

Eritema multiforme de contacto tras exposición accidental a acrilatos en tintas de impresión



Erythema multiforme contact dermatitis after accidental exposure to acrylate-based printing inks

Los acrilatos son sustancias de reconocida capacidad alérgica. Los trabajadores de artes gráficas están expuestos durante su trabajo a tintas de impresión que contienen acrilatos en su composición, por lo que esta es una profesión de alto riesgo para desarrollar dermatitis alérgica de contacto ocupacional a acrilatos¹. Los monómeros acrílicos más usados en el proceso de impresión son el 2-hidroxietil acrilato, el 2-hidroxipropil acrilato, el 2-hidroxipropil metacrilato, el 2-hidroxietil metilacrilato y el 2-etil acrilato².

Presentamos un hombre de 26 años, trabajador de una imprenta, que sufrió un accidente laboral al verterse sobre los antebrazos el contenido de un bidón que almacenaba las tintas de desecho resultantes del proceso de impresión. El paciente no recibió luz solar ni exposición a fuentes de luz UV y se lavó la zona salpicada tras el vertido. A los 3 días del accidente comenzó a presentar prurito intenso con eritema y aparición progresiva de vesículas en las muñecas y antebrazos. En los días sucesivos, las lesiones fueron aumentando en intensidad, con aparición de múltiples máculas eritematoedematosas con morfología en diana en las zonas vecinas de antebrazos y brazos (fig. 1) y en la cara, tronco y miembros a distancia de las salpicaduras de las tintas (fig. 2). El paciente no había presentado antecedentes dermatológicos, historia de infecciones ni ingesta de medicación en los meses previos.

Se realizó una biopsia que mostró degeneración vacuolar en la capa basal, presencia de queratinocitos necróticos en la epidermis, exocitosis y un infiltrado inflamatorio linfocitario de predominio perivascular en la dermis sin espongirosis.

Con el diagnóstico de sospecha de dermatitis de contacto tipo eritema multiforme (EM), se pautó tratamiento con prednisona oral con lo que las lesiones fueron mejorando gradualmente hasta desaparecer por completo con descamación en 2 semanas. Tras la resolución completa de las lesiones, a las pocas horas de la reincorporación a su puesto de trabajo, presentó un rebrote de lesiones similares aunque de menor intensidad. Una vez retirado de su trabajo, el paciente se mantiene asintomático desde hace 7 meses.

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC y la batería de (met)acrilatos de MartiTor.



Figura 1 Lesiones maculosas eritematosas con morfología en diana en antebrazo.

Se obtuvieron reacciones positivas al 2-hidroxietil metacrilato 1% vaselina (vas.), 2-hidroxietil acrilato 0,1% vas., 2-hidroxipropil metacrilato 2% vas., etil acrilato 0,1% vas. y al tetrahidrofurfuril metacrilato 2% vas. sin observarse otras positividades (tabla 1). Aunque no dispusimos de la tinta objeto del accidente, mediante la ficha técnica del producto (SR238 Sartomer) se confirmó posteriormente que contenía hexametileno diacrilato, por lo que se llegó al diagnóstico final de EM alérgico de contacto, probablemente por sensibilización a hexametileno diacrilato, con reacción cruzada a los otros acrilatos.

La dermatitis de contacto tipo EM es una condición poco frecuente que se ha visto que puede ser producida por el contacto con alérgenos vegetales, metales, maderas tropicales y algunos cosméticos y productos químicos³. Es la forma clínica no eczematosas más frecuente de la dermatitis alérgica de contacto. Las lesiones iniciales son de aspecto eczematoso y se localizan en la zona de contacto directo con el alérgeno. En los siguientes días aparecen lesiones de aspecto en diana, eritematovesiculosos o urticarial en la periferia y diseminadas a distancia del contacto previo. La histología es inespecífica. Habitualmente se encuentra espongirosis y exocitosis, siendo más raro observar degeneración vacuolar de la basal o necrosis epidérmica³.

La dermatitis alérgica de contacto por acrilatos suele manifestarse como pulpitis o dermatitis eczematosas de las manos en pacientes que generalmente los manejan durante su trabajo⁴⁻⁶. Hasta el momento tan solo hay un caso publicado de dermatitis de contacto tipo EM causada por acrilatos, con formación de grandes ampollas y



Figura 2 a y b) Lesiones similares en ambos muslos y tronco (zonas no expuestas al contacto directo con la tinta).

