

# TERAPÉUTICA

## 50 DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR CIANAMIDA

I. Trébol, J. A. Ratón, L. Díaz Ramón, C. Varas, J. M. Vicente, J. L. Díaz Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.

**Introducción:** La cianamida (Colme<sup>®</sup>) se utiliza desde hace más de 45 años en el tratamiento del alcoholismo crónica. De forma muy poco habitual puede producir reacciones cutáneas adversas, entre las que se incluyen las dermatitis alérgicas de contacto (DAC) en las personas que manipulan la medicación.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 24 años de edad, educadora social, que trabajaba en una residencia de ancianos. Acude a nuestro Servicio por lesiones eczematosas en manos que relaciona con la manipulación de Colme<sup>®</sup> en su ambiente laboral al romper las ampollas y preparar la medicación para los enfermos. Asimismo, presentaba reacciones eczematosas en otras zonas corporales donde había contactado con el fármaco de forma casual.

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar GEIDC y con Colme<sup>®</sup> 50 y 10% en aq., así como con el producto desdoblado en principio activo (cianamida 1 y 0,5% aq.) y excipientes. Los parches fueron positivos (++) a las 48 y 96 horas para Colme<sup>®</sup> y cianamida en todas las diluciones, siendo negativos los parches con cianamida 1% aq en 12 pacientes control.

**Conclusiones:** Con respecto a la cianamida (Colme<sup>®</sup>), se han descrito de forma muy poco frecuente reacciones cutáneas adversas tanto en los pacientes que lo ingieren (reacciones liquenoides, eritrodermia) como en los que lo manipulan a la hora de preparar la medicación para los enfermos (DAC), como ocurre con el caso que presentamos. Para realizar el diagnóstico en estos casos se recomienda la realización de pruebas epicutáneas con cianamida 1% aq.

## 51 URTICARIA DE CONTACTO POR THROMBOCID<sup>®</sup> POMADA

R. González-Pérez, M. González-Güemes, M. R. González-Hermosa, B. Aseguinolaza, R. Soloeta  
Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

**Introducción:** La urticaria de contacto se caracteriza por la aparición de una reacción hinchada en la piel a los pocos minutos de contactar con determinados agentes. Si bien es conocido que un buen número de sustancias, entre la que se incluye el ácido sórbico, pueden desencadenar una reacción inmediata por un mecanismo no inmunológico, son pocas las publicaciones en las que se demuestra este fenómeno con pruebas epicutáneas.

**Caso clínico:** Paciente de 77 años que consultó en abril del 2000 por haber desarrollado una erupción pruriginosa en las piernas tras las primeras aplicaciones de trombocid pomada. En el estudio epicutáneo realizado con la batería estándar del GEIDC y el producto propio se observó una positividad (+) frente a trombocid pomada a las 96 horas. Una vez conseguimos los diferentes componentes de esta pomada completamos las pruebas alérgicas,

registrando a las 48 horas una respuesta positiva (++) al ácido sórbico que desapareció a las 96 horas. Dado que las características del parche no sugerían irritación, consideramos la posibilidad de que la respuesta observada a las 48 horas correspondiera con una urticaria de contacto. Para demostrarla parchamos de nuevo el ácido sórbico y trombocid pomada, destapando a los 20-30 minutos, evidenciándose una respuesta positiva en ambos casos.

**Discusión:** Las pruebas realizadas a este paciente demuestran la coexistencia de una urticaria de contacto y una dermatitis alérgica de contacto debidas a un mismo producto. En nuestro caso, a diferencia de lo observado por otros autores, creemos que la reacción inmediata obtenida es relevante. Por otro lado queremos señalar que no hemos encontrado referencias de dermatitis de contacto por trombocid, lo cual nos ha extrañado dado su extendido uso.

