

parafina, cuya utilidad está fuera de toda duda y ampliamente demostrada^{1,3,4,10}, se realizan solo en centros especializados. En el caso concreto del Mohs, la interpretación por parte del patólogo de los cortes en congelación puede ser muy difícil y en ocasiones hay que dejar la herida abierta a la espera de los cortes en parafina.

Utilizar la técnica aquí descrita y delimitar en primer lugar los márgenes de extirpación puede ser muy útil en determinadas circunstancias (tumores recidivados de difícil delimitación, pacientes mayores y que viven a distancia del hospital, centros sin posibilidad de cirugía de Mohs, lesiones que por su tamaño van a precisar el uso de un colgajo para su cierre con la consiguiente distorsión de márgenes). Tiene las ventajas de utilizar los circuitos habituales de los laboratorios de anatomía patológica, no requiere ningún entrenamiento especial por parte del dermatólogo, evita dejar heridas abiertas, por lo que el paciente puede ser dado de alta cómodamente, y según el resultado y el tamaño del defecto que se va delimitando nos da tiempo para plantear la reconstrucción. Entre los limitantes de esta técnica está el hecho de que al realizar la extirpación existe la posibilidad de que existan focos de MM invasivo en el interior del LM, por lo que dicha extirpación debe hacerse llegando con seguridad al plano profundo. Otro inconveniente es que la extirpación de la totalidad de la lesión se retrasa días o semanas, por lo que es necesario explicarle al paciente el porqué de este planteamiento.

Bibliografía

1. Bosbous MW, Dzwierzynski WW, Neuburg M. Staged excision of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: a 10-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124:1947-55.
2. Huilgol SC, Selva D, Chen C, Hill DC, James CL, Gramp A, et al. Surgical margins for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. The technique of mapped serial excision. *Arch Dermatol.* 2004;140:1087-92.

3. Hazan C, Dusza SW, Delgado R, Busam KJ, Halpern AC, Nehal KS. Staged excision for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: A retrospective analysis of 117 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:142-8.
4. Bub JL, Berg D, Slee A, Odland PB. Management of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma with staged excisión. A 5-year follow-up. *Arch Dermatol.* 2004;140:552-8.
5. Moehrle M, Dietz K, Garbe C, Breuninger H. Conventional histology vs. three-dimensional histology in lentigo maligna melanoma. *BJM.* 2006;154:453-9.
6. Johnson TM, Headington JT, Baker SR, Lowe L. Usefulness of the staged excisión for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: the Square procedure. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:758-64.
7. Mahoney MH, Joseph M, Temple CLF. The perimeter technique for lentigo maligna: an alternative to mohs micrographic surgery. *J Surg Oncol.* 2005;91:120-5.
8. Möller MG, Pappas-Politis E, Zager JS, Santiago LA, Yu D, Prakash A, et al. Surgical management of melanoma-in-situ using a staged marginal and central excision technique. *Ann Surg Oncol.* 2009;152:1526-36.
9. Gaudy-Marqueste C, Perchenet AS, Taséi AM, Madjlessi N, Magalon G, Richard MA, et al. The spaghetti technique: an alternative to mohs surgery or staged surgery for problematic lentiginous melanoma (lentigo maligna and acral lentiginous melanoma). *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:113-8.
10. Temple CLF, Arlette JP. Mohs micrographic surgery in the treatment of lentigo maligna and melanoma. *J Surg Oncol.* 2006;94:287-92.

B. García Bracamonte*, S.I. Palencia-Pérez, G. Petiti y F. Vanaclocha-Sebastián

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beagarca50@hotmail.com
(B. García Bracamonte).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.013>

Urticaria de contacto a proteína hidrolizada de trigo contenida en crema cosmética

Contact Urticaria Induced by Hydrolyzed Wheat Protein in Cosmetic Cream

Sr. Director:

Las proteínas de la harina de trigo están constituidas por una compleja mezcla de proteínas solubles (tipo albúmina y globulinas) y de proteínas estructurales insolubles. Estas últimas se dividen en gliadinas, que son monoméricas, y gluteninas, que son poliméricas. El gluten resulta de la mezcla de estos 2 tipos de proteínas. La industria emplea el gluten indistintamente con o sin modificaciones. Entre las modificaciones que se realizan sobre el gluten la más importante es la hidrólisis¹.

La proteína hidrolizada de trigo es empleada en cosmética por sus propiedades hidratantes². Los cosméticos que contienen dicha proteína pueden dar lugar a raras, pero en ocasiones severas, reacciones alérgicas. Se han descrito casos tanto de urticaria^{1,3-6,7} como de eccema alérgico de contacto^{2,8-10}.

Las reacciones cutáneas de contacto a proteínas son procesos de relevancia clínica que el dermatólogo debería conocer ya que en algunos casos conlleva una enfermedad profesional, sobre todo en manipuladores de alimentos¹¹.

