

10. Mensing CH, Kregel S, Tronnier M, Wolff HH. Reactive angioendotheliomatosis: is it 'intravascular histiocytosis'? J Eur Acad Dermatol. 2005;19:216.

A. Agusti\*, P. Hernández, V. Oliver,  
R. García y V. Alegre de Miquel

doi:10.1016/j.ad.2009.12.014

Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital  
General Universitario, Valencia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: annaagusti@comv.es (A. Agusti).

## Blefarconjuntivitis alérgica por fenilefrina Blepharoconjunctivitis due to Phenylephrine

Sr Director:

La fenilefrina es un fármaco alfa adrenérgico empleado por sus diferentes propiedades en productos de uso tópico como colirios, gotas óticas y cremas cutáneas.

Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular en 1980. Consultaba por primera vez en abril de 2009 en el Servicio de Urgencias de Oftalmología de nuestro hospital por secreción mucopurulenta conjuntival bilateral de tres días de evolución. En Urgencias fue preparado para una exploración oftalmológica con diferentes colirios (Colircusí atropina<sup>®</sup> 1%, Colircusí anestésico<sup>®</sup>, Colircusí tropicamida<sup>®</sup>, Colircusí ciclopléjico<sup>®</sup> y Colircusí fenilefrina<sup>®</sup>), que ya se le habían administrado en dos ocasiones previas para exploraciones similares. Tras la exploración fue diagnosticado de conjuntivitis bacteriana aguda, para lo que se pautaron varios colirios (Azydrop<sup>®</sup> [azitromicina dihidrato], Acuolens<sup>®</sup>

[cloruro sódico+hipromelosa] y Lipolac<sup>®</sup> [carbómero tópico]) que no llegó a utilizar.

A las dos horas de ser dado de alta del Servicio de Urgencias comenzó con mayor enrojecimiento ocular y con edema palpebral bilateral, que se hizo progresivo conforme iban transcurriendo las horas (fig. 1). Ante el empeoramiento franco con gran afectación cutánea palpebral, además de por la aparición de lesiones vesiculosas sobre una placa eritematosa en el cuello, se sospechó un probable eccema de contacto. Se suspendieron los diferentes colirios pautados y se inició tratamiento con una crema de metilprednisolona aceponato con una aplicación al día durante 4 días. La conjuntivitis inicial se resolvió espontáneamente, puesto que no se llegaron a aplicar los colirios, además de mejorar las lesiones de los párpados, con resolución completa del cuadro a los 10 días.

Debido a la sospecha de un eccema de contacto a alguno de los componentes de los colirios empleados en la preparación del paciente en Urgencias, se realizaron pruebas epicutáneas. Se dispusieron 48 h en la parte alta de la espalda con las baterías estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) (True test<sup>®</sup>, laboratorios Mekos, Aps. Dinamarca, y alérgenos adicionales de Chemotechniques diagnostics, Suecia), batería de colirios Martí Tor<sup>®</sup> (sulfato de atropina 1%, digluconato de clorhexidina 0,5%, edetato disódico 1%, acetato de fenilmercurio 0,05%, nitrato de fenilmercurio 0,01%, idoxuridina, papina 1%, cloruro de pilocarpina, pindolor 2%, polimixina B sulfato 3%, cloruro de propanolol 2%, cromoglicato sodio 2%, cloruro de benzalconio 0,1%) (Barcelona) y como sustancias



**Figura 1** Cuadro edematoso de los párpados tras la aplicación de colirios en Urgencias.



**Figura 2** Pruebas epicutáneas. D7(+++) a Colircusí fenilefrina<sup>®</sup>. Se aprecia la negatividad de toda la batería estándar, incluido el tiormeral y del resto de los productos propios.

propias los colirios que se habían aplicado en la Urgencia (Colircusí atropina<sup>®</sup> 1% [sulfato de atropina], Colircusí anestésico<sup>®</sup> [clorhidrato de nafazolina+clorhidrato de tetracaína], Colircusí tropicamida<sup>®</sup> [cloruro de benzalconio+tropicamida], Colircusí ciclopéjico<sup>®</sup> [ciclopentolato+sulfito sódico], Colircusí fenilefrina<sup>®</sup> [tiomersal, sulfito sódico y agua purificada]) todos ellos sobre parches Finn Chambers<sup>®</sup> (Tuusula, Finlandia).

