



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN DERMATITIS DE CONTACTO Y ALERGIA CUTÁNEA (GEIDAC)

Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) Madrid, 23 y 24 de octubre de 2015

Comunicaciones orales

1. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA SECUNDARIA A LOS ACRILATOS DE LAS PLACAS DE ELECTROESTIMULACIÓN (TENS)

B. González-Ponce, H. Morales-Moreno, G. Marrero-Alemán y L. Borrego-Hernando

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El progreso tecnológico ha supuesto que los enfermos estén cada vez más en contacto con dispositivos externos capaces de ocasionar dermatitis de contacto. Una manifestación de esta situación es la posibilidad de dermatitis de contacto ocasionada por las placas de TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

Caso clínico: Varón de 71 años de edad, con dolor incapacitante secundario a artrosis vertebral, que acude por presentar lesiones cutáneas en relación a las placas de TENS utilizadas desde dos semanas antes. Ha estado en tratamiento con TENS en los años previos sin lesiones. El paciente refería haber padecido durante más de 10 años una pulpitis fisurada en las manos. En la exploración el paciente presentaba cuatro placas rectangulares, dos en porción superior de la espalda y dos en área lumbar que delimitaban perfectamente el contorno de las placas de TENS aportadas por el paciente. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar española, batería de plásticos y colas (*Chemotechnique Diagnostics* (r)), batería (Met) Acrilatos (*Chemotechnique Diagnostics* (r)) y el producto propio que fueron positivas para HidroxiPropilmetacrilato (+++), Hidroxietilmetacrilato (++) , 1-6 hexanediol diacrilato (+), Tetraetilenglicol dimetacrilato (+), Metildibromo glutaronitrilo (+), Mezcla de fragancias II (++) , Hidroximetil-pentilciclohexano-carboxaldehído (Lyral (r)) (++) y el propio. El proveedor de las placas informó que el hidrogel que contenía el TENS estaba compuesto por agua, glicerina y un copolímero de acrilato. El paciente utilizó unas placas sin acrilatos con resolución del cuadro.

Discusión: El uso de TENS puede ocasionar dermatitis de contacto alérgica y, probablemente más frecuentemente, irritativa. La dermatitis alérgica por TENS ha sido descrita muy esporádicamente,

destacando el propilenglicol como alérgeno más frecuentemente. También se han descrito sensibilizaciones por mercaptobenzotiazol, níquel y ocasionalmente por acrilatos.

Conclusiones: Cuando se estudien dermatitis de contacto iatrógenas por dispositivos que se adhieran a la piel es necesario descartar sensibilización a acrilatos. La colaboración con los proveedores es fundamental para llegar a determinar la sustancia ocasionante de la dermatitis.

2. ERITEMA FIJO PIGMENTARIO MÚLTIPLE POR PROGESTERONA

G. Alhamwi^a, J.M. Carrascosa^a, H. Collgros^a, C. El Duque^b y C. Ferrándiz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Alergología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España.

Introducción: La dermatitis autoinmune por progesterona es una dermatosis infrecuente caracterizada por una erupción cíclica recurrente ocurrida durante la fase luteínica del ciclo menstrual atribuida a hipersensibilidad frente a la progesterona endógena.

Caso clínico: Mujer de 34 años. Refería la aparición, en los 2 últimos años, y siempre coincidiendo con la menstruación, de un exantema eruptivo en la región facial y en el tórax acompañado de astenia. Las lesiones aparecían siempre en idéntica localización y se resolvían pasados unos días, aunque dejaban una marcada hiperpigmentación. Negaba la toma de fármacos de forma habitual ni en los días de la menstruación. A la inspección se objetivaron máculas violáceas de distribución perioral, confluentes, así como algunas más de características similares en la parte alta del tronco, la axila y la mano. El estudio histológico reveló una dermatitis liquenoide con intensa eosinofilia y marcada incontinencia pigmentaria. En los estudios analíticos convencional y hormonal no se encontraron alteraciones. Se realizó intradermorreacción con progesterona al 1, 0,1 y 0,01% tanto en una zona de lesiones previas como en piel normal. En la lectura a los 30 minutos se comprobó el desarrollo de una pápula de 5 mm en la piel afectada y eritema de 1 cm en el antebrazo con la concentración al 1%. Las lesiones evolucionaron hacia un eritema leve en 48 h.

