

10. Livneh A, Langevitz P, Zemer D, Zaks N, Kees S, Lidar T, et al. Criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever. *Arthritis Rheum.* 1997;40:1879-85.

L. Loidi Pascual<sup>a,\*</sup>, M. Larrea García<sup>a</sup>,  
C. Llanos Chávarri<sup>b</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [leyre.loidipascual@cfnavarra.es](mailto:leyre.loidipascual@cfnavarra.es)  
(L. Loidi Pascual).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.006>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo de la sensibilización a tiosulfato sódico de oro en la consulta de alergias de contacto de un hospital de tercer nivel



### Retrospective Observational Epidemiologic Study of Sensitization to Gold Sodium Thiosulfate in the Allergy Clinic of a Tertiary Hospital

Sra. Directora:

El tiosulfato sódico de oro (TO) es un sensibilizante común muy presente en nuestro ambiente. En 2001 fue nombrado alérgeno del año por la Sociedad Norteamericana de Dermatitis de Contacto, y en 2012 se produjo su introducción en la batería de alérgenos del TRUE Test® (TT). El TT es un test diagnóstico, listo para su uso, que consta de 36 sustancias en 3 paneles ya preparados, proporcionando la concentración alérgica óptima en cada uno de sus parches. Es por ello por lo que su utilización en los servicios de dermatología se ha extendido de manera importante desde su aparición, hasta convertirse en la batería estándar de muchos hospitales. En el caso del oro, su utilización en las pruebas epicutáneas (PE) es controvertida. En primer lugar, su interpretación en las mismas es compleja, pues, además, de ser un irritante común, como muchos otros metales, se ha relacionado con reacciones tardías y persistentes, barajándose incluso la posibilidad de sensibilización activa, su relevancia es difícil de identificar, y se desconocen los mecanismos exactos de interacción de esta sustancia con el cuerpo humano<sup>1-8</sup>.

El objetivo del presente estudio fue conocer la posición del TO en el orden de frecuencias de positividad de las sustancias sensibilizantes en los pacientes atendidos en el módulo de alergias de contacto. Secundariamente, identificar las características demográficas de los pacientes positivos a TO, establecer la relevancia de nuestras positividad, y definir la utilidad de parchear de forma estandarizada el alérgeno.

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo de todos los pacientes del módulo de contacto

en un hospital de tercer nivel desde enero hasta junio de 2015. De los 234 pacientes atendidos, se descartaron 85 (36,32%), que fueron aquellos en los que no se realizaron las PE o en los que estas resultaron negativas. La batería de alérgenos que se utilizó fue la del TT. En todos los pacientes se estudiaron las variables: edad, sexo, profesión, alergias conocidas, intolerancia a metales, tiempo de evolución de las lesiones, clínica, localización, identificación de contactante por parte del paciente, existencia de cualquier otra dermatosis y frecuencia de positividad en el TT. El procesamiento de datos y su análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS® versión 11.5 para Windows®. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con la corrección de Yates o la prueba exacta de Fisher cuando no se cumplían sus condiciones de aplicación.

Los 5 alérgenos más frecuentes fueron: sulfato de níquel, tiosulfato de oro, tiazolinonas, mezcla de perfumes y para-fenilendiamina. Treinta y cinco pacientes fueron positivos para TO (23,5%), solo superado por el sulfato de níquel (55,7%) en nuestra serie. En un 57,1% de los casos la dermatitis se localizaba en las manos. No se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a: edad, sexo, profesiones, intolerancia a metales y alergias conocidas. De los positivos a TO, el 82,9% de los pacientes no identificaban contactante ( $p=0,012$ ). Un 17,1% solo era positivo para TO, mientras que el 99,1% de los negativos para TO estaba sensibilizado a 2 o más alérgenos diferentes ( $p=0,001$ ). No podemos descartar que no existan diferencias en cuanto a la concomitancia con otras dermatosis ( $p=0,078$ ) (tabla 1).