Tabla 1 Resultados de las pruebas epicutáneas

	48 h	96 h
<i>Batería estándar GEIDAC</i>	—	—
<i>Batería (met)acrilatos MartiTor</i>		
2-hidroxietil metacrilato 1% vas.	—	+
2-hidroxietil acrilato 0,1% vas	++	++
2-hidroxipropil metacrilato 2% vas.	+	++
Bisfenol A metacrilato 2% vas.	—	—
Butilacrilato 0,1% vas.	—	—
Etilenglicol dimetacrilato 2% vas.	—	—
Metil metacrilato 2% vas.	—	—
Trietilenglicol dimetacrilato 2% vas.	—	—
Etil acrilato 0,1% vas.	+	++
Etil cianoacrilato 10% vas.	—	—
Etil metacrilato 2% vas.	—	—
Tetrahidrofurfuril metacrilato 2% vas.	+	+

despegamiento cutáneo descrito como evolución a necrólisis epidérmica tóxica³.

Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto a acrilatos tras la exposición laboral accidental a tintas de impresión cuya curiosa presentación clínica justifica su interés. Queremos recordar la importancia de cumplir las medidas de protección en las industrias que manejan acrilatos. Los trabajadores deben ser conscientes de que manejan sustancias sensibilizantes potentes que pueden llegar a provocar la incapacidad laboral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rycroft R. Occupational contact dermatitis. En: Rycroft R, Menné T, Frosch P, editores. Textbook of contact dermat. 2nd edn. Berlin: Springer-Verlag;; 1999. p. 343–400.
- Morgan VA, Fewings JM. 1,6-hexanediol diacrylate: A rapid and potent sensitizer in the printing industry. Australas J Dermatol. 2000;41:190–2.
- Ido T, Kiyohara T, Takahashi H, Yamaguchi Y, Tani D, Kumakiri M. Toxic epidermal necrolysis following allergic contact dermatitis caused by occupational exposure to ultraviolet-cured inks. Acta Derm Venereol. 2012;92:313–5.
- Pérez-Formoso JL, de Anca-Fernández J, Maraví-Cecilia R, Díaz-Torrez JM. Dermatitis de contacto a acrilatos en una industria de fabricación de ascensores. A propósito de 8 casos. Actas Dermosifiliogr. 2010;10:336–40.
- Romaguera C, Vilaplana J, Llagostera M, Grimalt R. Dermatitis de contacto profesional por Threobond®. Cuatro casos en la misma empresa. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:468–9.
- Roche E, de la Cuadra J, Alegre V. Sensibilización a acrilatos por uñas artificiales. Revisión de 15 casos. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:788–94.

S. Córdoba*, N. Puente, A. Calderón y J.M. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scordoba.hflr@salud.madrid.org (S. Córdoba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.02.011>

Linfoma B difuso de células grandes sistémico con afectación cutánea secundaria



Diffuse Systemic Large B-Cell Lymphoma With Secondary Skin Involvement

Sra. Directora:

El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) es la forma más común de linfoma sistémico, y representa el 40% de los nuevos diagnósticos de esta enfermedad. Desde el inicio del uso de rituximab su pronóstico ha mejorado considerablemente, consiguiendo junto con la quimioterapia (esquema R-CHOP como tratamiento de elección) un índice de curaciones de hasta el 50%¹. La afectación cutánea secundaria no es frecuente, aunque en algunas series se ha observado hasta en el 20% de los casos².

Presentamos un varón de 81 años con un buen estado de salud, que consultó por una lesión tipo placa infiltrada eritemato-violácea de 7 × 4 cm de diámetro en la pierna derecha, de 3 semanas de evolución (fig. 1).

Con la sospecha diagnóstica de un linfoma cutáneo primario se realizó una biopsia en la que se observó una infiltración dérmica difusa y densa de células basófilas grandes, con marcado pleomorfismo y atipia (fig. 2). Las tinciones mediante inmunohistoquímica fueron positivas para marcadores de células B (CD20, CD79a), negativa para marcadores T (CD3 y CD5), y mostró una fuerte positividad para Bcl-2, y menos intensa para Bcl-6 y MUM-1, con negatividad para CD10 y CD30 (fig. 3A y B). El índice Ki-67 demostró una elevada actividad proliferativa (90%). Asimismo se llevó a cabo una determinación mediante técnica FISH del reordenamiento Bcl-2, t(14;18) que fue negativa.

Se realizó un estudio de extensión mediante TAC que mostró múltiples adenopatías infra y supradiaphragmáticas, así como una lesión tumoral de 6 cm en el riñón izquierdo. La biopsia de médula ósea mostró una infiltración de células pequeñas con marcadores B positivos, aunque a diferencia de la biopsia de la lesión cutánea se detectó expresión de CD5, pero no de Bcl-6 ni de MUM-1, lo que permitió el diagnóstico de una leucemia linfática crónica (LLC). Por lo tanto, el diagnóstico definitivo fue de un LBDCG sistémico, con afectación cutánea secundaria, por una transformación de una LLC no conocida previamente