



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Baños de parafina para el tratamiento del eccema crónico de las manos



Paraffin Wax Baths for the Treatment of Chronic Hand Eczema

Sra. Directora:

El eccema de las manos es un frecuente motivo de consulta dermatológico (hasta el 15% de la población adulta), y tiene un gran impacto psicológico y laboral, con importantes implicaciones socio-económicas^{1,2}. Se cataloga como eccema crónico de manos (ECM) el que se prolonga durante más de 3 meses o presenta más de 2 episodios en un año. Clínicamente se diferencian 5 subtipos de ECM: hiperqueratósico, fisurado, dishidrotico, numular y pulpitis², aunque frecuentemente estas formas se superponen. Este ECM

puede observarse en contexto de una dermatitis atópica, ser causado por una dermatitis de contacto (alérgica o irritativa) o ser idiopático.

En el manejo del ECM es clave el uso de emolientes, así como investigar y evitar los posibles factores desencadenantes. Además, actualmente se dispone de múltiples opciones de tratamiento: corticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos, fototerapia, retinoides orales o inmunosupresores¹⁻³. No obstante, el tratamiento propuesto para estos pacientes debe ser siempre personalizado.

La parafina es un hidrocarburo sólido derivado del petróleo o del carbón. Esta es utilizada en industrias como la alimentaria o la textil, o para fabricar papel o velas. La industria dermo-cosmética también la utiliza como base de algunos productos emolientes. La posibilidad de poder realizar baños de cera de parafina se relaciona con el bajo grado de fusión de esta (empieza a fundirse a partir de 37,5°C, aproximadamente^{4,5}). Los baños con cera de parafina proporcionan un calor superficial, mejorando la

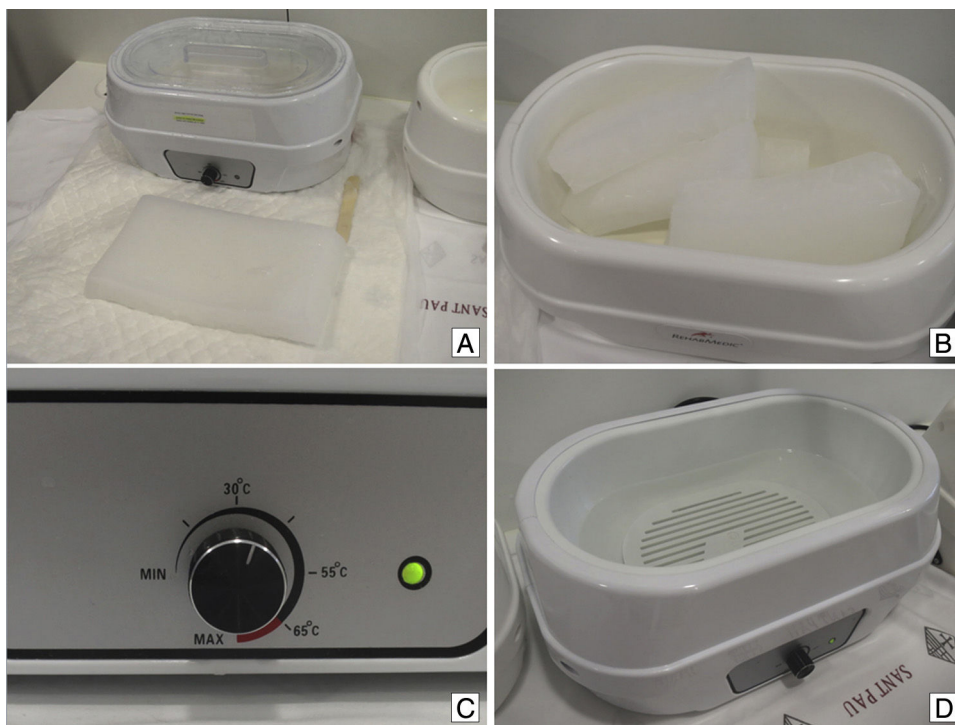


Figura 1 A) Dispositivo y bloque de parafina. B) La parafina tallada y preparada dentro del dispositivo. C) Temperatura alrededor de los 35°C. D) Parafina líquida una vez fundida.



Figura 2 A) Introducir las manos en el dispositivo cuando la parafina ya sea líquida. B) Sacar la mano y repetir el procedimiento hasta que la parafina se mantenga en la mano como un guante. C) Envolver las manos en bolsas de plástico durante 15-20 min. D) Retirar parafina.

circulación local y aliviando el dolor⁶, usándose clásicamente en artritis y artrosis de manos⁷. Recientemente, también ha demostrado mejorar la rigidez postraumática de manos⁸, tobillos⁵ o ser útil en el tratamiento del síndrome del túnel carpiano⁶. El tratamiento con baños de parafina también está ampliamente extendido en el campo dermatocósmético, con el fin de mejorar la calidad de la piel por sus propiedades de reparación de la barrera cutánea, actuando como un emoliente ultrapotente. Sin embargo, su uso en ECM no está descrito en la literatura.

