

La radioterapia adyuvante no ha demostrado aumentar la supervivencia. En definitiva, probablemente el CDE es un tumor menos agresivo de lo que se creía hasta la fecha, aunque las recurrencias locales son frecuentes. La variante escamosa parece ser más habitual de lo que se ha descrito en la literatura y probablemente se infradiagnostica. En nuestra opinión, la cirugía de Mohs es una buena opción terapéutica para el carcinoma ductal ecrino, aunque sería necesario establecer algoritmos diagnóstico-terapéuticos.

Bibliografía

1. Clark S, Young A, Piatigorsky E, Ravitskiy L. Mohs micrographic surgery in the setting of squamoid eccrine ductal carcinoma: Addressing a diagnostic and therapeutic challenge. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2013;6:33-6.
2. Terushkin BS, Leffell DJ, Futoryan T. Squamoid eccrine ductal carcinoma: a case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:287-92.
3. Santa Cruz DJ. Sweat gland carcinomas: A comprehensive review. *Semin Diagn Pathol.* 1987;4:38.
4. Avraham JB, Villines D, Maker VK, August C, Maker AV. Survival after resection of cutaneous adnexal carcinomas with eccrine differentiation: Risk factors and trends in outcomes. *J Surg Oncol.* 2013;108:57-62.
5. Wick MR, Swanson PE. Cutaneous adnexal tumors. En: *A guide to pathological diagnosis.* Chicago: American Society of Clinical Pathologists; 1991. p. 10.
6. Chhibber V, Lyle S, Mahalingam M. Ductal eccrine carcinoma with squamous differentiation: Apropos a case. *J Cutan Pathol.* 2007;34:503-7.
7. Kim YJ, Kim AR, Yu DS. Mohs micrographic surgery for squamoid eccrine ductal carcinoma. *Dermatol Surg.* 2005;31:1462-2146.
8. Cassarino DS, DeRienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: A comprehensive clinicopathologic classification. *J Cutan Pathol.* 2006;33:191-206, 261- 279.
9. Wildemore JK, Lee JB, Humphreys TR. Mohs surgery for malignant eccrine neoplasms. *Dermatol Surg.* 2004;30:1574-9.
10. Dzubow LM, Grossman DJ, Johnson B. Eccrine adenocarcinoma—report of a case, treatment with Mohs surgery. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12:1049-53.

M. Lorente-Luna^{a,*}, E. Jiménez Blázquez^b,
C. Sánchez Herreros^b y J. Cuevas Santos^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.lorente.luna@gmail.com
(M. Lorente-Luna).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.03.018>

Dermatitis alérgica de contacto por *Dittrichia viscosa*



Allergic Contact Dermatitis Due to *Dittrichia viscosa*

Sr. Director:

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) por plantas es una patología de presentación frecuente que puede ocurrir en múltiples situaciones y lugares durante la vida diaria¹. Enfrentarse a este tipo de patología plantea en la mayoría de ocasiones un reto diagnóstico por la falta de experiencia en su manejo.

Presentamos una mujer de 51 años con antecedente de artritis reumatoide de larga evolución en tratamiento con leflunomida que consultaba por un brote de lesiones pruriginosas en las manos de 2 días de evolución. Dos semanas antes había presentado otro episodio de lesiones de similares características que había remitido en pocos días tras la aplicación de corticoide tópico. Refería que desde hacía 2 meses se aplicaba una vez por semana, para el manejo del dolor en las manos, una infusión de una planta llamada «olivarda» (fig. 1) que preparaba en casa. A la exploración se observaban múltiples lesiones vesiculoampollosas de contenido serohemático distribuidas sobre piel normal localizadas en el dorso, palmas y dedos de ambas manos; además presentaba placas eritematodescamativas en ambas muñecas (fig. 2). Las lesiones se resolvieron completamente tras tratamiento con corticoide oral y tópico y tras la suspensión

de la aplicación de la infusión, sin recidiva de las mismas. Ante la desconocida capacidad irritativa de la planta se decidió realizar una prueba epicutánea semiabierta aplicando fragmentos de la planta (tallo, hoja y flor) sobre el antebrazo de la paciente, cubriéndolos con esparadrapo poroso y retirándolos una hora después. A las 48 horas se observó positividad ++ en la zona de aplicación de la hoja y del tallo, con reactivación de las lesiones presentadas previamente en manos, manifestaciones que contaba de inicio 24 horas después de realizar la prueba. Con la misma técnica se realizaron 10 controles a pacientes sanos con hojas y tallos secos, con resultados negativos. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), la batería de plantas Martitor y la infusión



Figura 1 Planta olivarda (*Dittrichia viscosa*) seca, aportada por la paciente.



Figura 2 Lesiones vesiculosas y ampollas de contenido serohemático en el dorso y las palmas de manos, con algunas zonas erosivas y placas eritematosas descamativas en muñecas.

de «olivarda» en agua. En la lectura a las 48 y 96 horas se observó una reacción positiva ++ a la infusión de la planta. Todas las pruebas epicutáneas se realizaron siguiendo los criterios de lectura del Internacional Contact Dermatitis Research Group (ICDRG).