El patch test, prick test y TTL a distintas concentraciones fueron negativos. Con el diagnóstico de eritema fijo pigmentario por progesterona se inició tratamiento con levonorgestrel y etinilestradiol. Desde entonces, la paciente presenta solo un discreto eritema no acompañado de edema coincidiendo con la menstruación. Después de varios ciclos menstruales ha podido comprobarse una marcada mejoría de la hiperpigmentación postinflamatoria.

Discusión: Las manifestaciones clínicas de la dermatitis autoinmune por progesterona son variables, aunque la urticaria, la dermatitis y los episodios de eritema multiforme son los descritos con mayor frecuencia. Su expresión en forma de eritema fijo pigmentario, observado en nuestra paciente, es excepcional. En el presente caso, la asociación con el ritmo menstrual y la positividad de las pruebas realizadas permitieron sospechar el diagnóstico. La mejoría con el tratamiento anticonceptivo permitió refrendarlo y controlar el curso del proceso.

3. FOTOTOXICIDAD POR RUDA EN REMEDIO “ESOTÉRICO”

S. Córdoba, A. Freites, N. Puente, C. Martínez-Morán, A. Garrido y J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Caso clínico: Mujer de 33 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, anorexia nerviosa y depresión en tratamiento con levotiroxina, fluoxetina, clonacepam y cometiazol. Consulta por la aparición brusca en dorso de ambas manos de dolor, eritema y grandes ampollas de contenido transparente, similares a quemaduras sin causa aparente. Se pautó tratamiento con prednisona oral, amoxicilina-clavulánico y curas locales con fucidine crema con curación en 2-3 semanas, quedando una llamativa pigmentación residual difusa con respeto de las zonas cubiertas por anillos y delimitada en el extremo distal de ambas muñecas. Se realizó analítica completa, determinación de porfirinas en orina, MED UVA y UVB y fotoparches con baterías estándar y de fotoalergenos, que fueron normales. Interrogando a la paciente reconoció haberse bañado con un remedio elaborado con plantas, para alejar el “mal de ojo”, el día antes de la aparición de las lesiones. La aplicación en prueba abierta de este producto no produjo ninguna reacción, pero sí fue positiva cuando la aplicación se siguió de irradiación con UVA. El preparado utilizado por la paciente fue una decocción de ruda.

Discusión: La ruda es un arbusto que posee propiedades medicinales (abortivo, antiparasitario y analgésico) y un conocido efecto tóxico y fototóxico. En determinados países está muy extendido su uso como protección frente a supuestos malos espíritus.

Conclusiones: Presentamos un caso de fotofitodermatitis por ruda en relación con el uso de remedios esotéricos. La aparición de grandes ampollas clínicamente similares a quemaduras y la curación dejando pigmentación son muy sugestivas de fototoxicidad por plantas.

4. TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB DE UN PACIENTE CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA GRAVE E INFECCIÓN POR EL VHB CON AGHBS+

D. de Argila, C. Martínez Mera, T. Marusia Capusan, J. Sánchez-Pérez y E. Daudén

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: El omalizumab se ha mostrado seguro y eficaz en casos excepcionales de pacientes con asma o urticaria crónica espontánea (UCE) e infección crónica por el VHC.

Caso clínico: Mujer de 56 años, con antecedentes de asma sin tratar, que consulta por un cuadro de brotes de habones generalizados de más 10 años de evolución, clínicamente compatible con UCE, que trata por su cuenta con antihistamínicos 1 y cursos de prednisona oral cada vez más frecuentes. En el estudio complementario se detecta

una hipertransaminasemia y una serología para VHB con persistencia del AgHBs, que el servicio de digestivo decide no tratar de momento. Tras 1 año de tratamiento con omalizumab 300 mg sc cada 4 semanas, la paciente se encuentra asintomática (UAS7 = 0 en los últimos 6 meses) y sin tratamiento convencional para la UCE. Los controles analíticos y virológicos de la infección por VHB no han empeorado.

Discusión: El presente caso muestra la eficacia y la seguridad del omalizumab para el manejo también de casos de UCE con infección activa por el VHB. Estudios en linfocitos muestran cómo el omalizumab podría incluso inducir moléculas implicadas en la tolerancia al daño hepatocítico del virus.

5. DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA POR GEL DE KETOCONAZOL

B. Díaz Ley, G. Guhl, P. de la Cueva y A. Segurado

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España.

El ketoconazol es un antifúngico utilizado para el tratamiento de diferentes enfermedades comunes en el campo de la dermatología como la pitiriasis versicolor o la dermatitis seborreica. Presentamos el caso de dos pacientes que tras la aplicación de gel de ketoconazol de forma tópica desarrollaron un llamativo eccema irritativo de contacto. En ambos casos el tratamiento se realizó de forma inadecuada ya que los pacientes se aplicaron el gel sin aclararlo posteriormente. La aplicación del mismo aclarándolo después fue bien tolerada en los dos casos. El término gel puede llevar a confusión, dado que existen productos bajo este término que no requieren aclarado, como fotoprotectores, y por otro lado, también podemos encontrar productos jabonosos que sí lo requieren. Es necesario explicar detenidamente a nuestros pacientes cómo deben aplicarse este y otros tratamientos, haciendo especial hincapié en la necesidad de aclarado del mismo. En este trabajo se expondrán estos dos casos y además se hará una pequeña revisión de aquellos productos que por llevar a confusión acerca de su forma de aplicación es frecuente que provoquen eccemas de contacto de tipo irritativo.

6. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA AL KATHON CG® (CLOROMETILISOTIAZOLINONA/METILISOTIAZOLINONA) EN ALBACETE EN 2013-2015

S. Ezsol Lendvai, M.E. Gómez Sánchez, J.L. Aguda Mena, F. de Manueles Marcos y L. Pérez García

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: Kathon CG® (clorometilisotiazolinona/metilisotiazolinona: CLMI/MI) es un conservante ampliamente utilizado en cosméticos, productos de higiene, de limpieza doméstica y también a nivel industrial. En los últimos años se ha comunicado un aumento importante de pacientes con dermatitis de contacto alérgica (DCA) a Kathon, constituyendo un problema emergente en el ámbito de la alergia cutánea.

Objetivos: Conocer la prevalencia de sensibilización a este alérgeno en nuestra área sanitaria (190.00 habitantes) e investigar sobre las características epidemiológicas y clínicas relacionadas en pacientes sensibilizados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo: análisis de los datos de los pacientes mayores de 16 años que estudiamos con pruebas epicutáneas por sospecha de DCA en el periodo desde octubre de 2013 a mayo de 2015 en nuestro servicio. En todos los pacientes se realizó True Test® (Smartpractice DENMARK Aps, Hillerod, Dinamarca) ampliado con 5 alérgenos (Exilo 400, Paladium Cloruro, Fragancia Mix 2, Mercurio y Lactona Mix).

Resultados: Realizamos pruebas epicutáneas en 810 pacientes. Cincuenta (6,2%) presentaron positividad para CLMI/MI, casi todos con

relevancia actual y 3 con relevancia desconocida. Se observó predominancia de mujeres (72%). La media de edad fue 50,3 años (rango de 22-89). El 24% de los pacientes tenía antecedentes de atopía: dermatitis atópica, asma o rinitis alérgica. En cuanto a las localizaciones, observamos gran variabilidad, aunque la más frecuente fue la afectación de manos. El tiempo de evolución de las lesiones antes de realizar el test epicutáneo (calculando la fecha del primer brote) resultó de media de 12,5 meses (rango de 2-84). Encontramos alta frecuencia de cosensibilización: al excluir níquel y metales, 23 pacientes (46%) presentaban sensibilización a otros alérgenos con relevancia actual en 16 casos. Observamos polisensibilización en 17 pacientes definida como la presencia de sensibilización a 2 o más alérgenos no relacionados. Las fragancias resultaron los coalérgenos más frecuentes: positivos en 8 pacientes.

Conclusiones: Encontramos alta tasa de sensibilización al CLMI/MI en Albacete, confirmando los datos observados por otros estudios españoles. Destacamos el alto porcentaje de mujeres, siendo la fuente de exposición principal domiciliar y relacionada la mayoría de las veces con productos de higiene personal. En cuanto a las localizaciones, observamos gran variabilidad, siendo más frecuente la afectación de manos. Hemos encontrado altas tasas de co y polisensibilización sin contar con los metales. Las fragancias son los más frecuentes coalérgenos, excluyendo los metales. Todo esto puede contribuir a la variabilidad de la presentación clínica del eccema alérgico al CLMI/MI y dificultar su manejo clínico.