## 52 LIPOATROFIA POR INSULINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO PEDIÁTRICO

R. de Lucas, I. González-Casado\*, P. Herranz, M. Hernández-Cano Ruano, E. Naz, S. Aso\*\*, M. Casado

Servicios de Dermatología, \*Endocrinología Pediátrica y \*\*Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid.

**Introducción:** Tradicionalmente la lipoatrofia en relación a la administración subcutánea de insulina había sido atribuida al uso de insulinas animales, sobre todo porcina. Más recientemente los fenómenos de lipoatrofia han sido referidos en pacientes tratados con insulina humana. Los casos pediátricos han sido comunicados excepcionalmente.

Presentamos una paciente de 7 años con un cuadro de lipoatrofia localizada en relación a la administración de insulina.

**Caso clínico:** Niña de 7 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1 desde los 4 años de edad, en tratamiento con insulina diabética desde entonces, con mal control diabético. Fue remitida a la Unidad de Diabetes del Hospital Infantil La Paz para su manejo.

En febrero de 2000 fue remitida a nuestra consulta por la aparición de dos placas deprimidas en muslo y brazo izquierdos, en sitios probables de inyección de insulina. Refería además dos nuevas placas, de aparición más reciente, en muslo derecho sin aparente relación con la inyección de esta sustancia. La biopsia realizada confirmó el diagnóstico clínico de lipoatrofia. De acuerdo con el Servicio de Endocrinología se sustituyó la marca de insulina, no observándose desde entonces aparición de placas lipoatróficas.

Los estudios complementarios realizados eran compatibles con la enfermedad de base, sin revelar datos significativos. Los anticuerpos antiinsulina eran positivos.

**Discusión:** Los casos comunicados de lipoatrofia en relación con la administración subcutánea de insulina humana parece que apuntan hacia un origen inmunológico de este proceso. La presencia de los anticuerpos antiinsulina en la mayoría de los casos puede apoyar esta teoría. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en señalar la necesidad de otros factores locales para explicar estos procesos. Además el tratamiento elegido en la mayoría de los casos fue la infusión continua subcutánea de insulina. Posiblemente la diferente preparación de la mezcla, los aditivos empleados, etc., junto a

factores individuales puedan incriminarse en este peculiar cuadro clínico. En nuestra paciente bastó el cambio a otra marca comercial de insulina, manteniendo la misma vía y forma de administración para controlar el proceso. Se discuten estos y otros aspectos clínicos y etiopatogénicos en relación con las lipotrofias en la infancia.

## 53 REACCIÓN ADVERSA POR MINOXIDIL

D. Sánchez-Aguilar, B. Monteagudo, I. Suárez, V. Fernández-Redondo, C. Peteiro, J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

**Introducción:** La piel constituye el órgano diana de un porcentaje importante de las reacciones adversas a fármacos. Su incidencia es difícil de evaluar; muchas erupciones leves y transitorias no se comunican; por otra parte el diagnóstico correcto es difícil. Las reacciones más frecuentes son: las erupciones exantemáticas, urticaria y exantema fijo medicamentoso.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 21 años de edad diagnosticada de insuficiencia renal crónica de etiología no filiada en programa de diálisis peritoneal desde el 23-2-96 al 17-10-1996. Trasplante renal de cadáver el 17-10-1996, reinicio de hemodiálisis por rechazo crónico el 14-7-2000. Hepatitis C e HTA. En diciembre de 2000 se realiza interconsulta al Servicio de Dermatología por presentar una erupción maculopapulosa de predominio en tronco, siendo etiquetada de toxicodermia probablemente por minoxidil; se suspende el fármaco con regresión del cuadro cutáneo. Se reintroduce el minoxidil 3 semanas más tarde; en 48 horas se desarrolló una erupción maculopapulosa generalizada con afectación de área facial, sin lesiones en mucosas; en 48 horas evoluciona, presentando una eritrodermia exfoliativa con grave repercusión de estado general.

