

3. Ferrara G, Amantea A, Argenziano G, Broganelli P, Cesinaro AM, Donati P, et al. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features and regressing melanoma with nevoid features. *J Cutan Pathol.* 2009;36:913–6.
4. Ferrara G, Giorgio CM, Zalaudek I, Broganelli P, Pellacani G, Tomasini C, et al. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features (nevus with regression-like fibrosis): Clinical and dermoscopic features of a recently characterized histopathologic entity. *Dermatology.* 2009;219:202–8.
5. Larre Borges A, Zalaudek I, Longo C, Dufrechou L, Argenziano G, Lallas A, et al. Melanocytic nevi with special features: Clinical-dermoscopic and reflectance confocal microscopic-findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:833–45.

U. Floristán Muruzábal^{a,*}, F.J. Pinedo Moraleda^b,
R. Gamo Villegas^a y J.L. López Estebanz^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: uxuafloristan@hotmail.com
(U. Floristán Muruzábal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.011>

Dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico



Allergic Contact Dermatitis Due to Capryloyl Salicylic Acid

Sra. Directora:

Ante una sospecha de alergia por cosméticos, resulta esencial que el estudio epicutáneo incluya los productos de cuidado personal usados por el propio paciente ya que con ello, además de alcanzarse un diagnóstico más exacto, se posibilitará la identificación de nuevos alérgenos. Para este fin es fundamental conseguir la colaboración de la industria farmacéutica/cosmética, que será quien nos proporcione los componentes de los productos propios. Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico presente en una crema antiarrugas. Una mujer de 40 años consultó por haber desarrollado una reacción eritematosa y pruriginosa en la región facial 10 días después de comenzar a aplicarse una crema antiarrugas (Revitalift Láser X3[®] crema de día, L'Oreal). El proceso se resolvió al suspender el uso de dicha crema y tras tratamiento con un corticoide tópico durante una semana. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), una serie de cosméticos (Chemotechnique, Suecia) y la crema propia con lecturas a las 48 h y 96 h, siguiendo las recomendaciones de la European Society of Contact Dermatitis (ESCD). En la lectura definitiva a las 96 h se evidenció una positividad con la crema propia empleada por la paciente (++) y negatividad para el resto de alérgenos de las series estándar y cosméticos. Puestos en contacto con la empresa que comercializaba la crema implicada, se nos facilitaron los 27 ingredientes de la misma con lo que pudo completarse el estudio. En la lectura a las 48 y 96 h se observó una reacción alérgica positiva (++) frente al ácido capriloil salicílico al 1% en alcohol (fig. 1). Esta misma sustancia se parchó en 15 controles sanos no obteniéndose ninguna respuesta alérgica.

El ácido capriloil salicílico (5-ácido capriloil salicílico, CAS n.º 78418-01-6), también conocido como ácido 2-hidroxi-5-octanoilbenzólico, es un derivado lipofílico del ácido salicílico que favorece la renovación epidérmica, estimula la formación de colágeno, contrarresta el

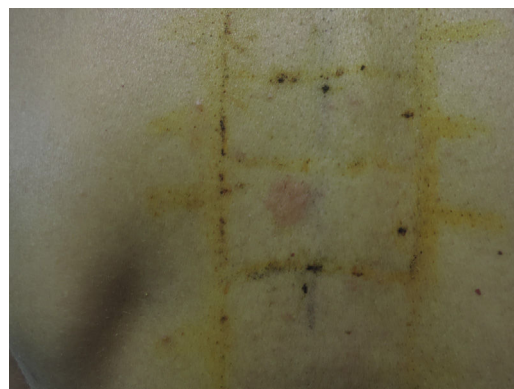


Figura 1 Reacción alérgica positiva por ácido capriloil salicílico.

fotodaño actínico crónico¹ e incrementa la resistencia de la piel a la radiación ultravioleta; atribuyéndosele propiedades comedolíticas², antiacnéicas³, antibacterianas y antiinflamatorias⁴. Es frecuente su utilización principalmente por la industria cosmética francesa, pudiendo estar presente en emolientes faciales, preparados antienviejimiento, productos para el tratamiento del acné, filtros solares y productos para la higiene facial⁵.

De Groot et al. han publicado recientemente los primeros 2 casos de alergia de contacto al ácido capriloil salicílico, empleándose en el estudio epicutáneo de estos pacientes el ácido capriloil salicílico al 1% en alcohol. Para estos autores la alergenidad de esta sustancia posiblemente radique más en la porción salicílica o benzoica que en la fracción de ácido caprílico⁵. Sin embargo, Roberts et al., concluyen que el 5-ácido capriloil salicílico probablemente no sea el responsable de la alergia en los pacientes descritos por de Groot et al., sino que en su opinión sería su isómero 3-ácido capriloil salicílico, contaminante del 5-ácido capriloil salicílico, el implicado en su alergenidad⁶.

