

contenido hemático. Su importancia radica en su frecuente asociación con otros procesos subyacentes, muchas veces no diagnosticados. De hecho, algunas series revelan que hasta el 27% de los casos se asocia a neoplasias, la mayoría de origen hematológico, y el 15% con enfermedad inflamatoria intestinal<sup>2</sup>. Se ha relacionado, asimismo, con infección por el VHC y el estreptococo de manera esporádica<sup>6</sup>. Su presencia en pacientes con AR es más rara y en este contexto es necesario distinguirla de otras dermatosis neutrofílicas que también se relacionan con dicha entidad, como son la dermatosis neutrofílica reumatoidea (DNR), el *eritema elevatum et diutinum* y el *pioderma gangrenoso*<sup>7</sup>. Por sus semejanzas clínicas se vuelve especialmente interesante el diagnóstico diferencial con la DNR<sup>8</sup>, que fue descrita en 1978 por Ackerman y en la actualidad existen menos de 30 casos publicados. Se trata de una dermatosis no paraneoplásica de inicio agudo que afecta mayoritariamente a mujeres con AR seropositiva. Cursa con nódulos y pápulas eritematosas sensibles que asientan en las manos y la cara extensora de las extremidades, principalmente sobre articulaciones y áreas adyacentes. El estudio histológico muestra una intensa infiltración por neutrófilos en la dermis con leucocitoclasia variable. La ausencia de vasculitis la distingue de la DNM, en donde se trata de un hecho característico aunque no constante. De hecho, en la DNM, el hallazgo de vasculitis es más frecuente conforme aumenta el periodo de tiempo entre el inicio de la clínica y la realización de la biopsia<sup>1,9</sup>. No es rara, en la evolución de la DNR, la resolución espontánea o secundaria a la mejoría del proceso reumatoideo de base. El resto de casos suele resolverse con la administración de dapsona<sup>8</sup>. El tratamiento de elección en la DNM se sustenta en la corticoterapia sistémica, utilizándose dosis de prednisona oral de hasta 1 mg/kg/día. A diferencia de la DNR, responde hasta el 71% de los casos. En el resto se puede intentar el tratamiento con dapsona o yoduro potásico<sup>10</sup>.

En conclusión, creemos importante realizar un completo despistaje tanto paraneoplásico como de otras patologías ante el diagnóstico de DNM, teniendo en cuenta también que raramente puede aparecer asociada con procesos reumatológicos tipo AR, como fue en nuestro caso.

doi:10.1016/j.ad.2009.10.006

## Bibliografía

1. Del Pozo J, Sacristán F, Martínez W, Paradela S, Fernández-Jorge B, Fonseca E. Neutrophilic dermatosis of the hands: presentation of eight cases and review of the literature. *J Dermatol.* 2007;34:243–7.
2. Walling HW, Snipes CJ, Gerami P, Piette WW. The relationship between neutrophilic dermatosis of the dorsal hands and sweet syndrome: report of 9 cases and comparison to atypical pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol.* 2006;142:57–63.
3. Strutton G, Weedon D, Robertson I. Pustular vasculitis of the hands. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:192–8.
4. Galaria NA, Junkins-Hopkins JM, Kligman D, James WD. Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: pustular vasculitis revisited. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:870–4.
5. Weenig RH, Bruce AJ, McEvoy MT, Gibson LE, Davis MD. Neutrophilic dermatosis of the hands: four new cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2004;43:95–102.
6. Baz K, Yazici AC, Kaya TI, Ikizoglu G, Ulubas B, Apa DD, et al. Neutrophilic dermatosis of the hands (localized Sweet's syndrome) in association with chronic hepatitis C and sarcoidosis. *Clin Exp Dermatol.* 2003;28:377–9.
7. Ergun T, Inanc N, Tuney D, Kotiloglu EK, Seckin D, Tetik C, et al. Skin manifestations of rheumatoid arthritis: a study of 215 Turkish patients. *Int J Dermatol.* 2008;47:894–902.
8. Lu CI, Yang CH, Hong HS. A bullous neutrophilic dermatosis in a patient with severe rheumatoid arthritis and monoclonal IgA gammopathy. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(2 Suppl):S94–6.
9. Duquia RP, Almeida Jr HL, Vettorato G, Souza PR, Schwartz J. Neutrophilic dermatosis of the dorsal of the hands: acral sweet syndrome? *Int J Dermatol.* 2006;45:51–2.
10. Laguna C, Vilata JJ, Martín B. Dermatitis neutrofílica del dorso de manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:102–4.