Hemos decidido realizar un estudio para valorar la eficacia de estos baños de parafina en el tratamiento del ECM. Se han recogido 13 pacientes (5 varones y 8 mujeres, con una media de edad de 63 años) con ECM de tipo hiperqueratósico, fisurado y/o pulpitis (y combinaciones de estos). Se ha realizado tratamiento exclusivo con baños de parafina, 5 días a la semana, durante 4 semanas consecutivas.

El dispositivo utilizado para el tratamiento es un tanque de la marca RehabMedic[®] con termostato de dimensiones 36 × 26 × 18 cm, de diseño elíptico y esquinas redondeadas (voltaje mínimo necesario 220 V y consumo medio 150 W).

Se explica a continuación el protocolo de tratamiento seguido:

1. Preparar el dispositivo apropiado y los bloques de parafina (fig. 1A).

2. Recortar los bloques de parafina en las medidas necesarias para la cuba e introducir las piezas (fig. 1B).
3. Encender el termostato a 35-40 °C (fig. 1C).
4. Esperar 90-120 min hasta que la parafina esté líquida, y probar que la temperatura sea óptima para poder introducir las manos (fig. 1D).
5. Introducir de forma completa una mano durante 3-4 s y retirarla. Repetir este procedimiento 5-8 veces hasta que la parafina recubra la mano como una película formando un guante blanco (fig. 2A). Repetir el procedimiento con la otra mano. En caso que el dispositivo lo permita, realizar con las 2 manos simultáneamente (fig. 2B).
6. Cubrir las 2 manos con bolsas de plástico cerradas 15-20 min (fig. 2C).
7. Retirar el guante de parafina (fig. 2D).

La evaluación se ha realizado una vez finalizado el ciclo completo de tratamiento mediante el *DermaSat questionnaire*, cuestionario validado por el grupo español de investigación en dermatitis de contacto y alergia cutánea (GEIDAC)⁹, que evalúa la satisfacción del paciente tras el tratamiento.

Los resultados (tabla 1) en términos de eficacia muestran un 46 y 54% de muy buena y buena respuesta, respectivamente. Resultados similares en términos de comodidad y seguimiento médico. En cuanto al impacto en la calidad de vida, 30% muy bueno, 53% bueno y 15% regular. En relación

Tabla 1 Serie de pacientes tratados con baños de parafina

	Sexo	Edad	Subtipo eccema	Etiología	Inicio	Tratamientos previos	Eficacia	Comodidad	Impacto	Monitorización	Efectos adversos	Opinión global
1	M	52	Hiperqueratósico/ fisurado	DA	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, IC, CsA	Excelente	Buena	Excelente	Excelente	Regular	Excelente
2	V	74	Pulpitis	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, IC, PUVA	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Buena
3	V	72	Hiperqueratósico/ fisurado	Idiopático	< 1 año	emolientes, CS tópicos	Buena	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
4	M	36	Hiperqueratósico/ fisurado	DCI	< 1 año	Emolientes, CS tópicos	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
5	V	70	Pulpitis	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, PUVA	Buena	Buena	Bueno	Excelente	Regular	Buena
6	V	58	Hiperqueratósico	Idiopático	< 1 año	Emolientes, CS tópicos, PUVA, retinoides	Buena	Buena	Bueno	Regular	Bueno	Buena
7	M	62	Hiperqueratósico/ fisurado	DCI	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, PUVA, MTX	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
8	V	85	Hiperqueratósico/ fisurado	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, PUVA, MTX, retinoides	Buena	Mala	Bueno	Buena	Bueno	Excelente
9	M	82	Pulpitis	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Buena
10	M	72	Hiperqueratósico	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, IC	Buena	Excelente	Regular	Buena	Bueno	Excelente
11	M	63	Hiperqueratósico/ fisurado	Idiopático	1-5 años	Emolientes, CS tópicos, IC	Buena	Excelente	Regular	Buena	Regular	Buena
12	M	52	Hiperqueratósico/ fisurado	Idiopático	1-5 años	Emolientes, CS tópicos, PUVA, retinoides	Buena	Regular	Bueno	Excelente	Excelente	Buena
13	M	45	Hiperqueratósico	Idiopático	> 5 años	Emolientes, CS tópicos, IC, PUVA, retinoides	Excelente	Buena	Bueno	Excelente	Excelente	Excelente

CS: corticoesteroides; CsA: ciclosporina A; DA: dermatitis atópica; DCI: dermatitis de contacto irritativa; IC: inhibidores de la calcineurina; M: mujer; MTX: metotrexato; V: varón.

con términos de seguridad no se encontró ningún efecto secundario destacable. Hasta el 51% de los pacientes, sin embargo, referían un importante consumo de tiempo. La opinión global de los pacientes fue muy buena en el 54% y buena en el 46%.

