



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Dermatitis de contacto en pacientes con úlceras crónicas en extremidades inferiores: serie de casos

Contact Dermatitis in Patients with Chronic Leg Ulcers: A Case Series

Sr. Director:

Las úlceras crónicas en las piernas (UCP) son una enfermedad frecuente en los pacientes de edad avanzada. Requieren cuidados prolongados, con la aplicación de diferentes tratamientos tópicos y apósitos, por lo que la dermatitis alérgica de contacto (DAC) es una complicación frecuente (46-82,5%)¹⁻³. Se ha comprobado que entre un 70% y un 80% de los pacientes con UCP tienen positividad a diferentes alérgenos^{1,2}.

El objetivo primario de este trabajo fue describir la prevalencia de sensibilización y su relevancia clínica en los pacientes con UCP en una unidad especializada. El objetivo secundario fue conocer la relación entre las positividades detectadas y la etiología o el tiempo de evolución de las UCP. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con UCP, con o sin DAC asociada, con pruebas epicutáneas efectuadas entre mayo de 2003 y abril de 2018. Se aplicaron la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea y la batería de úlceras crónicas propuesta por el mismo grupo.

Se estudió a 93 pacientes, 38 varones (40,9%) y 55 mujeres (59,1%), con una mediana de edad de 72 años (rango intercuartílico: 62-80). La etiología de las úlceras fue mayoritariamente venosa (77,4%) con una mediana de tiempo de evolución de 37 semanas (rango intercuartílico: 14,5-96). El diagnóstico clínico de DAC perilesional se hizo en 69 pacientes (74,2%). Del total de los pacientes, 83 (91,4%) presentaron al menos un resultado positivo en las pruebas epicutáneas. La mediana de positividades por paciente fue de 2 (rango intercuartílico: 1-4). El 36,6% presentaron polisensibilización (≥ 3 alérgenos). La presencia de DAC se relacionó con un mayor número de positividades (t Student, $p < 0,05$). Al analizar los alérgenos de forma individual, el bálsamo del Perú fue el único asociado a DAC (χ^2 , $p < 0,05$). No se detectó ninguna relación estadísticamente



significativa entre el número de positividades, la etiología ni el tiempo de evolución.

En general, las frecuencias de sensibilización de los pacientes con UCP fueron superiores a las encontradas en la población de referencia. En la **tabla 1** se detallan las frecuencias de sensibilización encontradas y su comparación con nuestra población de referencia.

La sensibilización vendría facilitada en los pacientes con UCP por la aplicación de múltiples alérgenos en oclusión durante periodos prolongados, sobre tejidos en los que la circulación venosa y la barrera cutánea se encuentran alteradas y en proceso de reparación, con un infiltrado inflamatorio abundante de linfocitos y células de Langerhans^{4,5}.

Por otro lado, se ha comprobado que la sensibilización a alguno de los productos utilizados en el tratamiento de las UCP y el posterior desarrollo de DAC implica una peor evolución de las lesiones¹.

La prevalencia de pruebas epicutáneas positivas en pacientes con UCP es elevada^{1,2}. Sin embargo, en nuestro trabajo, la prevalencia fue superior a las descritas (91,4%), lo cual podría ser debido a que algunos de nuestros pacientes mostraron positividades sin clínica de DAC. Este hecho ya había sido descrito por Barbaud en una serie de pacientes con UCP, en la que el 57% de 108 pacientes sin DAC presentaban pruebas epicutáneas positivas⁶.

La polisensibilización es frecuente, se ha observado sobre todo en úlceras de largo tiempo de evolución y se ha asociado a un retraso de la cicatrización⁶⁻⁸. Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos dicha asociación, posiblemente debido al tamaño de nuestra muestra.

La presencia de DAC se asoció a la sensibilización a un mayor número de alérgenos y, de forma individual, a la positividad al bálsamo del Perú (resina del *Myroxylon pereirae*). Esta sustancia se encuentra en nuestro medio en apósitos como el Linitul® y el Tulgrasum® y es el alérgeno más veces positivo en las pruebas epicutáneas¹.