7. ESTUDIO DE CASOS DE PULPITIS AISLADA

F. Heras^a, B. Díaz-Ley^b, L. Martín^a y L. Requena^a

^aFundación Jiménez Díaz. ^bHospital del Sureste. Madrid. España.

Introducción: La afectación de los pulpejos de las manos es frecuente en diversas patologías, aunque suele ir acompañada de lesiones en otras zonas del cuerpo que apoyan el diagnóstico. Sin embargo, este es más difícil cuando la pulpitis es aislada.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes a los que se les realizaron pruebas epicutáneas entre febrero de 2012 y septiembre de 2015, destacando aquellos que presentaban afectación de los pulpejos de sus manos sin lesiones en otras zonas.

Resultados: Encontramos 10 pacientes con pulpitis aislada sobre un total de 357 pacientes parcheados. Se trataba de 6 mujeres y 4 varones. La edad media fue de 38 años. Cinco casos correspondieron a alguna patología endógena (3 con psoriasis; 2 con dermatitis atópica) y otros 5 casos a un eccema de contacto alérgico (3 por el dialil disulfido del ajo; 2 por acrilatos). Dos de los pacientes con pulpitis de contacto por ajo presentaban además lesiones en otras zonas que correspondían a patologías distintas (dermatitis atópica y psoriasis).

Discusión: La pulpitis aislada es un reto diagnóstico. Debe realizarse una anamnesis exhaustiva para encontrar factores endógenos que orienten principalmente hacia una dermatitis atópica o una psoriasis. El alérgeno del ajo y los acrilatos son muy frecuentes como causa de pulpitis aislada, aunque también se deben tener en cuenta otros alérgenos, como plantas, caínas, isocianatos, colofonia, etc. Todas estas moléculas tienen en común la posibilidad de contactar de forma breve y aislada con los pulpejos. Sin embargo, no es rara la coexistencia de una pulpitis de contacto y una patología endógena, quizá porque alérgenos e irritantes favorezcan los brotes de cuadros endógenos en individuos predispuestos.

8. EXANTEMA INTERTRIGINOSO Y FLEXURAL EN RELACIÓN CON MEDICACIÓN ANTIVIRAL SISTÉMICA

P. Leiva-Valdebenito, M. Rodríguez-Rodríguez, S. García-Rodiño, H. Vázquez-Veiga y V. Fernández-Redondo

Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Las reacciones adversas medicamentosas muestran un amplio espectro clínico en sus formas de presentación. El exantema intertriginoso y flexural simétrico (SDRIFE) corresponde a una reacción cutánea poco frecuente. Se comenta el caso de una paciente con clínica compatible en el transcurso de tratamiento sistémico para una afección viral.

Caso clínico: Mujer de 78 años, diagnosticada de herpes zóster torácico en tratamiento con brivudina oral. Acudió a urgencias por cuadro de 3 días de evolución, consistente en lesiones pruriginosas en zona glútea y raíz de extremidades, y que coincidió con el tercer día tras haber iniciado esta medicación antiviral. No presentó fiebre, malestar general ni otra clínica sistémica. No relató cambios en fármacos previos. A la exploración física se evidenció la presencia de placas eritematosas no infiltradas ni descamativas, de límites precisos que afectaban zona baja de tronco, región glútea, raíz de extremidades y flexuras de estas. Tras suspender medicación antiviral se realizó estudio complementario que no demostró alteraciones analíticas significativas. El estudio histopatológico arrojó datos de dermatitis de interfase, compatible con toxicodermia. Su evolución fue favorable con corticoides tópicos, al tiempo que se mantuvo su medicación habitual. Se realizaron pruebas epicutáneas con la medicación sospechosa tras un periodo de 2 meses.