**Discusión:** Las erupciones exantemáticas son las reacciones cutáneas adversas más frecuentes. Aunque suelen ser leves y cursar sin sintomatología general importante pueden involucrar a una eritrodermia. El período de latencia es de 2 a 3 semanas tras la introducción del fármaco; este período se acorta en la reexposición.

La incidencia de reacciones adversas a una droga generalmente se relacionan con la frecuencia de prescripción de la misma. En la literatura por nosotros revisada hemos encontrado diversas referencias a reacciones al minoxidil utilizado tópicamente; por el contrario las referencias de reacciones adversas a este fármaco en relación a su utilización por vía sistémica son muy escasas.

## 54 ALOPECIA AREATA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON INTERFERÓN Y RIBAVIRINA

R. Zabala, A. Sánchez, L. Díaz Ramón, R. Izu, B. Navajas, J. A. Ratón, J. L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.

**Introducción:** El interferón (INF) es un fármaco con acción antiviral y antineoplásica indicado en el tratamiento de múltiples patologías, entre ellas la hepatitis C. Se han descrito diversos fenómenos autoinmunes inducidos por el tratamiento con INF, así como numerosas lesiones cutáneas secundarias a su uso.

Estudios recientes han demostrado que su asociación con la ribavirina aumenta la respuesta terapéutica en pacientes con hepatitis crónica secundaria a infección por virus C.

Los efectos secundarios del tratamiento a nivel cutáneo descritos hasta la fecha son escasos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 49 años de edad con antecedentes de melanoma (grado III de Clark; Breslow 1,2 mm) en la pierna derecha intervenido en 1987, sin recidiva hasta la actualidad.

Diagnosticada de hepatitis crónica con VHC positivo en 1991, fue tratada con dos ciclos previos de INFa-positivo en 1993 y 1995 durante los cuales refiere haber presentado áreas alopecicas que repoblaron tras finalizar el tratamiento. En octubre de 2000 inicia tratamiento con terapia combinada con INFa-2b y ribavirina. Tras 9 semanas de tratamiento, de modo similar a los episodios anteriores, aparecieron áreas alopecicas en región frontal, por lo que fue remitida a nuestro Servicio. La paciente no presentaba ninguna clínica asociada.

**Comentario:** Durante el tratamiento con INF y/o ribavirina son relativamente frecuentes los efectos secundarios a nivel cutáneo.

Es bien conocida la aparición de una alopecia difusa reversible durante el tratamiento con INF, mientras que la asociación de alopecia areata con dichos tratamientos es excepcional.

La repetida aparición de una alopecia areata durante los diversos ciclos de INF parece indicar una posible relación etiopatogénica.

## 55 MIXEDEMA PALPEBRAL UNILATERAL POR HIPOTIROIDISMO DE ORIGEN MEDICAMENTOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Serrano, S. López, S. del Canto, C. Hernández, R. Cabrera\*, M. Navarrete\*, E. Pérez, T. Rodríguez

Servicio de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** Las mucinosis son enfermedades por depósito de mucopolisacáridos ácidos y neutros en la dermis. De las diferentes formas de mucinosis existen unas no relacionadas con alteración tiroidea y otras que sí lo están, dentro de las cuales se incluye el mixedema localizado o mixedema del adulto. Éste se caracteriza por edema de genitales, manos y cara, especialmente de los párpados, lo cual puede ser el primer síntoma de hipofunción tiroidea. Dicho hipotiroidismo puede ser provocado yatrogénicamente por numerosas drogas, dentro de las cuales se incluye la amiodarona.

**Caso clínico:** Presentamos un paciente de 64 años de edad entre cuyos antecedentes personales destacaba fibrilación auricular crónica en tratamiento de consistencia flácida y coloración amarillenta en párpado inferior derecho sin signos inflamatorios, de 1 año de evolución con exacerbaciones y remisiones parciales, así como prurito generalizado de 1,5 meses de evolución, con ausencia de sintomatología sistémica. Entre los estudios complementarios destacaba la existencia de un aumento de TSH (60) con descenso de T4 (0,5), así como un TAC de órbitas compatible con edema en párpado inferior derecho. El estudio histológico fue compatible con mixedema. Tras la suspensión de la amiodarona y tratamiento sustitutivo la evolución fue favorable.