Se realizó la lectura a las 72 y 168 h siguiendo las directrices del *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG). Presentó positividad en D3 y D7(+++) solo para el producto propio Colircusí de fenilefrina colirio<sup>®</sup>, siendo el resto negativo (fig. 2).

El colirio de fenilefrina se utiliza en Oftalmología como midriático en la práctica diaria. Los colirios que suelen sensibilizar más frecuentemente son los compuestos de antibiótico, pero existen varios casos descritos de eccema alérgico de párpados por el uso de fenilefrina<sup>1-6</sup>. Los casos descritos en la literatura se presentan como en nuestro paciente, con un cuadro primario oftalmológico que tras el uso de colirios midriáticos para la exploración oftalmológica comienzan con un empeoramiento de la clínica previa<sup>1-6</sup>. Existen dos casos más descritos, de origen español<sup>2,6</sup>, por el uso del colirio Colircusí fenilefrina<sup>®</sup> (excipientes: tiomersal, sulfito sódico y agua purificada), y en ellos también se demostró que el alérgeno causante del eccema era la fenilefrina. En la batería de colirios utilizada en este caso no se incluye la fenilefrina, mientras que otro de los componentes (tiomersal) se incluye en la batería estándar. El sulfito sódico se descartó como probable alérgeno debido a la presencia del mismo en otros de los colirios propios (Colircusí anestésico<sup>®</sup>), siendo el diagnóstico por exclusión. Fueron los productos propios, por tanto, los que dieron la clave para hacer el diagnóstico etiológico.

A pesar de que la mayoría de los casos de eccemas alérgicos de contacto a fenilefrina se han descrito por el uso de colirios, existen otros casos de eccemas en distintas localizaciones por el mismo principio activo. Se han descrito eccemas en el pabellón auricular por el uso de gotas óticas<sup>7</sup>, en el ano y en el periné por el uso de cremas y pomadas antihemorroidales<sup>8,9</sup>, y un caso en las piernas por el uso de una crema para el tratamiento postrombótico<sup>10</sup>. Por tanto, cualquier forma de presentación de la fenilefrina puede producir un eccema en pacientes sensibilizados. En nuestro caso se habían empleado los colirios previamente en otras exploraciones oftalmológicas, lo que explica la rápida evolución tras la aplicación de los mismos, estando nuestro paciente, por tanto, sensibilizado previamente.

Nuestro caso es un buen ejemplo de cómo se debe tener en cuenta, ante un paciente con clínica oftalmológica que

empeora con el tratamiento, el hecho de una probable complicación con un eccema alérgico de contacto por alguno de los colirios empleados. Además, se debe resaltar la necesidad de utilizar los productos propios en las pruebas epicutáneas, porque no siempre los potenciales alérgenos están incluidos en las baterías comercializadas, como ocurrió en nuestro caso.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Barker K. Allergic contact to phenylephrine. *Contact Dermatitis*. 1983;9:274-7.
2. Camarasa JG. Contact dermatitis to phenylephrine. *Contact Dermatitis*. 1984;10:182.
3. Ducombs G, de Casamayor J, Verin P, Maleville J. Allergic contact dermatitis to phenylephrine. *Contact Dermatitis*. 1986;15:107-8.
4. Tosti A, Bardazzi F, Tosti G, Colombati S. Contact dermatitis to phenylephrine. *Contact Dermatitis*. 1987;17:110-1.
5. Aihara M, Ikezawa Z. Neonatal allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1988;18:105.
6. Añibarro B, Barranco P, Ojeda JA. Allergic contact blepharconjunctivitis caused by phenylephrine eyedrops. *Contact Dermatitis*. 1991;25:323-4.
7. Bardazzi F, Tardio M, Mariani R, Rapacchiale S, Valenti R. Phenylephrine in eardrops causing contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1991;24:56.
8. Roed-Petersen J. Contact sensitivity to metaoexadrine. *Contact Dermatitis*. 1976;2:235-6.
9. Wilkinson SM, Kingston TP, Beck MH. Allergic contact dermatitis from phenylephrine in a rectal ointment. *Contact Dermatitis*. 1993;29:100-1.
10. Thomas P, Rueff F, Przybilla B. Allergic contact dermatitis from phenylephrine in a phlebological ointment. *Contact Dermatitis*. 1995;32:249-50.

V. Monsálvez\*, L. Fuertes, I. García-Cano, F. Vanaclocha y J. Ortiz de Frutos

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monsalvezhonrubia@hotmail.com (V. Monsálvez).