Discusión: El síndrome del babuino (SB) fue descrito por primera vez en 1984 como una forma sistémica de dermatitis de contacto que ocurre en individuos previamente sensibilizados a la administración de ciertos alérgenos. Los primeros casos se asociaron a mercurio, níquel y algunos antibióticos. Su nombre guarda relación con la disposición que adoptaban las lesiones en zona genital y perianal, asemejando el aspecto de la cola de un babuino. Por otro lado, el SDRIFE se presenta en individuos sin historia de sensibilización previa. Este término fue utilizado por primera vez en 2004 y ha sido descrito en relación con el uso de ciertos antibióticos, agentes quimioterapéuticos y otros. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y consiste en un cuadro de eritema en región perianal y zonas flexurales, en el contexto de exposición a alguna droga sistémica, ya sea por primera vez o bien de forma repetida. No presenta afectación sistémica y las pruebas de laboratorio suelen ser normales. El estudio histológico es poco específico y puede mostrar infiltrado inflamatorio perivascular superficial. El test de parche solo es positivo en la mitad de los casos. El diagnóstico diferencial debe incluir las dermatitis de contacto, psoriasis invertida, intertrigo infeccioso, entre otros. De buen pronóstico, el tratamiento se fundamenta en la supresión del fármaco sospechoso, pudiéndose añadir el uso de emolientes y corticoides tópicos, así como corticoides sistémicos en casos de mayor afectación.

Conclusiones: Se presenta el caso de una paciente que cumple criterios clínicos de SDRIFE, situación poco frecuente. En la presente revisión no se encontró literatura que describa su asociación a brivudina.

9. OMALIZUMAB ES RÁPIDO Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

V. Gargallo, C. Gutiérrez García-Rodrigo, A.M. Delgado Márquez y F.J. Ortiz de Frutos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

La urticaria crónica espontánea es una enfermedad con un gran impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes, cuyo curso es imprevisible. Hasta ahora el tratamiento dependía únicamente del uso de antihistamínicos, antileucotrienos y ciclosporina. Sin embargo, estas opciones podían ser claramente insuficientes en algunos de los pacientes hasta que recientemente se aprobó la indicación de omalizumab para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea en nuestro país. Este medicamento es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une específicamente a la inmunoglobulina E. Hasta ahora la literatura ha recogido su efectividad a largo plazo,

pero no hay datos sobre la experiencia a corto plazo y su efecto en los pacientes. El objetivo de esta comunicación es compartir nuestra experiencia con este nuevo fármaco y describir la respuesta a corto plazo en 8 pacientes tratados en nuestro centro.

10. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PROPILENGLICOL: UN CASO CON RELEVANCIA PRESENTE Y PASADA EN RELACIÓN CON MÚLTIPLES PRODUCTOS PROPIOS

M.E. Gatica Ortega, E. Vera Iglesias, S. Honorato Guerra, A.B. Gargallo Quintero, O. García Olmedo, O. Ampuero Palma y C. Schöendorff

Introducción: El propilenglicol es ampliamente utilizado como vehículo en formulaciones tópicas en la industria cosmética y farmacéutica, así como en productos de higiene y productos alimenticios. Es un buen solvente y humectante, favorece la penetración de muchas sustancias químicas y es útil en los sistemas de liberación de drogas transdérmicas. Es una sustancia capaz de provocar tanto irritación como alergia.

Caso clínico: Paciente de 45 años de edad, locutora, con antecedentes personales de trombosis venosa profunda y úlceras en miembros inferiores secundarias a alteraciones genéticas de la coagulación en tratamiento con sintrom, rinoconjuntivitis alérgica, sensibilización a níquel y blastoestimulina[®]; fibromialgia y epiteloma basocelular pigmentado. Fue remitida a la consulta de eczemas por haber presentado lesiones eczematosas en relación con el tratamiento de una úlcera en tobillo izquierdo. Según refiere había iniciado tratamiento con intrasite[®] gel y 3 días después desarrolló eczema agudo con ampollas por lo que lo cambiaron a furacín[®] y acuacel[®] sin mejoría en pierna y con inicio de lesiones pruriginosas en miembros superiores. Posteriormente remitieron a dermatología, donde pautaron vaselina y fucidine[®]. Fue valorada también en cirugía vascular, donde se agregó celestoderm[®] al tratamiento porque tenía lesiones eczematosas en la úlcera. Refería tener intolerancia a múltiples champús, que ocasionaban prurito y descamación del cuero cabelludo desde hacía muchos años.