**Comentario:** Se destaca el diagnóstico de una enfermedad sistémica secundario a un efecto adverso por drogas a partir de un signo cutáneo atípico.

## 56 PÉNFIGO FOLIÁCEO INDUCIDO POR HALOPERIDOL

L. Pérez-España, A. B. Peteiro, M. Ruano, M. Bergon, S. Aso, M. Sigüenza, C. Vidaurrázaga

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** Presentamos un caso de pénfigo foliáceo inducido por haloperidol, con buena respuesta a la supresión del fármaco desencadenante.

**Caso clínico:** Presentamos a una mujer de 27 años que acudió a nuestro Servicio por la aparición de lesiones cutáneas en el tronco de 4 meses de evolución. Entre los antecedentes destacaba una psicosis maniaco depresiva en tratamiento con haloperidol desde hacía 5 meses. En la exploración cutánea se apreciaban múltiples ampollas flácidas y erosiones, con distribución troncular, y que presentaban signo de Nikolsky. El estudio histológico de una biopsia cutánea mostraba una acantosis de predominio subcórneo. La inmunofluorescencia directa e indirecta confirmaron el diagnóstico clínico de pénfigo foliáceo.

Se instauró tratamiento con antibioterapia tópica y se suspendió el haloperidol, obteniéndose a los 2 meses una resolución completa del cuadro con negativización de la inmunofluorescencia indirecta.

**Discusión:** Dada la coincidencia temporal del cuadro con el inicio del tratamiento con haloperidol, y su remisión tanto clínica como inmunológica tras la supresión de éste, nos encontramos ante un pénfigo foliáceo de inducción medicamentosa. Discutimos la posible etiopatogenia y destacamos la excepcionalidad del caso ya que no existe en la literatura revisada cuadros similares asociados al haloperidol.

## 57 SIRINGOMETAPLASIA ESCAMOSA ECRINA INDUCIDA POR TERAPIA ANTITUMORAL

J. Romero Gómez, A. Vera Casaño, A. Sanz Trelles, T. Acha García, S. Martínez García, V. Crespo Erchiga  
Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya. Málaga.

**Introducción:** La siringometaplasia escamosa ecrina (SEE) corresponde a un proceso histopatológico en el que los conductos sudoríparos ecritos sufren una metaplasia a células escamosas maduras con queratinización de las mismas. Este proceso se ha descrito asociado a diferentes procesos, entre los que destaca el tratamiento con quimioterapia sistémica.

**Descripción del caso:** Niña preescolar de 3,5 años, diagnosticada de tumor de Wilms estadio III, que tras tratamiento quirúrgico recibe tratamiento poliquimioterápico con adriamicina, vincristina y actinomicina según protocolo de la SIOP.

Consultan a nuestro Servicio por la aparición de unas placas constituidas por micropápulas eritematosas pigmentadas en tronco, especialmente en región lumbosacra y bordes de la cicatriz de laparotomía.

En el estudio histopatológico se evidenció una metaplasia escamosa madura de la porción recta de las glándulas ecresas, sin afectación de los oviductos. También se observaban en estas glándulas algunas células necróticas, cornificación de la luz y aislados queratogranulomas que contactaban con ellas. El diagnóstico histológico fue de siringometaplasia escamosa ecrina.

Tras la suspensión de la radioterapia, y a pesar de continuarse el tratamiento con quimioterapia, las lesiones evolucionaron favorablemente hasta la completa resolución del cuadro en un período de 4-6 semanas.

