de contacto (DAC) debidos a estos. Los carbómeros, componentes habituales de estos geles, son poliácridatos de alto peso molecular, de diferentes tipos según su combinación con benceno, eritritol y acetatos. Se les atribuye un bajo potencial de sensibilización, aunque se han reportado casos de DAC así como reacción cruzada con otros acrilatos.

Objetivo. Reporte de caso de una paciente con DAC a gel ecográfico por carbómero. Revisión de la literatura para caracterizar las DAC a geles ecográficos.

Método. Mujer de 55 años que consulta por un eccema pruriginoso tras realización de tres ecografías consecutivas. Ante la sospecha de una DAC, se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar española, cosméticos y el gel ecográfico (Transonic gel®).

Resultado. Las pruebas fueron positivas a las 96 horas para bálsamo de Perú (+) y Transonic gel® (++) . A continuación, se parchearon los componentes del gel: propilenglicol, diazolidinil urea, paraben mix, carbómero 10% y 30%, colorante 10% y 30%, ácido etilendiaminotetraacético disódico 10% y 30%; y un control con agua y vaselina. Se observó positividad para carbómero (+++) a ambas concentraciones. La revisión bibliográfica reveló otros 29 casos de reacciones cutáneas a gel ecográfico en un total de 24 publicaciones. Un 68% eran mujeres con mediana de edad de 60 años. Los alérgenos implicados más frecuentes fueron: propilenglicol, metilisotiazinolona/metilcloroisotiazinolona, fragancias mix y Euxyl K 400.

Conclusión. Los geles ecográficos son una potencial fuente de DAC a pesar de ser considerados hipoaérgicos. Los casos reportados son predominantemente en mujeres, probablemente por una mayor exposición a perfumes y conservantes. La mayoría de alérgenos implicados corresponden a conservantes y disolventes presentes en cosméticos y productos de higiene personal.

21. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A TREPROSTINIL

M.A. Pastor Nieto^a, M.E. Gatica Ortega^b, M. Mowitz^c, F. Herreros Montejano^d, F. Heras Mendaza^e, T. Sanz Sánchez^a, R. Torres Aranda^f, M. Bruze^c y C. Svedman^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. ^cDepartment of Occupational and Environmental Dermatology. Lund University. Skåne University Hospital. Malmö. Suecia. ^dHospital Fremap. ^eFundación Jiménez Díaz. ^fHospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Antecedentes. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad con una elevada morbimortalidad. Treprostnil es un prostanoides que ha demostrado mejorar la capacidad de ejercicio en estos pacientes. Puede administrarse en infusión subcutánea continua, con mejor perfil de seguridad respecto otros prostanoïdes, que requieren un acceso venoso central. El dolor en el sitio de infusión es el efecto adverso observado con más frecuencia y puede limitar su utilización.

Objetivo. Describir el caso de una dermatitis alérgica de contacto provocada por teprostidil.

Método. Presentamos el caso de una dermatitis alérgica de contacto (DAC) a treprostinil, confirmada por pruebas epicutáneas, en una paciente con una HAP.

Resultado. Mujer de 40 años, con HAP idiopática en tratamiento con epoprostenol, taldalafilo y macitentan. Debido a una infección del catéter venoso central, se sustituyó epoprostenol por treprostinil en infusión subcutánea. Desde el cambio de tratamiento, la paciente refería dolor, eritema y exudación a nivel local. Ante la sospecha de una DAC, se realizaron pruebas epicutáneas (batería estándar) con resultado positivo a níquel y a dicromato potásico. Se amplió el estudio con pruebas epicutáneas para plásticos y colas,

epoprostenol, treprostinil, el apósito del dispositivo y el catéter. A las 96 h, la paciente presentaba resultados positivos a teprostinil. Ante la confirmación de una DAC, se decidió sustituir el fármaco. Teprostinil es un prostanoide eficaz en el tratamiento de la HAP. Puede administrarse por vía subcutánea a diferencia de epoprostenol y iloprost. Las complicaciones a nivel local pueden limitar su utilización. Recientemente, se ha reportado una DAC en una paciente recibiendo tratamiento con treprostinil en infusión subcutánea. También se han descrito dos casos de DAC causadas por isobornil acrilato, presente en los apósitos del dispositivo de infusión, en dos pacientes en tratamiento con treprostinil.

Conclusión. Teprostidil puede desencadenar una DAC y condicionar la necesidad de sustituir el tratamiento en pacientes con HAP.