En la mayoría de los pacientes alérgicos a TO no se identificó contactante. Existen numerosos estudios que sugieren la capacidad del TO para causar irritación, reacción persistente o incluso sensibilización activa. Aunque la dosis usada en el TT ( $75 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ ) cumple los criterios de concentración mínima para dar lugar a una reacción positiva + o ++, se ha visto que algunos pacientes reaccionan a concentraciones bajas de TO, pero no a concentraciones un poco mayores, por lo que podría haber otros factores subyacentes (como las interacciones de aminoácidos locales, la presión, la fricción y la presencia de daño o eccema en la piel, entre otros) y no solo la concentración, los que determinarán la reactivación al TO. Recientemente el Grupo Americano de Dermatitis de Contacto (NACDG) ha decidido eliminar el oro de su batería estándar<sup>1</sup>, y el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC)

**Tabla 1** Características demográficas de los pacientes positivos para uno o más alérgenos testados

Variable		Tiosulfato sódico de oro		Valor de p	
		Negativo	Positivo		
Edad		47,7 años	44,8 años	0,51	
Sexo femenino		75,4%	77,1%	0,96	
Profesiones	Hogar	21,1%	Materiales de la industria	17,1%	0,49
	Materiales de la industria	18,4%	Hogar	14,3%	
	Hostelería	8,8%	Hostelería	11,4%	
	Sanidad	7,9%	Sanidad	11,4%	
	Construcción	7,0%	Estudiantil	8,6%	
	Estudiantil	7,0%	Construcción	5,7%	
	Peluquería	3,5%	Agricultura	5,7%	
	Jubilado de larga evolución	2,6%	Peluquería	5,7%	
	Agricultura	0,9%	Jubilado de larga evolución	2,9%	
	Paro de larga evolución	0,0%	Paro de larga evolución	2,9%	
	Otro (bajo riesgo)	17,5%	Otro (bajo riesgo)	11,4%	
	Desconocida	5,3%	Desconocida	2,9%	
Intolerancia a metales			48,2%	48,6%	0,97
Alergias conocidas	Ninguna	62,3%	Ninguna	60,0%	0,30
	Otras	14,9%	Fármacos	20,0%	
	Fármacos	11,4%	Fármacos y otras	8,6%	
	Alimentarias	3,5%	Otras	5,7%	
	Fármacos y otras	3,5%	Alimentos y otras	2,9%	
	Fármacos y alimentarias	2,6%	Todas	2,9%	
	Alimentos y otras	0,9%	Alimentarias	0,0%	
	Todas	0,9%	Fármacos y alimentarias	0,0%	
Antecedentes personales de atopia		39,0%	45,7%	0,51	
Niveles de IgE elevados		22,8%	28,6%	0,49	
RAST positivos		1: 3,5%	1: 0,0%	0,53	
		> 2: 23,7%	> 2: 25,7%		
Evolución		39,5 meses	35,6 meses	0,90	
Clínica	Eccema agudo	81,6%	Eccema agudo	74,3%	0,35
	Prurito	64,9%	Prurito	68,6%	
	Lesiones inespecíficas	46,5%	Lesiones inespecíficas	45,7%	
	Eccema crónico	35,1%	Eccema crónico	42,9%	
	Urticaria	11,4%	Urticaria	2,9%	
Localización	Varias localizaciones	37,7%	EESS	40,0%	0,51
	EESS	25,4%	Varias localizaciones	28,6%	
	Cabeza y cuello	18,4%	Cabeza y cuello	11,4%	
	Tronco	10,5%	Tronco	11,4%	
	EEII	7,0%	EEII	5,7%	
	Desconocida	0,9%	Desconocida	2,9%	
Identifica contactante		40,4%	17,1%	0,01	
Otras dermatosis		66,7%	50,0%	0,08	
Solo una positividad en el TRUE Test®		0,9%	17,1%	0,00	

no lo contempla entre los alérgenos de la suya. Por todo ello, planteamos la posibilidad de retirar el TO de una batería de alérgenos tan ampliamente utilizada como es el TT. Por otro lado, los pacientes positivos a TO presentan sensibilización a un solo alérgeno de manera más frecuente que aquellos pacientes sensibilizados para otro alérgeno distinto a TO y los pacientes con TT positivo, pero negativo para TO,

presentaban seguimiento en dermatología por otras enfermedades dermatológicas de manera más frecuente. Esto podría estar en relación con la importante presencia del oro en múltiples ámbitos de nuestra vida. Debido a su gran estabilidad, es difícil encontrarlo en su forma ionizante en la suficiente concentración para provocar reacciones, aunque sí para sensibilizar<sup>9</sup>.