El sulfato de níquel fue la segunda positividad en frecuencia, aunque posiblemente carece de relevancia, ya que la frecuencia encontrada no difería de la de la población general. En nuestra serie le seguían en prevalencia la mezcla de fragancias I y II, el cloruro de benzalconio (desinfectante comercializado como soluciones cutáneas), la mezcla de carbas (productos de goma, en especial, guantes), la nitrofurazona (antibiótico comercializado como Furacin® o Dertrase®) y la neomicina (antibiótico incluido

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.09.016>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Comparación de frecuencia de sensibilización sobre el total de pruebas epicutáneas positivas entre los alérgenos más frecuentes en nuestra serie de casos (>1%) y otro estudio sobre nuestra población de referencia

Alérgeno	Frecuencia en pacientes con UCP en %	Referencia en población en %	Diferencia (IC 95%)
Bálsamo del Perú 25% pet	25,81	4,70	21,11 (13,59-28,62)*
Sulfato de níquel 5% pet	21,51	18,84	2,67 (-4,52-9,85)
Mezcla de fragancias (I 8% pet + II 14% pet)	20,43	8,26	12,17 (5,20-19,14)*
Cloruro de benzalconio 0,1% aq	18,28	0,24	18,04 (11,44-24,64)*
Mezcla carbas 3% pet	17,20	2,14	15,06 (8,60-21,53)*
Nitrofurazona 1% pet	13,98	0,06	13,92 (8,00-19,83)*
Sulfato de neomicina 20% pet	10,75	1,41	9,34 (4,04-14,65)*
Peróxido de benzoilo 1% pet	8,60	0,12	8,48 (3,70-13,27)*
Alcoholes de lana 30% pet	7,53	1,41	6,12 (1,59-10,64)*
Colofonia 20% pet	7,53	0,92	6,61 (2,09-11,12)*
Sesquioleato de sorbitán 20% pet	7,53	0,12	7,41 (2,90-11,91)*
Metilisotiazolinona 2.000 ppm aq (0,2% aq)	6,45	5,26	1,19 (-3,10-5,48)
Formaldehído 2% aq	6,45	3,49	2,96 (-1,29-7,22)
Amercol 50% pet	6,45	0,24	6,21 (2,02-10,41)*
Clorocresol 1% pet	5,38	0,06	5,32 (1,47-9,17)*
Propilenglicol 5% pet	5,38	0,31	5,07 (1,21-8,92)*
Bacitracina 5% pet	5,38	NE	NE
Budesonida 0,01% pet	5,38	1,16	4,22 (0,34-8,09)*
Dicromato potásico 0,5% pet	4,30	3,18	1,12 (-2,41-4,65)
Mezcla de parabenos 16% pet	4,30	0,43	3,87 (0,40-7,34)*
Ácido fusídico 2% pet	4,30	0	4,30 (0,84-7,76)*
Pivalato de tixocortol 0,1% pet	4,30	0,43	3,87 (0,40-7,34)*
Cloranfenicol 5% pet	3,23	0,06	3,17 (0,15-6,18)*
Cloruro de cobalto 1% pet	3,23	4,04	-0,81 (-3,93-2,30)
Clorhexidina 0,5% aq	3,23	0,12	3,11 (0,09-6,12)*
Tiomersal 0,1% pet	3,23	NE	NE
Alcohol estearílico 20% pet	3,23	0,06	3,17 (0,15-6,18)*
Diazolidinil-urea 2% pet	2,15	0,18	1,97 (-0,51-4,45)
Própolis 10% pet	2,15	0,06	2,09 (-0,39-4,57)
Cotrimazol	1,08	NE	NE
Oxitetraciclina 3% pet	1,08	NE	NE
Mercaptobenzotiazol 2% pet	1,08	0,37	0,71 (-1,07-2,48)
Framicetina 20% pet	1,08	0,06	1,02 (-0,75-2,78)
Kanamicina 10% pet	1,08	NE	NE
Parafenilendiamina base 1% pet	1,08	3,73	-2,65 (-4,58-0,73)*
Mezcla de caínas 7% pet	1,08	1,59	-0,51 (-2,35-1,32)
Liral 5% pet	1,08	1,22	-0,14 (-1,96-1,67)
Mezcla de tiuram 1% pet	1,08	0,92	0,16 (-1,65-1,96)
Metildibromoglutaronitrilo 0,5% pet	1,08	0,80	0,28 (-1,52-2,07)
N-isopropil-N-fenil-parafenilenediamina (IPPD) 0,1% pet	1,08	0,37	0,71 (-1,07-2,48)
Mezcla de sesquiterpenolactonas 0,1% pet	1,08	0,31	0,77 (-1,01-2,54)
Imidazolidinil urea 2% pet	1,08	0,24	0,84 (-0,94-2,61)
Quaternium 15 1% pet	1,08	0,12	0,96 (-0,81-2,72)
Amcinonida 0,1% pet	1,08	0,12	0,96 (-0,81-2,72)
Clioquinol 5% pet	1,08	0,06	1,02 (-0,75-2,78)