Material y métodos: Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería standard del GEIDAC, batería de cosméticos, batería de úlceras y 43 productos propios. Se realizó lectura a las 48, 96 horas y 7 días, siendo positivo: propilenglicol (++) , blastoestimulina[®] (+++), intrasite[®] (++) , furacín[®] (+). Los tres productos propios positivos contienen propilenglicol. Se indicó evitar dicho alérgeno, con mejoría importante del cuadro tanto de la pierna como el prurito y descamación del cuero cabelludo que presentaba desde hacía años.

11. METILISOTIAZOLINONA Y METILCLOROISOTIAZOLINONA: REACTIVIDAD *IN SITU* EN UN MODELO DE EPIDERMIS HUMANA RECONSTRUIDA

E. Giménez-Arnau, C. Debeuckeleare y J.P. Lepoittevin

Dermatochemistry Laboratory. University of Strasbourg-CNRS UMR 7177. Strasbourg, France.

La metilisotiazolinona (MI) es uno de los constituyentes de la mezcla metilcloroisotiazolinona (MCI)/MI (Kathon CG), utilizada como conservador-biocida e importante alérgeno de contacto. Al ser MI menos sensibilizante que MCI, su uso fue permitido individualmente en los cosméticos en 2005. De poder biocida inferior al de MCI, concentraciones superiores de MI son necesarias para mantener una actividad conservadora en los productos comerciales. Está hoy permitido a 100 ppm en los cosméticos. Sin embargo, MI se usa también en productos industriales (i.e. pinturas) sin reglamentación. El aumento de la exposición a MI ha provocado estos últimos años una epidemia de alergia de contacto a MI en Europa. En consecuencia, un nuevo cuestionamiento se ha planteado con respecto a la reactividad cruzada a veces descrita entre MI y MCI. En este estudio hemos evaluado la reactividad de MI y de MCI con las proteínas cutáneas y así el potencial de

formar un antígeno, primera etapa clave en toda sensibilización, en un modelo de epidermis humana reconstruida. El modelo (SkinEthic) consiste en un cultivo de queratinocitos, histológicamente similar a la piel humana. MI y MCI sintetizados conteniendo un carbono 13 en las posiciones reactivas han sido utilizados, en combinación con la resonancia magnética nuclear del carbono 13 y la técnica HR-MAS (*High Resolution Magic Angle Spectrometry*). Los resultados han revelado que MI es un hapteno específico de las cisteínas, con reactividad diferente a la de MCI, aportando una perspectiva nueva a la discusión sobre la reactividad cruzada entre MI y MCI.

12. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR ALCOHOL BENZÍLICO EN NIÑA DE 2 AÑOS

E. Gómez de la Fuente, L. Ascanio Armada, X. Rodríguez Vasquez, A. Pampín Franco y J.L. López Estebanz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: El alcohol benzílico es un alcohol aromático utilizado como conservante que además tiene propiedades anestésicas y anti-pruriginosas. Por ello es utilizado en numerosos cosméticos y medicamentos tópicos. A pesar de este amplio uso la sensibilización a este producto es poco frecuente.

Caso clínico: Una niña de 2 años, sin antecedentes personales de interés, acudió a urgencias por reacción eczematosa en hemicara derecha, en eritema y vesiculación. Previamente se había aplicado en dicha zona, como consecuencia de un arañazo, Bactroban pomada[®] y Cristalmina solución[®]. El cuadro cedió tras la aplicación de un corticoide tópico. Posteriormente se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, los productos propios implicados, así como sus componentes. Dichas pruebas mostraron positividad para Cristalmina solución[®] (+++) y alcohol benzílico (+++). El diagnóstico final fue eczema alérgico de contacto (EAC) por alcohol benzílico contenido en Cristalmina solución[®].

Discusión: A pesar de su amplio uso, el alcohol benzílico es una causa poco frecuente de EAC. No obstante, dado que va contenido en numerosos cosméticos y medicamentos tópicos, hay que tenerlo en mente. No hay que olvidar tampoco que puede presentar reacción concomitante con el bálsamo del Perú (al ser parte de su constitución) y otras fragancias, y puede constituir una "fragancia oculta". Este caso resalta además la importancia de realizar pruebas epicutáneas con los productos propios y la posibilidad de EAC en niños de corta edad.