Pensamos que estos resultados son muy esperanzadores, teniendo en cuenta la buena relación eficacia/seguridad. Además, el consumo de tiempo podría ser paliado realizando tratamiento a domicilio, previo entrenamiento en nuestro centro y adaptando el régimen a las necesidades de cada paciente y cada momento. Entendemos que se trata de un estudio preliminar con importantes limitaciones, pero lo valoramos como una primera aproximación muy positiva para poder realizar estudios más complejos que puedan elevar el nivel de evidencia de este tratamiento y así, en un futuro, poder formar parte de los algoritmos terapéuticos del ECM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Cazzaniga S, Ballmer-Weber BK, Gräni N, Spring P, Bircher A, Anliker M, et al. Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: A cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:628–37.
- de León J, Berbegal L, Silvestre JF. Management of Chronic Hand Eczema [Article in English, Spanish]. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:533–44.
- Urrutia S, Roustan G, Plazas MJ, Lizan L. Uso de la alitretinoína oral para el tratamiento del eczema crónico de manos grave y refractario al tratamiento en el sistema sanitario público español: descripción y análisis de la práctica clínica actual. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:142–8.
- Wiener H. Structural determination of paraffin boiling points. *J Am Chem Soc*. 1947;69:17–20.
- Rashid S, Salick K, Kashif M, Ahmad A, Sarwar K. To evaluate the efficacy of mobilization techniques in post-traumatic stiff ankle with and without paraffin wax bath. *Pak J Med Sci*. 2013;29:1406–9.
- Chang YW, Hsieh SF, Horng YS, Chen HL, Lee KC, Horng YS. Comparative effectiveness of ultrasound and paraffin therapy in patients with carpal tunnel syndrome: A randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:399.
- Harris R, Millard JB. Paraffin-wax baths in the treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1955;14:278–82.
- Sibtain F, Khan A, Shakil-Ur-Rehman S. Efficacy of paraffin wax bath with and without joint mobilization techniques in rehabilitation of post-traumatic stiff hand. *Pak J Med Sci*. 2013;29:647–50.
- Ruiz MA, Heras F, Alomar A, Conde-Salazar L, de la Cuadra J, Serra E, et al., GEIDAC Group. Development and validation of a questionnaire on 'Satisfaction with dermatological treatment of hand eczema' (DermaSat). *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:127.

J.F. Mir-Bonafé*, E. Serra-Baldrich, E. Rozas-Muñoz y L. Puig

Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmirb@santpau.cat (J.F. Mir-Bonafé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.019>
0001-7310/

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

Tricomycosis axilar: diagnóstico en imágenes, clínica, luz de Wood y dermatoscopia



Trichomycosis axillaris: Clinical, Wood lamp, and dermoscopic diagnostic images

Sra. Directora:

La tricomycosis axilar, también llamada tricobacteriosis o tricomycosis palmellina, es una infección cutánea frecuente causada por bacterias del género *Corynebacterium* spp., sobre todo por *C. flavescens*. Suele afectar al pelo de las axilas, aunque también del pubis y de la región perianal y, de forma excepcional, del cuero cabelludo.

Su prevalencia es mayor en países tropicales, con climas húmedos y cálidos. El exceso de sudoración, la higiene inadecuada y el no rasurado favorecen su aparición. Suele afectar a adultos jóvenes, y es más frecuente en hombres que en mujeres^{1,2}.

El diagnóstico de sospecha se establece por los hallazgos clínicos, en ocasiones apoyado por técnicas complementarias como la luz de Wood, la visión directa al microscopio y la dermatoscopia. El diagnóstico de certeza se realiza mediante cultivo microbiológico, aunque en ocasiones puede ser falsamente negativo. En ocasiones se diagnostica de forma retrospectiva, tras objetivar la rápida respuesta al empleo de medidas higiénicas y al uso de antibióticos tópicos^{2,3}.

Presentamos un caso típico de tricomycosis axilar y revisamos los característicos hallazgos dermatoscópicos encontrados.

Un varón de 84 años de edad, con antecedentes personales de fibrilación auricular e hipertensión arterial en tratamiento con acenocumarol y enalapril, además de extirpación de carcinoma basocelular y melanoma de extensión superficial, consultó por bromhidrosis axilar de 2 meses de evolución. A la exploración, se objetivaban estructuras a modo de masas grumosas de coloración blanco-amarillentas, malolientes, adheridas a la porción central del pelo de la región axilar (fig. 1a). Con la luz de Wood las estructuras emitían una fluorescencia débil, de color blanco-amarillo