J. Concheiro<sup>a,\*</sup>, A. León<sup>a</sup>, R. Pardavila<sup>a</sup>, R. Cervantes<sup>a</sup> y A. Badiola<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital POVISA, Vigo, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital POVISA, Vigo, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: concheiro@gmail.com (J. Concheiro).

## Dermatitis alérgica de contacto por amorolfina en laca de uñas

### Allergic contact dermatitis due to amorolfine in nail lacquer

Sr. Director:

La alergia de contacto debida a fármacos antifúngicos es relativamente infrecuente en relación con su uso tan extendido. Se han descrito algunos casos de dermatitis alérgica de contacto, siendo los derivados imidazólicos los alérgenos más frecuentemente implicados<sup>1,2</sup>.

La amorolfina es un derivado morfolínico sin relación estructural con otros fármacos antimicóticos. Inicialmente se comercializó en algunos países como una laca de uñas para el tratamiento de la onicomycosis. La crema de amorolfina ha sido comercializada más recientemente en Europa, Asia y Sudamérica, y se utiliza para tratar infecciones fúngicas cutáneas. Hasta el momento actual, solo se han publicado tres casos de dermatitis alérgica de contacto debida a amorolfina en la literatura mundial<sup>3–5</sup>.

Una mujer de 36 años, sin antecedentes médicos relevantes, fue enviada a nuestra consulta de Dermatología porque presentaba una probable onicomycosis de la primera uña de ambos pies, de varios meses de evolución, por la que no había recibido tratamiento previamente. En la exploración física, la primera uña de ambos pies tenía una coloración verdosa y un engrosamiento distal. Se sospechó



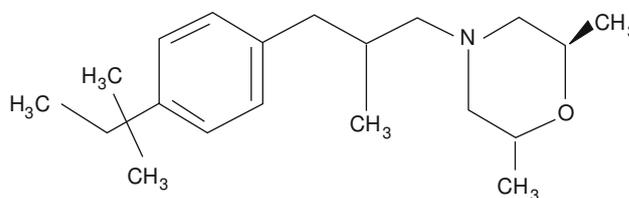
**Figura 1** Lesiones eritemato-descamativas en los primeros dedos de ambos pies.

onicomicosis o infección por *Pseudomonas* y se tomaron muestras para cultivos bacteriano y fúngico. Aunque en el cultivo no crecieron hongos, ante la fuerte sospecha clínica, se inició tratamiento tópico con Odenil<sup>®</sup> laca de uñas (amorolfina al 5% en solución, Laboratorios Isdin, España) dos veces por semana. Un mes después del comienzo del tratamiento la paciente observó una erupción eczematosa y pruriginosa con vesiculación en la zona dorsal de los primeros dedos de ambos pies. Un mes después la paciente acudió a nuestra consulta y se observaron lesiones eritematosas y descamativas en la cara dorsal de los primeros dedos, que se extendían hasta el tercer dedo de ambos pies (fig. 1). Se suspendió la laca de uñas y las lesiones desaparecieron en pocos días tras tratamiento tópico con hidrocortisona. Se le realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC (Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea) y Odenil<sup>®</sup> laca de uñas tal cual. Las lecturas se realizaron a las 48 y 96 h de acuerdo con los criterios del ICDRG (*International Contact Dermatitis Research Group*). Los resultados fueron positivos para el níquel (++en D2 y +++en D4) y para Odenil<sup>®</sup> laca de uñas tal cual (+en D2 y ++en D4). Posteriormente se realizaron pruebas epicutáneas con Odenil<sup>®</sup> laca de uñas tal cual (amorolfina al 5%, ácido metacrílico copolímero, triacetina, acetato de butilo, acetato de etilo y etanol) y con Odenil<sup>®</sup> crema tal cual (amorolfina al 0,25%, polietilenglicol 40 monoestearato, alcohol estearílico, parafina líquida, vaselina blanca, carbómero 934P, hidróxido de sodio, edetato de disodio, 2-fenoxietanol y agua purificada) y los resultados fueron positivos para ambos preparados (++D2 y ++D4) (fig. 2). Se realizaron controles en 15 pacientes sanos con Odenil<sup>®</sup> laca de uñas y Odenil<sup>®</sup> crema, con resultados negativos. Finalmente, y para descartar sensibilización a componentes tanto de la crema como de la laca, se realizaron pruebas epicutáneas con la batería de cosméticos (Chemotechnique Diagnostics<sup>®</sup>, 50 alérgenos) y con el ácido metacrílico al 2% en vaselina, con resultado negativo.