## Bibliografía

- Chen J, Lampel H. Gold contact allergy. *Dermatitis*. 2015; 26:69-77.
- Boonchai W, Iamtharachai P. Risk factors for common contact allergens and patch test results using a modified European baseline series in patients tested during between 2000 and 2009 at Siriraj Hospital. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2013;32:60-5.
- Mehta V, Balachandran C. Persistent nodular contact dermatitis to gold: Case report of two cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76:397.
- Möller H. Contact allergy to gold as a model for clinical-experimental research. *Contact Dermatitis*. 2010;62:193-200.
- Thyssen J, Menné T. Metal allergy-A review on exposures, penetration, genetics, prevalence, and clinical implications. *Chem Res Toxicol*. 2010;23:309-18.
- Andersen K, Jensen C. Long-lasting patch reactions to gold sodium thiosulfate occurs frequently in healthy volunteers. *Contact Dermatitis*. 2007;56:214-7.
- Lee A, Eun H, Kim H, Moon K, Lee C, Kim G, et al. Multicenter study of the frequency of contact allergy to gold. *Contact Dermatitis*. 2001;45:214-6.
- Fowler J. Gold allergy in North America. *Am J Contact Dermat*. 2001;12:3-5.
- Bruze M, Conde-Salazar L, Goossens A, Kanerva L, White I. Thoughts on sensitizers in a standard patch test series. *Contact Dermatitis*. 1999;41:241-50.

M. Arteaga-Henríquez\*, I. Latour-Álvarez, E. García-Peris y N. Pérez-Robayna

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariaarteagah@gmail.com](mailto:mariaarteagah@gmail.com) (M. Arteaga-Henríquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.005>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Elconixis por isotretinoína



### Isotretinoin-Induced Elkonixis

Sra. Directora:

La elconixis es una alteración de las uñas caracterizada por defectos irregulares en la lámina ungueal dorsal, con una importante fragilidad de esta o la presencia de pérdida de sustancia o depresión en la misma, de tamaño mayor que las depresiones puntiformes típicas de la psoriasis<sup>1-3</sup>. La apariencia clínica varía, por tanto, desde una anfractuosidad irregular de la lámina ungueal hasta una perforación de la misma. Es un proceso infrecuentemente referido en la literatura médica. Presentamos un caso clínico de elconixis secundaria al tratamiento con isotretinoína.

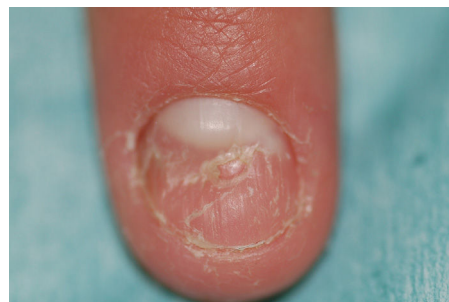
Varón de 17 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, con acné inflamatorio moderado que, tras recidivar después de varios ciclos con minociclina, inició tratamiento con isotretinoína a dosis de 40 mg/día. El curso clínico fue anodino, con mejoría progresiva del acné, mínimas alteraciones xeróticas de piel y leve queilitis. Asimismo los controles analíticos no mostraron datos patológicos reseñables. El paciente llamó la atención sobre lo que él consideraba uñas frágiles en el tercer mes de seguimiento, y que había notado ya al mes de inicio del tratamiento. Negaba traumatismos, trabajos manuales, haber tenido algún proceso patológico intercurrente o tomar otras medicaciones. Tampoco refería haber presentado alteraciones de las uñas previamente, y no reconocía antecedentes personales o familiares de psoriasis.

A la inspección, las láminas ungueales de todos los dedos de las manos presentaban diversos grados de deformidad, con depresiones irregulares, superficie anfractuosa y quebradiza (figs. 1 y 2). También se pudo apreciar alguna depresión puntiforme, así como leuconiquia y manchas en

aceite puntiformes. Existía una leve hiperqueratosis desca-mativa periungueal y pérdida parcial de la cutícula de la primera uña de la mano derecha. No se apreciaron alteraciones en las uñas de los pies. Se le ofreció la posibilidad de disminuir la dosis de isotretinoína o suspenderla, pero el paciente declinó esta posibilidad. Se completó el tratamiento con éxito y a los 4 meses del fin del mismo las uñas habían recobrado un aspecto normal.

La elconixis es un raro trastorno ungueal, que se ha descrito asociado a enfermedades tales como peritonitis<sup>4</sup>, psoriasis, sífilis o artritis reactiva, e inducida por traumatismos<sup>2,3</sup> o por retinoides<sup>1,5</sup>. Su etiopatogenia no está clara, pero se postula una alteración de la queratinización, bien de origen inflamatorio, traumático o medicamentoso, en la matriz ungueal o en el pliegue ungueal proximal, que ocasiona irregularidades en la lámina ungueal<sup>3</sup>. Los escasos estudios histopatológicos muestran inflamación y tejido de granulación<sup>2,3</sup>.

La elconixis aparece en la tabla dorsal a nivel proximal, sobre la lúnula, y progresa de forma distal a medida que



**Figura 1** Aspecto quebradizo de la uña del dedo índice izquierdo, con una depresión central, de tamaño superior al de una depresión puntiforme.