

sis secundaria. Así, Berbis refiere un caso seguido durante 20 años sin complicaciones⁶, lo que consideramos importante a tener en cuenta de cara al manejo y seguimiento de dicha patología.

En el caso de nuestra paciente la clínica, la distribución de las lesiones y el estudio histopatológico se superponen a los descritos previamente, aunque resalta la edad temprana en la que comenzó el cuadro.

Destacamos, por tanto, una forma de presentación atípica, en forma de lesiones múltiples agrupadas, de una patología muy común como es el DF, así como su evolución benigna en todos los casos descritos hasta el momento.

Bibliografía

1. Baraf CS, Shapiro L. Multiple histiocytomas, report of a case. *Arch Dermatol.* 1970;101:588–90.
2. Ammirati CT, Mann C, Hornstra IK. Multiple eruptive dermatofibromas in three men with HIV infection. *Dermatology.* 1997;195:344–8.
3. Dupré A, Christol B, Martínez D. Histiocitofibromes multiples groupés. *Ann Dermatol Venerol.* 1984;111:163–4.
4. Gershtenson PC, Kronic AL, Chen HM. Multiple clustered dermatofibroma: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2010;37:e42–45.
5. De Unamuno P, Carames Y, Fernández-López E, Hernández-Martín A, Peña C. Congenital multiple clustered dermatofibroma. *Br J Dermatol.* 2000;142:1040–3.
6. Berbis P, Benderitter T, Perier C, Frey J, Privat Y. Multiple clustered dermatofibromas evolution over 20 years. *Dermatologica.* 1988;177:185–8.

M. Castellanos-González^{a,*}, J.L. Rodríguez-Peralta^b, C. Zarco^a y P. Ortiz-Romero^a

^a *Departamento de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.castellanos.gonzalez@gmail.com (M. Castellanos-González).

doi:10.1016/j.ad.2010.12.003

Dermatitis de contacto profesional por Threebond®. Cuatro casos en la misma empresa

Professional contact dermatitis to Threebond®. Four cases in the same factory

Sr. Director:

Las resinas acrílicas son polímeros termoplásticos o copolímeros del ácido acrílico o de sus ésteres. La polimerización de los monómeros acrílicos se obtiene por dos métodos: exposición a temperatura ambiental o a luz UV, luz visible o haz de electrones o por calentamiento, todo ello mediante la adición de iniciadores, aceleradores y catalizadores.

Las resinas acrílicas pueden dar lugar a diversos problemas cutáneos que incluyen dermatitis alérgicas de contacto (DAC), dermatitis irritativas de contacto (DIC) y urticarias de contacto.

Una clasificación bien aceptada de las resinas acrílicas —con la que coincidimos— es la publicada por Björkner en 1998¹ que incluye monoacrilatos (MA), monometacrilatos (MMA), acrilatos multifuncionales, prepolímeros, acrilonitrilos, acrilamidas y derivados y cianoacrilatos.

Dentro de esta clasificación los acrilatos multifuncionales se utilizan en prótesis dentales y ortopédicas, pegamentos, adhesivos, barnices, uñas artificiales, tintas y planchas de impresión, parquet y suelos de madera, sellantes en la industria siderometalúrgica y del automóvil (Loctite®, Threebond®, sta-lok®).

Los acrilatos multifuncionales más importantes y más frecuentes en cuanto a sensibilización se refiere son: hidroxietilmetacrilato (HEMA), hidroxipropilmetacrilato (HPMA), etilenglicoldimetacrilato (EGDMA), dietilenglicoldimetacri-

lato (DEGDMA), trietilpropiltrimetacrilato (TEPTMA), trietilenglicoldimetacrilato (TEGDMA) y butanedioldimetacrilato (BUEDMA).

Presentamos 4 casos de dermatitis alérgica de contacto eczematosa localizada en ambas manos ocurrida en una misma empresa, con sensibilización a algunas resinas acrílicas contenidas en un agente sellante denominado Threebond®.

En octubre del 2009 se solicitó a nuestra Unidad de Alergia cutánea el estudio de 4 pacientes que trabajaban en una misma empresa en una cadena de montaje de motocicletas, y que presentan un cuadro clínico idéntico que afectaba a las palmas y a las regiones interdigitales de los dedos de ambas manos. Estas lesiones, muy pruriginosas, consistían en la aparición, en la topografía ya indicada, de vesículas y ampollas que evolucionaban de forma crónica y que tras cursar baja laboral y con tratamiento adecuado (corticoides tópicos y antihistamínicos y corticoides por vía oral en uno de los pacientes) iban desapareciendo dando lugar a lesiones escamosas y fisuradas, que posteriormente también remitían. En tres de los pacientes, cuando volvieron a su trabajo habitual, las lesiones recidivaron de inmediato (el cuarto paciente cambió de puesto de trabajo). En su trabajo los 4 pacientes contactaban con grasas y aceites y con una resina sellante denominada Threebond®, a la que los pacientes consideraron como responsable de sus problemas. Los pacientes están obligados a utilizar unos guantes protectores especiales de un material de tela gruesa, aunque todos confesaban que en determinados momentos puntuales prescindían de ellos.