Un varón de 23 años de edad, no atópico, nos es remitido desde la consulta de alergología por una erupción que comenzó inmediatamente tras la aplicación de crema facial Contrôle-Jeunesse® de Kiotis. La erupción había consistido en habones muy pruriginosos, que afectaba a cara y cuello, junto con edema palpebral bilateral (fig. 1). No presentó edema labial ni clínica sistémica acompañante. Acudió al servicio de urgencias, donde se le prescribió cetirizina 10 mg por vía oral con la cual el cuadro remitió por completo en



Figura 1 Lesiones habonosas y edema palpebral bilateral.

24 h. El paciente refería episodio similar el verano previo, tras la aplicación de una crema solar de marca blanca, por el que no había consultado. No refería intolerancia o sintomatología con la ingesta de ningún alimento.

Se realizó un test cutáneo abierto con su propia crema, que fue negativo. Posteriormente, se realizaron pruebas epicutáneas cerradas con True Test®, batería de cosméticos (Chemotechnique diagnostics®) y productos propios. La lectura a las 48 y a las 96 h mostró positividad (++) a su propia crema Contrôle-Jeunesse®, siendo el resto negativas. Posteriormente, se parchearon componentes de la crema por separado, suministrados por el laboratorio, obteniéndose a las 48 y 96 h positividad (++) a la proteína hidrolizada de trigo al 1% en agua (fig. 2). Realizamos 10 controles con la proteína hidrolizada al 1%, siendo todos ellos negativos. El paciente es remitido a alergología, donde le realizaron test cutáneos (prick tests) con harinas y cereales (laboratorios Leti, Diater, Stallergenes y Aristegui), con los siguientes resultados: malta positivo (5 × 4 mm), mezcla de cereales: positivo (7 × 5 mm), avena: positivo (5 × 5 mm), extracto hidrolizado de trigo (18 × 14 mm) (fig. 3). La IgE total fue de 136 U/ml (0-100) y las IgE específicas a alforfón, arroz, avena, cebada, centeno, maíz, mijo común, soja y trigo fueron negativas.

Las proteínas hidrolizadas se añaden a productos cosméticos por sus propiedades emolientes. Tras la epidemia de la vacas locas, las proteínas de origen animal, como colágeno, queratinas, elastina, etc., comenzaron a ser sustituidas por proteínas de origen vegetal (almendra, trigo, soja...)⁴.

La urticaria de contacto a cosméticos es un proceso infrecuente pero cada vez aparecen más casos publicados en relación con las proteínas contenidas en ellos. Los primeros casos datan de 1998 y correspondían a cuadros de

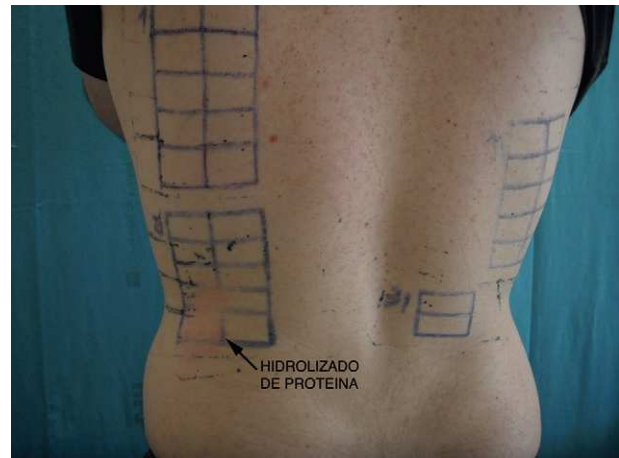


Figura 2 Lectura a las 96 horas mostrando positividad para la proteína hidrolizada de trigo.

urticaria de contacto en peluqueras por acondicionadores de cabello, siendo la responsable la proteína hidrolizada de colágeno⁶. Posteriormente, se han ido comunicando nuevos casos, ya en relación con la proteína hidrolizada de trigo, en forma de dermatitis^{2,8-10} o de urticaria de contacto^{1,3,5,6,7}. Se desconoce el mecanismo por el cual el mismo agente puede causar un tipo u otro de reacción. La urticaria de contacto suele ser localizada, aunque algunos casos han presentado síntomas más severos como



Figura 3 Resultado del prick-test con cereales.

angioedema, urticaria generalizada, broncoespasmo o incluso anafilaxia^{1,6}. Cabe destacar que la mayoría de estos pacientes toleraban perfectamente los alimentos derivados del trigo, como en nuestro caso, aunque se ha demostrado que algunos pacientes sí reaccionaron a alimentos si estos contenían la proteína hidrolizada. Esto parece deberse a que la hidrólisis conlleva la aparición de nuevos epítomos, que son los responsables de la reacción alérgica¹.

Presentamos un nuevo caso y con él pretendemos dar a conocer esta patología para poder orientar al paciente hacia las pruebas diagnósticas adecuadas.