aq: acqua; pet:petrolatum.

* Resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$); NE: alérgeno no estudiado.

en algunas pomadas, como Menaderm®, Tisuderma®, Irujol Neo®, Blastoestimulina®⁹.

Destaca la presencia de algunos corticosteroides tópicos como resultados positivos en un pequeño porcentaje de las pruebas epicutáneas, ya que este grupo farmacológico constituye la base del tratamiento de la DAC. Los resultados

positivos se encuentran entre las clases A (tixocortol) y B (budesonida, amcinonida) por lo que, en caso de sospecha de esta situación, sería recomendable emplear corticoides de clase D (butirato de hidrocortisona, prednicarboato, valerato o dipropionato de betametasona o dipropionato de clobetasol) y evitar la triamcinolona (clase B).

En conclusión, nuestro trabajo confirma la elevada sensibilización de los pacientes con UCP, inducida probablemente por el tratamiento tópico mantenido sobre piel dañada. Por ello, es aconsejable valorar la posibilidad de DAC en pacientes con UCP y dermatitis perilesional. La realización de pruebas epicutáneas permitirá retirar los alérgenos causantes y optimizar la pauta de curas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Machet L, Couhé C, Perrinaud A, Hoarau C, Lorette G, Vaillant L. A high prevalence of sensitization still persists in leg ulcer patients: A retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *Br J Dermatol*. 2004;150:929–35.
- Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Weber M, Schmutz JL. Ulcères de jambe, explorations allergologiques dans 359 cas. *Ann Dermatol Venereol*. 1999;126:131–5.
- Smart V, Alavi A, Coutts P, Fierheller M, Coelho S, Holness L, et al. Contact allergens in persons with leg ulcers: A Canadian study in contact sensitization. *Int J Low Extrem Wounds*. 2008;7:120–5.
- Scott HJ, Coleridge Smith PD, Scurr JH. Histological study of white blood cells and their association with lipodermatosclerosis and venous ulceration. *Br J Surg*. 1991;78:210–1.
- Bahmer FA, Lesch H. Density of Langerhans' cells in ATPase stained epidermal sheet preparations from stasis dermatitis skin of lower legs. *Acta Derm Venereol*. 1987;67:301–4.
- Barbaud A, Collet E, Le Coz C, Meaume S, Gillois P. Contact allergy in chronic leg ulcers: Results of a multicentre study carried out in 423 patients and proposal for an updated series of patch tests. *Contact Dermatitis*. 2009;60:279–87.
- D'Erme A, Iannone M, Dini V, Romanelli M. Contact dermatitis in patients with chronic leg ulcers: A common and neglected problem: a review 2000-2015. *J Wound Care*. 2016;25(Sup9): S23–9.
- Valois A, Waton J, Avenel-Audran M, Truchetet F, Collet E, Raison-Peyron N, et al. Contact sensitization to modern dressings: A multicentre study on 354 patients with chronic leg ulcers. *Contact Dermatitis*. 2014;72:90–6.
- CIMA: Centro de Información de Medicamentos [Internet]; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2019 [consultado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>.

D. Rizo-Potau, J. Riera-Monroig, Á. Pomar Matias y M. Alsina Gibert*

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malsina@clinic.cat (M. Alsina Gibert).