La «olivarda», cuyo nombre científico es *Dittrichia viscosa* (*D. viscosa*), es una especie de planta de la familia *Asteraceae/Compositae*, hierba aromática mediterránea. Esta planta es ampliamente utilizada en homeopatía por sus propiedades medicinales ya que contiene sustancias biológicamente activas que actúan como modificadoras de la respuesta inflamatoria², las cuales poseen también un potencial alergénico. Estas sustancias son las lactonas sesquiterpénicas (LS), un grupo de metabolitos que se encuentran en las oleoresinas liberadas por las hojas, el tallo de la flor y posiblemente el polen³. Existen aproximadamente 1.350 variedades identificadas de LS y aproximadamente 50% de ellas tienen un potencial alergénico⁴. Aunque la concentración de LS es variable entre

diferentes especies de plantas, pequeñas similitudes en su estructura molecular pueden causar reacciones cruzadas⁵, además LS idénticas de diferentes especies de plantas pueden ser responsables de falsas reacciones cruzadas. Todo esto, sumado a que existen pocas pruebas estandarizadas para el estudio de esta patología, dificulta el estudio de la DAC por plantas. Para la realización de pruebas epicutáneas disponemos de 2 preparados. La *mezcla de LS*, que contiene 3 representativas de los 3 principales grupos estructurales⁶, permite identificar solo el 60% de los casos de sensibilización a LS. Otra preparación alternativa para el diagnóstico es la *mezcla de Compositae*, basada en una mezcla de múltiples extractos de plantas con una sensibilidad considerablemente mayor (85%) que la obtenida con la *mezcla de LS*, aunque con una baja especificidad⁷.

Existen 10 casos publicados en la literatura de DAC por *D. viscosa* en los cuales, al igual que en nuestro caso, se ha obtenido positividad en las pruebas epicutáneas con fragmentos de la planta. Además, en algunos casos se observa

una reacción positiva a extractos de otras plantas y a sustancias contenidas en la batería de perfumes, lo que reafirma la alta probabilidad de reacciones cruzadas^{8,9}. La negatividad a las pruebas epicutáneas con LS, como en nuestro caso, no excluye el diagnóstico dada su baja sensibilidad.

El estudio de DAC por plantas es un gran reto, en primer lugar porque la mayoría de pacientes no identifican el factor desencadenante específico. A esto se suma la alta probabilidad de reacciones cruzadas con sustancias obtenidas de otras plantas y la baja especificidad de las pruebas estandarizadas. Se debe incluir dentro del estudio, siempre y cuando esté identificada, la sustancia propia a la que ha estado expuesto el paciente, evitando parchear plantas frescas o extractos de plantas por el alto riesgo de irritación o sensibilización⁹. Resaltamos también la importancia del estudio con las mismas técnicas a controles sanos, con el objetivo de clasificar el tipo de reacción como alérgica o irritativa.

La presentación de este caso responde a la importancia del reconocimiento por parte de los dermatólogos de este tipo de patología y de las dificultades que se pueden plantear durante su estudio.

Bibliografía

1. Rozas-Muñoz E, Lepoittevin JP, Pujol RM, Giménez-Arnau A. Allergic contact dermatitis to plants: Understanding the chemistry will help our diagnostic approach. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:456–77.
2. Chadwick M, Trewin H, Gawthrop F, Wagstaff C. Sesquiterpene lactones: Benefits to plants and people. *Int J Mol Sci.* 2013;14:12780–805.
3. Amorim MH, Gil da Costa RM, Lopes C, Bastos MM. Sesquiterpene lactones: Adverse health effects and toxicity mechanism. *Crit Rev Toxicol.* 2013;43:559–79.
4. Mensing H, Kimmig W, Hausen BM. Airborne contact dermatitis. *Hautart.* 1985;36:398–402.
5. Salapovic H, Geier J, Reznicek G. Quantification of sesquiterpene lactones in Asteraceae plant extracts: Evaluation of their allergenic potential. *Sci Pharm.* 2013;81:807–18.
6. Ducombs G, Benezra C, Talaga P, Andersen KE, Burrows D, Camarasa JG, et al. Patch testing with the sesquiterpene lactone mix: A marker for contact allergy to Compositae and other sesquiterpene-lactone-containing plants. A multicentre study of the EECDRG. *Contact Dermatitis.* 1990;22:249–52.
7. Shum KW, English JS. Allergic contact dermatitis in food handlers, with patch test positive with Compositae mix but negative to sesquiterpene lactone mix. *Contact Dermatitis.* 1998;39:207–8.
8. Gonçalo M, Gonçalo S. Allergic contact dermatitis from *Dittrichia viscosa* (L.) Greuter. *Contact Dermatitis.* 1991;24:40–4.
9. Estrela F, Tapadinhas C, Pereira F. Allergic contact dermatitis from *Dittrichia viscosa* (L.) Greuter. *Contact Dermatitis.* 1995;32:108–9.

A. Calderón-Komáromy*, N. Puente-Pablo,
S. Córdoba y J. Borbujo

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: komaromy20@hotmail.com
(A. Calderón-Komáromy).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.03.020>

Interacción de *Pseudomonas aeruginosa* y hongos dermatofitos: repercusión en el curso clínico y en el diagnóstico microbiológico de la *tinea pedis*



Interaction between *Pseudomonas aeruginosa* and dermatophyte fungi: Repercussions on the clinical course and microbiological diagnosis of *tinea pedis*

Sr. Director:

La infección cutánea simultánea por *Pseudomonas* y hongos ocurre de forma más frecuente de lo que se diagnostica. Ante la presentación de un complejo caso de esta patología, reflexionamos sobre la interacción entre ambos agentes, valorando cómo se influyen mutuamente, y de qué modo esta circunstancia puede afectar al curso clínico y al diagnóstico microbiológico.

Presentamos el caso de un varón de 55 años que consultó por presentar una celulitis en la extremidad inferior derecha

con importante repercusión sistémica, que requirió ingreso. En la inspección física se evidenció eritema intenso en ambos pies, con exudación y descamación, especialmente en los últimos espacios interdigitales, compatible con *tinea pedis*



Figura 1 Eritema y maceración intensos, con despegamiento periférico en el cuarto espacio interdigital.