

Dermatitis urticante. Un patrón de reacción cutánea



Urticarial Dermatitis. A Cutaneous Reaction Pattern

Sra. Directora:

En el año 2006 Kossard et al. presentaron el término «dermatitis urticante» (DU) para describir un patrón de reacción cutánea histopatológica con un variado espectro clínico. Se caracteriza, principalmente, por la presencia de pápulas o placas urticantes, eritematosas, pruriginosas y lesiones eczematosas¹. Las muestras de las biopsias de áreas urticantes en la DU revelan un estrato córneo normal, una espongiosis mínima y un infiltrado linfocitario perivascular dérmico papilar con eosinófilos (con o sin neutrófilos)¹ (fig. 1). El presente estudio observacional descriptivo analiza los hallazgos clínicos e histológicos de 6 pacientes con un diagnóstico sugestivo de dermatitis urticante (DU) atendidos en una Unidad Especializada en Eczemas del Servicio de Dermatología de un hospital terciario en 2015 y 2016. Los datos correspondientes a la epidemiología, comorbilidades, presentación clínica, sospecha clínica inicial, pruebas diagnósticas, diagnóstico final, duración de la enfermedad en el momento del diagnóstico, período de seguimiento, tratamiento y evolución pueden consultarse en la tabla 1.

La media de edad cuando comenzó la DU estuvo en torno a los 70 años (rango 45-88). Ninguno de los pacientes tenía antecedentes personales ni familiares de atopia, urticaria, ni de ninguna otra enfermedad de la piel. Todos ellos refirieron prurito y todos los exámenes físicos confirmaron la presencia de pápulas o placas urticantes y signos de dermatitis (fig. 2 a). Cuatro pacientes presentaban dermografismo (fig. 2 b). La sospecha clínica inicial incluyó, principalmente, DU, urticaria espontánea crónica (UEC), penfigoide ampolloso y eczema. Otras entidades clínicas en el diagnóstico diferencial fueron reacciones farmacológicas, urticaria-vasculitis, escabiosis y dermatitis herpetiforme.

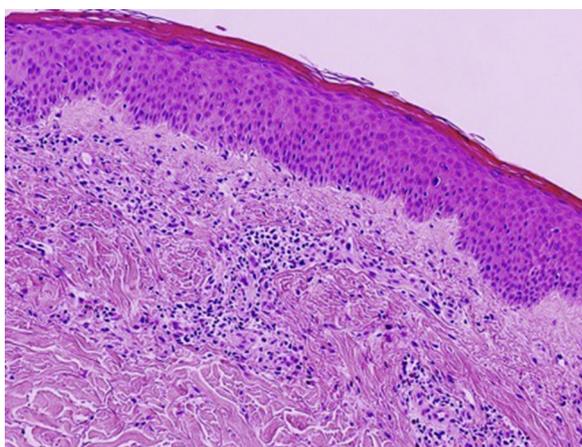


Figura 1 Epidermis normal e infiltrado perivascular linfocitario denso con abundantes eosinófilos. Unión dermoepidérmica preservada (tinción hematoxilina-eosina, ampliación original $\times 20$).

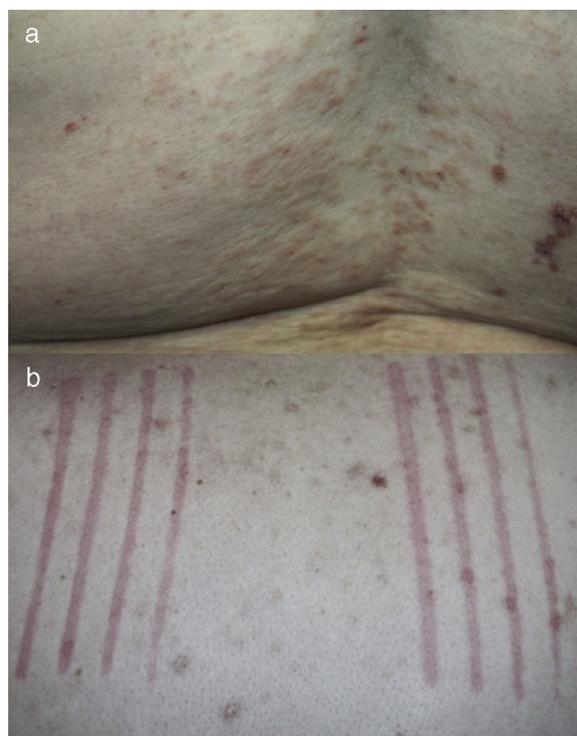


Figura 2 a: Pápulas eritematosas excoriadas en la espalda de un paciente; b: dermografismo confirmado utilizando el dermografómetro Fric Test[®] en la espalda de un paciente con lesiones de prurigo en diferentes fases.