Los tres pacientes estudiados son: el primero, de 35 años, que inicia las lesiones al mes y medio de trabajo, el segundo, de 40 años que inicia las lesiones al cabo de un año y el tercero, de 32 años, que inicia sus lesiones a los 10 meses. El cuarto paciente no se estudió ya que cambió de trabajo.



Figura 1 El material sellante Threebond®, responsable de la dermatitis de contacto alérgica en nuestros pacientes. En el tercer paciente la concentración de Threebond al 2% provocó incluso una reacción vesiculosa.

Los tres pacientes fueron sometidos a la práctica de pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDAC, con la serie de plásticos y colas de Chemotechnique (PG 1000), con la serie de acrilatos-adhesivos de Chemotechnique (MA 1000) y con la mencionada resina Threebond® al 2, 0,5 y 0,2% en solución acuosa.

En las correspondientes lecturas a las 48 y 96 horas ningún alérgeno de las series estándar y de plásticos y colas resultó positivo en ninguno de los tres pacientes. De la serie de acrilatos en los tres pacientes resultaron positivos HEMA, HPMA y EGDMA, así como el Threebond® a las tres concentraciones (fig. 1). En uno de ellos también resultó positivo el TEGDMA.

Las dermatitis alérgicas de contacto, con clínica de eczema en fase aguda por resinas acrílicas relacionadas tras el contacto con este sellante denominado Threebond®, ya han sido referidas en la literatura²⁻⁵. En el año 2000 Türker y Beck⁶, en una estadística de 15 años, encontraron entre 1983 y 1995 un 15% de positividad a met(acrilatos), de los que el 71% eran de carácter profesional y el 29% restante se presentaba en usuarios; de los casos profesionales el 34% estaba relacionado con profesionales de la especialidad de odontología (dentistas, auxiliares de clínica y protésicos o mecánicos dentales) y el 66% restante se relacionaba con otras profesiones.

Resulta importante diluir de forma adecuada esta sustancia antes de aplicar en el parche por el riesgo de sensibilizar y de provocar quemaduras⁷.

En resumen, en esta comunicación se presenta una epidemia de 4 casos de dermatitis alérgica de contacto eczematosa localizada en ambas manos, en una misma empresa, con sensibilización a algunas resinas acrílicas contenidas en un agente sellante denominado Threebond®. Estos casos

posiblemente no se hubieran producido en caso de haber utilizado correctamente los guantes proporcionados por la empresa, lo que confirma que en ciertas profesiones deben controlarse al máximo esta y cualquier otra medida de prevención destinada a evitar el contacto de posibles alérgenos o irritantes directamente con la piel o por vía aerotransportada.

En nuestro país existen otras comunicaciones en distintas profesiones en las que se ha visto implicado el mismo material⁸⁻¹⁰.

Bibliografía

1. Björkner B. Resinas acrílicas. Symposium Internacional De Dermatología Labora. Vol 9. Madrid: Mafpre Medicina; 1998. p. 58-66.
2. Romaguera C, Conde Salazar L, Grimalt F. Dermatitis de contacto por resinas y plásticos. En: Grimalt F, Romaguera C, editores. 2ª ed. Barcelona: Ed. Dermatitis de Contacto de F. Syntex; 1987. p. 195-229.
3. Romaguera C, Conde Salazar L. Plásticos y resinas sintéticas. En: García Pérez, A., Conde Salazar, L., Giménez Camarasa, J.M., Tratado de Dermatosis, Profesionales, 1ª, ed., Madrid: Eudema, eds., S.A.; 1987. p. 184-224.
4. Conde Salazar L, Romaguera C. Dermatitis por plásticos. En: Giménez Camarasa JM, editor. *Dermatitis de Contacto*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 1999. p. 245-81.
5. Conde Salazar L, Ancona A. Dermatosis profesionales por plásticos y resinas. *Dermatosis Profesionales*. Barcelona: Editorial Signament Editions; 2000. p. 89-110.
6. Tucker SC, Beck MHA. A 15 years study of patch-testing to meth(acrylates) in dental personel. *Contact Dermatitis*. 2000;12:175-6.
7. Vozmediano J, Manrique A. Active sensitization to (meth)acrylates. *Contact Dermatitis*. 1998;39:314.
8. Pérez-Formoso JL, de Anca-Fernández J, Maraví-Cecilia R, Díaz-Torres JM. Dermatitis de contacto a acrilatos en una industria de fabricación de ascensores. A propósito de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:336-40.
9. Roche E, de la Cuadra J, Alegre V. Sensibilización a acrilatos por uñas artificiales acrílicas. Revisión de 15 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:788-94.
10. Conde Salazar L, Romero L, Guimeraens D, González MA. Dermatitis alérgica de contacto por acrilatos en odontólogo y protésico dental. *Actas Dermosifiliogr*. 1988;23:45-9.

C. Romaguera^a, J. Vilaplana^a, M. Llagostera^b y R. Grimalt^{a,*}

^a Unidad de Alergia, Servicio Dermatología, Hospital Clinic, Barcelona, España

^b Dermatología, Mútua Universal, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: grimalt@ub.edu (R. Grimalt).

doi:10.1016/j.ad.2010.09.013