La amorolfina o (2S,6R)-5,2,6-dimetilo-4-(2-metilo-3-(4-[2-metilobutano-2]fenilo)propilo]morfolina es un derivado morfolínico (fig. 3) de aplicación tópica que inhibe la D14 reductasa y la D7-8 isomerasa por lo que inhibe la síntesis de ergosterol (componente de la pared celular del hongo), alterando así la permeabilidad de la membrana celular y



**Figura 2** Pruebas epicutáneas con Odenil<sup>®</sup> laca uñas y Odenil<sup>®</sup> crema.



**Figura 3** Estructura química de la amorolfina.

con ello el crecimiento del hongo. Estructuralmente no está relacionada con otros fármacos antimicóticos. Fue comercializada en diferentes países como crema y laca de uñas (Odenil<sup>®</sup>, Locetar<sup>®</sup>, Loceryl<sup>®</sup>) y se prescribe con frecuencia como laca de uñas para el tratamiento de la onicomicosis.

Después de revisar la literatura, éste sería el tercer caso publicado de dermatitis alérgica de contacto tras el uso de una laca de uñas que contiene amorolfina como ingrediente activo<sup>3,5</sup>. Kramer y Paul publicaron un caso de alergia a amorolfina por utilización de laca de uñas y crema en un mismo paciente en el año 1996<sup>3</sup>. Kaneko et al publicaron otro caso debido a amorolfina en crema en 1997<sup>4</sup>. El último caso publicado fue debido a laca de uñas, por Fidalgo y Lobo<sup>5</sup>.

Creemos que nuestro caso es una verdadera alergia a amorolfina porque los componentes de la crema y de la laca de uñas son diferentes exceptuando la amorolfina (no hay coincidencia en ninguno de los excipientes). Aunque se ha propuesto que la amorolfina al 0,25–1% en vaselina o agua es necesaria para elaborar los parches, creemos que el estudio con la crema y la laca de uñas tal cual (con resultados positivos en ambos casos y negativos en controles) es muy sugestivo para el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto por amorolfina.

## Bibliografía

1. Raulin C, Frosch PJ. Contact allergy to imidazole antimycotics. *Contact Dermatitis*. 1988;18:76–80.
2. Dooms Goossens A, Matura M, Drieghe J, Degreef H. Contact allergy to imidazoles used as antimycotic agents. *Contact Dermatitis*. 1995;33:73–7.

3. Kramer K, Paul E. Contact dermatitis from amorolfine-containing cream and nail lacquer. *Contact Dermatitis*. 1996;34:145.
4. Kaneko K, Aoki N, Hata M, Yajima J, Kawana S, Hattori S. Allergic contact dermatitis from amorolfine cream. *Contact Dermatitis*. 1997;37:307.
5. Fidalgo A, Lobo L. Allergic contact dermatitis due to amorolfine nail lacquer. *Dermatitis*. 2004;15:54.

L. Pérez-Varela<sup>a,\*</sup>, J. Goday-Buján<sup>a</sup>, F. Piñeyro-Molina<sup>a</sup> y C. Costa-Domínguez<sup>b</sup>

doi:10.1016/j.ad.2009.10.004

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología, Hospital Abente y Lago (CHU A Coruña), A Coruña, España*

<sup>b</sup>*Servicio de Alergología, Hospital Abente y Lago (CHU A Coruña), A Coruña, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* lucia.perez.varela@sergas.es (L. Pérez-Varela).