Los resultados de las pruebas diagnósticas posibilitaron el diagnóstico final en todos los casos (UEC en 3 pacientes, reacción farmacológica en 2 y síndrome de Schnitzler en un paciente). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico final fue de 7 meses (rango 3-13 meses) y la duración del seguimiento 11,3 meses (rango 5-20 meses). El tratamiento inicial de todos los pacientes incluyó antihistamínicos orales y corticosteroides. Solo se observó una mejoría en 2 pacientes, ambos diagnosticados, más adelante, de UEC. Salvo uno todos los pacientes respondieron bien al tratamiento dirigido una vez se hubo llegado al diagnóstico definitivo.

La DU no representa ningún trastorno en particular, más bien se trata de un grupo de enfermedades cutáneas que comparten manifestaciones clínicas e histológicas similares. En muchos pacientes con sospecha clínica de dermatitis urticante puede llegarse a la correlación clínico-patológica a través de una acertada valoración diagnóstica², aunque esto puede llevar varios meses. Los patólogos también han utilizado el término «patrón de reacción de hipersensibilidad dérmica», a pesar de que no se ha podido establecer una correlación clínica ni histológica^{1,3}. En esta serie, todos los casos representaron inicialmente un desafío diagnóstico, porque no pudieron ser clasificados dentro de ningún trastorno inflamatorio en concreto. En última instancia todos los pacientes recibieron un diagnóstico final, siendo la UEC el diagnóstico más frecuente, seguido de las reacciones farmacológicas. Son resultados que difieren de los del estudio de Kossard et al., en el que las asociaciones clínicas más frecuentes fueron el eczema y las reacciones farmacológicas¹. Por otro lado, Hannon et al.

Tabla 1 Datos descriptivos: características de los pacientes, presentación clínica y tratamiento

| Sexo | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Mujer |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | 71 | 88 | 62 | 77 | 45 | 77 |
| Comorbilidades | DM Dislipidemia Hipertensión esencial | HBP | Dislipidemia DM | DM HBP Cardiopatía isquémica | No | DM Osteoporosis MW Teratoma ovárico |
| Dermografismo | + | + | - | - | + | + |
| Sospecha clínica inicial | Escabiosis Eczema PA DU UEC | PA Eczema DU UEC | DU UEC Urticaria-vasculitis | Dermatitis de contacto alérgica DU PA RF | Escabiosis Eczema UEC Dermatitis herpetiforme | UEC Urticaria-vasculitis RF PA |
| Histología | Epidermis normal. Infiltrado linfocitario perivascular superficial dérmico y eosinofílico con eosinófilos ID- | Paraqueratosis focal, espongiosis eosinofílica a leve y pobre vacuolización de la membrana basal Infiltrado linfocitario perivascular, superficial. Infiltrado linfocitario y eosinofílico intersticial ID - | Epidermis normal Infiltrado linfocitario perivascular superficial dérmico y eosinofílico con eosinófilos intersticiales ID- | Epidermis normal Infiltrado eosinofílico y linfocitario dérmico perivascular superficial e intersticial ID- | Epidermis normal Infiltrado eosinofílico y linfocitario dérmico perivascular superficial con eosinófilos intersticiales ID- | Epidermis normal Edema dérmico leve, infiltrado neutrofílico y linfocitario perivascular superficial e intersticial sin eosinófilos. Sin signos de vasculitis ID- |
| Otras pruebas diagnósticas | AS: IgE (260 UI/mL), eosinófilos $0,86 \times 10^3/\mu\text{l}$ | No | No | Prueba epicutánea: negativa | AS: normal | AS: glucosa 195 mg/dl, FG 52, RSC normal. |
| Diagnóstico final | DU: RF secundaria al vildagliptina | UEC | UEC | DU: RF secundaria a la silodosina | UEC | Síndrome de Schnitzler |

Tabla 1 (continuación)

| Sexo | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Mujer |
|-------------------------------|--|----------------|-----------------------------------|--|---|-----------------------|
| Tratamiento | Permetrina AO CO CT MTX Vildagliptina interrumpida | AO CO CT | AO CO AINE interrumpidos | AO CO CT Silodosina interrumpida | Permetrina AO CO CT Montelukast Omalizumab | AO CO CT MTX |
| Respuesta al tratamiento | Buena | Buena | Buena | Buena | Buena | Mala |
| Evolución de la enfermedad | 10 | 13 | 3 | 6 | 4 | 6 |
| aldiagnóstico (meses) | | | | | | |
| Seguimiento (meses) | 13 | 20 | 5 | 10 | 13 | 7 |

AINE: fármacos antiinflamatorios no esteroideos; AO: antihistamínicos orales; AS: análisis de sangre; CO: corticosteroides orales; CT: corticosteroides tópicos; DM: diabetes mellitus; DU: dermatitis urticante; FG: filtrado glomerular; HBP: hiperplasia benigna de próstata; ID: inmunofluorescencia directa; MTX: metotrexato; MW: macroglobulinemia de Waldenström; PA: penfigoide ampoloso; RF: reacción farmacológica; RSC: recuento sanguíneo completo; UEC: urticaria espontánea crónica.