13. SENSIBILIZACIÓN AL NÍQUEL: DE ESCASA RELEVANCIA A ¿NUEVO RETO DIAGNÓSTICO?

M.A. González de Domingo, E. López-Negrete Arenal, M. Sigüenza Sanz, I. Salguero Fernández, F. Alfageme Roldán, M. Hospital Gil, R. Cabezas y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

La sensibilización al níquel continúa siendo elevada aunque su relevancia es baja. En las revisiones bibliográficas encontramos numerosas publicaciones en diferentes especialidades, relacionadas con la aparición de distintos cuadros cutáneos en pacientes portadores de prótesis o dispositivos metálicos, en los que la sensibilización al níquel juega un papel fundamental. Hace más de 7 años se describió el S sistémico de la alergia al níquel, cuadro a tener en cuenta en pacientes con lesiones cutáneas y sistémicas, tras ingesta de alimentos ricos en níquel. Se presenta el caso de una paciente de 50 años con cuadro cutáneo de 4 años de evolución y portadora de material de osteosíntesis desde hacía 30. Las lesiones se agravaban con ingesta de tomate y judías verdes. Se realiza estudio alérgico mediante pruebas epicutáneas y biopsia de las lesiones. La paciente se encuentra asintomática tras efectuar tratamiento específico.

14. DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL EN MANOS DE PROFESIONALES SANITARIOS

D. González-Vilas, J. García-Gavín, L. Pérez-Pérez, F. Allegue Rodríguez y A. Zulaica

Servicio de Dermatología-EOXI Vigo-SERGAS. Pontevedra. España.

Las isotiazolinonas son compuestos orgánicos heterocíclicos con actividad bactericida, algicida y fungicida. En la Unión Europea está aprobado el uso como conservantes en cosméticos de dos de estas moléculas, la metilcloro/metilisotiazolinona (MCI/MI) y la metilisotiazolinona (MI). La MCI/MI es una mezcla 3/1 de 5-cloro-2-metil-2H-isotiazolin-3-ona y 2-metil-2H-isotiazolin-3-ona. Su uso está limitado a 7,5 p.p.m. en productos destinados a ser aclarados tras su contacto con la piel, como jabones, geles y champús. A pesar de esto, al ser un sensibilizante muy frecuente, continúa siendo un contactante muy prevalente cuya alergia conviene descartar en todos aquellos pacientes con eccema que utilicen productos con esta sustancia. Reunimos la casuística del personal sanitario de nuestro hospital que han sido parchados por sospecha de eccema de manos en relación con el uso de jabón utilizado en su puesto de trabajo. El eccema de manos es la dermatosis ocupacional más frecuente, en la que la etiología alérgica supone aproximadamente la mitad de los casos. El trabajo en entornos húmedos, la oclusión (por empleo de guantes) y el lavado de manos frecuente son los principales factores de riesgo implicados. Por este motivo, los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en unidades especializadas que requieren medidas de higiene intensivas, conforman un grupo de riesgo especial. A pesar de que raras veces se considera, el jabón con el que el paciente se lava las manos en su puesto de trabajo es un desencadenante o agravante frecuente de las lesiones. En este sentido es importante que las formulaciones empleadas contengan los menos alérgenos posibles. Sin embargo, es frecuente ver productos de higiene de manos con MCI/MI, sustancia altamente sensibilizante y con capacidad de elicitar clínica incluso a bajas concentraciones. Los casos expuestos ilustran tanto la necesidad de un adecuado estudio de los enfermos con eccema de manos (incluyendo siempre pruebas epicutáneas) como la conveniencia de adoptar medidas de prevención primaria y secundaria en los pacientes que por su trabajo estén obligados a realizar un lavado de manos frecuente. Utilizar formulaciones con conservantes alternativos, preferentemente sin fragancias, y fomentar el uso de soluciones hidroalcohólicas permitiría evitar gran parte de los casos de dermatitis alérgica de contacto en los profesionales sanitarios.

15. ¿ES ÚTIL AÑADIR UNA SERIE DE COSMÉTICOS A LA SERIE ESTÁNDAR DEL GEIDAC? EXPERIENCIA PROPIA DURANTE UN PERIODO DE 2 AÑOS

R. González Pérez, A. Urtaran Ibarzabal, S. Heras González, M.I. Martínez González y V. Fatsini Blanch

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

Introducción: Se estima que las series estándares identifican entre el 70-80% de los alérgenos responsables de las dermatitis alérgicas de contacto, pudiendo dejar de diagnosticar sensibilizaciones a alérgenos presentes en cosméticos.