Queremos destacar la importancia de realizar pruebas epicutáneas con los productos propios del paciente, ya que en casos como este las pruebas con baterías estables pueden resultar falsamente negativas. Cualquier prueba diagnóstica en urticaria de contacto debe realizarse con extrema cautela, en un centro especializado, que disponga de equipo de reanimación completo. En primer lugar, está indicado realizar la prueba abierta con el producto y si esta es negativa debe realizarse prick-test previamente a las pruebas epicutáneas cerradas. En nuestro paciente, tanto las pruebas epicutáneas como el prick-test fueron positivos, hecho no documentado previamente, lo que nos indica que el mismo agente puede ser causante de hipersensibilidades, tanto de tipo inmediato como retardado, lo que justifica que haya casos de eczema y de urticaria de contacto.

Es importante la colaboración con los servicios de alergología para detectar sensibilizaciones o reacciones cruzadas con otros cereales para evitar posibles reacciones con alimentos.

Bibliografía

1. Laurière M, Pecquet C, Bouchez-Mahiout I, Snègaroff J, Bayrou O, Raison-Peyron N, et al. Hydrolysed wheat proteins present in cosmetics can induce immediate hypersensitivities. *Contact Dermatitis*. 2006;54:283–9.

2. Sánchez-Pérez J, Sanz T, Carcía-Díez A. Allergic contact dermatitis from hydrolyzed wheat protein in cosmetic cream. *Contact Dermatitis*. 2000;42:360.
3. Olaiwan A, Pecquet C, Mathelier-Fusade P, Francès C. Contact urticaria induced by hydrolyzed wheat proteins in cosmetics. *Ann Dermatol Venereol*. 2010;137:281–4.
4. Pecquet C, Bayrou O, Vigan M, Raison N, Lauriere M. Hydrolysed wheat protein: a new allergen in cosmetics and food. *Contact Dermatitis*. 2004;50:182–3.
5. Varjonen E, Petman L, Mäkinen-Kiljuken S. Immediate contact allergy from hydrolyzed wheat in cosmetic cream. *Allergy*. 2000;55:294–6.
6. Niinimäki A, Niinimäki M, Mäkinen-Kiljunen Hannuksela M. Contact urticaria from protein hydrolysates in hair conditioners. *Allergy*. 1998;53:1078–82.
7. Pecquet C, Lauriere M, Huet S, Leynadier F. Is the application of cosmetics containing protein-derived products safe? *Contact Dermatitis*. 2002;46:123.
8. Livideanu C, Giordano-Labadie F, Paul C. Contact dermatitis to hydrolyzed wheat protein. *Contact Dermatitis*. 2007;57:283–4.
9. Hann S, Hughes M, Stone N. Allergic contact dermatitis to hydrolyzed wheat protein in a cosmetic cream. *Contact Dermatitis*. 2007;56:119–20.
10. Bordalo O. Allergic contact dermatitis from hydrolyzed wheat protein. *Contact Dermatitis*. 2004;50:183–4.
11. Hernández-Bel P, De la Cuadra J, García R, Alegre V. Dermatitis de contacto por proteínas. Revisión de 27 casos. *Actas Dermosifilogr*. 2011;102:336–43.

N. Barrientos^{a,*}, S. Vázquez^b y José D. Domínguez^a

^a *Departamento de Dermatología, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España*

^b *Departamento de Alergología. Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriabarr@yahoo.com (N. Barrientos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.10.018>

Falta de evidencia de calidad sobre el valor de la biopsia del ganglio centinela en melanoma

Lack of High-Quality Evidence On the Value of Sentinel Node Biopsy in Melanoma

Sr. Director:

Hemos leído con interés, por acertada y pertinente, la reflexión del último número de *Actas* sobre la biopsia del ganglio centinela (GC) en melanoma maligno (MM)¹. Pensamos que la biopsia selectiva de GC puede tener un impacto menor aún por demostrar, aunque plausible, en la supervivencia global (SG) del MM. Sin embargo, no hay evidencia de calidad que resuelva esta incógnita.

El resultado del único ensayo clínico aleatorizado (ECA) que analiza la utilidad terapéutica del GC (MSLT-I)² es claro;

no hay diferencias de SG entre el grupo de GC (GGC) y el grupo observación (GO) con una $p=0,59$. Es la aleatorización lo que iguala los dos grupos y permite compararlos. Por tanto, el análisis postaleatorización con el que los autores intentan alcanzar la significación que no tiene el estudio introduce un sesgo de clasificación que lo invalida. Todas las recurrencias clínico-radiológicas del GO tienen enfermedad ganglionar evidente, no así el GGC positivo, donde puede existir hasta un 25% de pacientes que dejados a su evolución finalmente no progresen. La existencia de este 25% de falsos positivos se demuestra por un sencillo modelo matemático³: hay mayor porcentaje de enfermedad ganglionar en el GGC que en el GO. En contra de este razonamiento se argumentó la existencia de recurrencias tardías en el GO⁴, pero estas también ocurren en el GGC (20% son falsos negativos). Además el cuarto análisis interino del MSLT-I indica que el ritmo de recurrencias tardías se entelentece, siendo casi imposible que las recurrencias ganglionares del GO igualen las del GGC³.