Aportamos un tercer caso de dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico, cuyo diagnóstico solo ha sido posible tras parchar los ingredientes facilitados por la empresa que comercializaba la crema usada por la paciente, al no estar incluido en otras series complementarias. La descripción de nuevos casos en los que se implique el ácido capriloil salicílico aclarará finalmente el potencial alérgico de esta sustancia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Oresajo C, Yatskayer M, Hansenne I. Clinical tolerance and efficacy of capryloyl salicylic acid peel compared to a glycolic acid peel in subjects with fine lines/wrinkles and hyperpigmented skin. *J Cosmet Dermatol*. 2008;7:259–62.
- Uhoda E, Piérard-Franchimont C, Piérard GE. Comedolysis by a lipohydroxyacid formulation in acne-prone subjects. *Eur J Dermatol*. 2003;13:65–8.
- Bissonnette R, Bolduc C, Seité S, Nigen S, Provost N, Maari C, et al. Randomized study comparing the efficacy and tolerance of a lipophilic hydroxy acid derivative of salicylic acid and 5% benzoyl peroxide in the treatment of facial acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol*. 2009;8:19–23.
- Saint-Léger D, Lévêque JL, Verschoore M. The use of hydroxy acids on the skin: Characteristics of C8-lipo-hydroxy acid. *J Cosmet Dermatol*. 2007;6:59–65.
- De Groot A, Rustemeyer T, Hissink D, Bakker M. Contact allergy to capryloyl salicylic acid. *Contact Dermatitis*. 2014;71:185–7.
- Roberts DW, Aptula AO. Contact allergy to capryloyl salicylic acid: A mechanistic chemistry and structure-activity perspective. *Contact Dermatitis*. 2015;72:347–51.

R. González-Pérez*, L. Carnero-González
y M.I. Martínez-González

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardo.gonzalezperez@osakidetza.eus (R. González-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.012>

Tratamiento multimodal de la calcifilaxis con tiosulfato sódico, alprostadil y oxigenoterapia hiperbárica



Multimodal Treatment of Calciphylaxis With Sodium Thiosulfate, Alprostadil, and Hyperbaric Oxygen Therapy

Sra. Directora:

La calcifilaxis se caracteriza por la calcificación de la capa media de las pequeñas arterias y arteriolas de la piel, provocando isquemia cutánea secundaria. Afecta a pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) en hemodiálisis mostrando una alta morbimortalidad, siendo la sepsis la causa más frecuente de muerte¹. Describimos el caso de una paciente con calcifilaxis, tratada con éxito con una terapia multimodal incluyendo tiosulfato sódico (TS) y prostaglandinas.

Una mujer de 51 años, con IRT secundaria a poliquistosis renal en hemodiálisis, consultó por úlceras en abdomen y muslo derecho de más de un año de evolución con intenso dolor refractario al uso de opioides. A la exploración física mostró úlceras cutáneas profundas, malolientes, de hasta 10 cm de diámetro con algunas escaras necróticas en su superficie en cara anterior de muslos y abdomen inferior. Estas úlceras asentaban sobre un extenso fondo de livedo racemosa y púrpura retiforme (figs. 1A y B). Análíticamente destacó la presencia de hiperparatiroidismo secundario con niveles de paratohormona de 895,8 pg/ml (15-65 pg/ml), calcio 9,4 mg/dl (8,2-10,3 mg/dl) y fósforo 5,8 mg/dl (2,7-4,5 mg/dl). Las pruebas complementarias para descartar otras causas de livedo racemosa, incluyendo anticuerpos anti-nucleares, anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos contra mieloperoxidasa y contra proteinasa 3, crioglobulinas, anticuerpos anti-cardiolipina y anticuerpos anti-peptido citrulinado, fueron normales o negativas. La biopsia cutánea mostró calcificación de la capa media de los

vasos del tejido celular subcutáneo con depósitos cálcicos focales en lobulillos hipodérmicos, confirmando el diagnóstico de calcifilaxis.

La paciente realizaba tratamiento con TS intravenoso que se administraba justo después de cada sesión de hemodiálisis a dosis de 25 mg, sin respuesta clínica. Realizaba 3 sesiones de hemodiálisis por semana, presentando náuseas como único efecto adverso. Tras 36 sesiones de TS intravenoso, sin respuesta clínica, añadimos tratamiento con alprostadil intravenoso a dosis de 60 µg, administrados durante cada sesión de hemodiálisis. Desde la primera infusión de alprostadil la paciente refirió un alivio rápido del dolor que permitió la retirada de opioides. Con esta asociación, las úlceras cutáneas y la livedo racemosa fueron remitiendo progresivamente. Con vistas a acelerar la curación de las úlceras cutáneas y disminuir el riesgo de infección, añadimos tratamiento con TS intralesional 1/6 M, infiltrando 10 ml de solución repartidos por los bordes de las úlceras mensualmente, sin usar anestesia previa, y terapia con oxígeno hiperbárico durante 3 meses. Se realizaron en total 70 sesiones de oxigenoterapia hiperbárica de lunes a viernes, con una duración de 60 min cada una y a 2,4 atmósferas absolutas (ATA) de presión. Tras 5 meses de tratamiento se obtuvo la remisión total de todas las úlceras cutáneas y de la livedo racemosa (figs. 1C y D). Actualmente se realiza tratamiento de mantenimiento desde hace más de un año con alprostadil intravenoso durante las sesiones de hemodiálisis junto con TS intravenoso posterior a cada sesión de hemodiálisis e infiltraciones ocasionales con TS en caso de aparición de úlceras de pequeño tamaño. Con esta terapia multimodal hemos logrado un buen control global de esta grave enfermedad después de más de 2 años desde su inicio.

Los tratamientos médicos más utilizados para la calcifilaxis son el TS intravenoso y los bifosfonatos². El TS tiene efecto vasodilatador que causa alivio del dolor y es un quelante de las sales de calcio, volviéndolas más solubles³. El alprostadil o prostaglandina E1 es bien conocido por su efecto vasodilatador, antiagregante plaquetario