**Comentario:** La SEE se ha observado en sujetos con patología neoplásica en tratamiento poliquimioterápico. Por otro lado este cuadro puede ser visto en otros procesos tales como el carcinoma epidermoide, la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, el queratoacantoma y otros procesos infecciosos o inflamatorios.

Presentamos un caso de SEE en el contexto de poliquimioterapia y radioterapia. Se discute la posible relación de la radioterapia como agente inductor del cuadro dada su exquisita asociación temporal.

## 58 SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON DESARROLLADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIEPILÉPTICO Y RADIOTERAPIA

R. Henche, L. Barco, E. López-Negrete, I. Gonzalo, C. Iglesias, E. Cuerda

Unidad Docente de Dermatología.  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es un cuadro grave cutaneomucoso secundario en la mayor parte de las veces a la administración de determinados grupos medicamentosos: antiepilépticos, AINE, sulfamidas, alopurinol, etc; otras circunstancias o tratamientos concomitantes como la radioterapia se consideran también factores precipitantes de este cuadro.

**Casos clínicos:** Presentamos tres pacientes que estando en curso de tratamiento con hidantoínas, quimioterapia y radioterapia por metástasis cerebrales de carcinoma de mama desarrollaron un SSJ comprobado histológicamente, una de las cuales falleció como consecuencia de las complicaciones de la enfermedad cutánea.

**Conclusiones:** La suma de factores que confluyen en este tipo de pacientes: quimioterapia, radioterapia, medicación anticancerígena, los hace extremadamente susceptibles de sufrir un SSJ, cuya elevada mortalidad nos obliga a replantearnos el uso de determinados grupos farmacológicos y a extremar la vigilancia para detectar los primeros datos clínicos del cuadro y obrar en consecuencia.

## 59 ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR PSEUDOTATUAJES

A. Miguélez, M. García, S. Palencia, I. Alonso, J. D. Domínguez, J. Ortiz, L. Iglesias

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción:** Los pseudotatuajes son pinturas no permanentes realizadas sobre la piel con fines decorativos. Es una costumbre tradicional típica de países árabes y de la India. Generalmente se emplea la henna, colorante rojo-marrón obtenido del arbusto *Lawsonia inermis*, que se aplica directamente sobre la piel, persistiendo menos de 3 semanas. En ocasiones se añaden otras sustancias que incrementan la coloración, como son las hojas de té, el carbón vegetal o la parafenilendiamina (PPD).

**Caso clínico:** Presentamos dos casos clínicos; el primero, una niña de 10 años sin antecedentes de interés, que 10 días después de la realización de un pseudotatuaje en el hombro desarrolló eritema y edema de la zona, con posterior aparición de lesiones diseminadas en tronco y muslos. Las lesiones fueron tratadas con corticoides tópicos. Las pruebas de contacto fueron positivas para PPD y mezcla de gomas negras, siendo negativas para la henna a distintas concentraciones. En la batería de colorantes aparecieron positividades para colorantes dispersos yellow 3, red 1, red 17 y orange 1. El segundo caso, una mujer de 27 años con antecedentes de intolerancia al níquel y alergia al tinte de pelo 4 años antes con prueba de contacto positiva para PPD, desarrolló edema con formación de ampolla 48 horas después de la realización de un pseudotatuaje en el dorso de la mano durante un viaje a Egipto. Las lesiones cedieron con corticoides tópicos. Las pruebas de contacto fueron positivas para PPD y mezclas de cañas. En la batería de colorantes aparecieron positividades para colorantes dispersos yellow 3, orange 3, red 1, red 17, orange 1, brown 1, red 46 y blue 124.

**Conclusiones:** En ambos casos el diagnóstico fue de ecema alérgico de contacto por PPD (en el primero con sensibilización activa y en el segundo con sensibilización previa), con presencia de sensibilidades cruzadas a colorantes dispersos. Creemos necesario el conocimiento de esta entidad por parte de los dermatólogos dado que es una técnica cada vez más empleada en los países occidentales.