descubrieron que el 47% de los casos de su serie fueron de origen idiopático². Algunas pistas histológicas podrían ser de utilidad a la hora de definir un diagnóstico más específico², sobre todo, si se obtienen en fases más tempranas de la enfermedad, cuando las lesiones son más edematosas y se encuentran menos excoriadas. La presencia de espongiosis favorece el diagnóstico de eczemas y su ausencia sugiere que las lesiones son secundarias a una reacción farmacológica o a un cuadro de urticaria¹. Hay que tener en cuenta que la dermatitis urticante podría ser la expresión inicial del penfigoide ampolloso^{1,2}, por lo que habría que llevar a cabo un estudio de inmunofluorescencia directa.

La DU suele afectar a pacientes ancianos, sobre todo mujeres^{2,4}. En casos de DU sospechosos de estar inducidos por fármacos, descubrir el agente causal puede ser difícil, ya que muchos pacientes están polimedcados. En estos pacientes las lesiones tienen una apariencia polimorfa, y presentan características de urticaria y dermatitis simultánea o concomitantemente⁴. Las lesiones eczematosas podrían deberse, en parte, al uso de remedios caseros para aliviar el prurito. En nuestro estudio observamos dermatografismo en algunos pacientes en el examen físico. Aunque el dermatografismo es propio de enfermedades como las reacciones farmacológicas, la escabiosis y, sobre todo, la UEC, también puede ser una pista importante en el diagnóstico de la DU.

La patofisiología de la DU podría incluir una involucrar una reacción del linfocito T helper 2 (Th2), que precede al perfil citoquínico de una respuesta predominante del linfocito T helper 1 (Th1), tal y como ocurre con la dermatitis atópica^{1,5}. Esto resulta en la producción de interleucina (IL) 4, IL-5 e IL-10, capaces, todas ellas, de inducir eosinofilia y reacciones urticantes⁵.

Los tratamientos más habituales de la DU incluyen anti-histamínicos orales, corticosteroides tópicos y sistémicos, radiación ultravioleta B de banda estrecha e inhibidores tópicos de la calcineurina, normalmente con resultados poco satisfactorios^{1,2,4}. Según algunos informes otros agentes terapéuticos tales como ciclosporinas, mofetil micofenolato, azatioprina, dapsona e hidroxurea han dado buenos resultados^{3,6}.

En conclusión, la DU es una manifestación común de diferentes enfermedades de la piel que parecen compartir mecanismos patofisiológicos similares. Tras la valoración exhaustiva de la información obtenida en la anamnesis, en el estudio histopatológico y otras pruebas complementarias, puede obtenerse un diagnóstico final. La detección de dermatografismo en la exploración física puede ser una pista que contribuya al diagnóstico de la DU, aunque este hallazgo no debe considerarse un signo específico de ninguna afección en concreto. En nuestra opinión, la DU es un término útil

para describir un proceso patogénico cutáneo que afecta fundamentalmente a ancianos, cuyas características clínicas remedan varias enfermedades de la piel, por lo que en muchas ocasiones solo puede realizarse un diagnóstico definitivo tras un periodo largo de seguimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kossard S, Hamann I, Wilkinson B. Defining urticarial dermatitis. A subset of dermal hypersensitivity reaction pattern. *Arch Dermatol.* 2006;142:29–34.
2. Hannon GR, Wetter DA, Gibson LE. Urticarial dermatitis: Clinical features, diagnostic evaluation, and etiologic associations in a series of 146 patients at Mayo Clinic (2006-2012). *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:263–8.
3. Fung MA. The clinical and histopathologic spectrum of "dermal hypersensitivity reactions" a nonspecific histologic diagnosis that is not very useful in clinical practice, and the concept of a "dermal hypersensitivity reaction pattern". *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:898–907.
4. Banan P, Butler G, Wu J. Retrospective chart review in a cohort of patients with urticarial dermatitis. *Australas J Dermatol.* 2014;55:137–9.
5. Thepen T, Langeveld-Wildschut EG, Bihari IC, van Wichen DF, van Reijssen FC, Mudde GC, et al. Biphasic response against aeroallergen in atopic dermatitis showing a switch from an initial TH2 response to a TH1 response in situ: An immunocytochemical study. *J Allergy Clin Immunol.* 1996;97:828–37.
6. Chaptini C, Sidhu S. Mycophenolate mofetil as a treatment of urticarial dermatitis. *Australas J Dermatol.* 2014;55:275–8.

M.C. García del Pozo^{a,*}, I. Poveda^b, P. Álvarez^b
y J.F. Silvestre^b

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General de Alicante–ISABIAL, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sakuragarciadelpozo@hotmail.com (M.C. García del Pozo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.021>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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