Objetivos: Determinar la utilidad de añadir una serie de cosméticos a la serie estándar del GEIDAC en pacientes con sospecha de dermatitis alérgica de contacto por cosméticos.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda retrospectiva de los casos estudiados con una serie adicional de cosméticos durante un periodo de 2 años (2013-2014), empleando para ello la base de datos disponible en la unidad de alergia cutánea de nuestro servicio.

Resultados: Durante un periodo de 2 años se han parchado 436 pacientes, colocándose en 125 de ellos, además de la serie estándar del GEIDAC, una serie adicional de cosméticos (Chemotechnique, Suecia).

De estos 125 pacientes, el 85% eran mujeres con una edad media de 49 años, siendo las localizaciones más frecuentes de los eccemas las regiones facial (35,8%) y palpebral (29,3%). En 24 pacientes se evidenció alguna positividad con la serie de cosméticos, observándose en 11 de ellos positividades a alérgenos presentes en dicha serie no detectadas con la serie estándar del GEIDAC. De estos 11 pacientes, en 5 casos se determinó una relevancia presente, y de estos 5, 1 correspondía a una sensibilización al MCI/MI no diagnosticada con el True test®. **Conclusiones:** En nuestra experiencia solo 4 de los 125 pacientes (3,2%) parchados conjuntamente con la serie estándar del GEIDAC y una serie de cosméticos mostraron positividades relevantes frente a alérgenos presentes exclusivamente en dicha serie complementaria. Ninguno de los 37 pacientes con eccema palpebral presentó positividades relevantes con la serie de cosméticos.

16. ANTIHISTAMÍNICOS COMO FACTORES EXACERBANTES DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA. UNOS CASOS EXCEPCIONALES EN LOS QUE OMALIZUMAB DEVIENE TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA

G. Deza, L. García-Colmenero, L. Curto-Barredo, R.M. Pujol y A.M. Giménez-Arnau

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Los antihistamínicos son los fármacos más utilizados en enfermedades alérgicas, debido a su probada eficacia, seguridad y tolerancia. La aplicación tópica provoca frecuentemente sensibilización a los pacientes; sin embargo, reacciones adversas cutáneas en relación con su uso sistémico son poco frecuentes.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de pacientes afectados por urticaria crónica espontánea (UCE) en los que los antihistamínicos se comportaban como factores exacerbantes de la urticaria, con empeoramiento de los síntomas al cabo de minutos de su administración oral. En ambos casos las pruebas de provocación cutánea (prick e intradermorreacción) mostraron positividad para todos los antihistamínicos testados. El tratamiento con ciclosporina resultó ineficaz para el control de la urticaria, y actualmente ambos pacientes se encuentran bajo tratamiento con omalizumab, con buen control de la enfermedad.

Discusión: Los antihistamínicos se han visto involucrados en algunos casos como factores inductores o exacerbantes de reacciones urticariformes. El mecanismo inmunológico implicado no se conoce con exactitud; probablemente se deba a una reacción de hipersensibilidad tipo I o a polimorfismos en los receptores de la histamina. Reacciones cruzadas entre fármacos de la misma familia de antihistamínicos obligan a buscar alternativas terapéuticas de tercera línea, tales como ciclosporina, montelukast u omalizumab.

Conclusiones: Los antihistamínicos pueden actuar como exacerbantes de reacciones urticariformes. En casos de sospecha, se deben realizar pruebas de provocación cutánea para confirmarlos. Omalizumab puede ser la primera línea de tratamiento de UCE en casos de alergia a múltiples fármacos antihistamínicos.

17. POIQUILODERMIA CERVICAL EN LA DERMATITIS ATÓPICA, UN SIGNO CLÍNICO QUE NO PODEMOS OLVIDAR

C. Gutiérrez García-Rodrigo, V. Gargallo Moneva, A. Delgado Márquez y J. Ortiz de Frutos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

La hiperpigmentación reticulada de la parte anterolateral del cuello se describió en 1987 como un signo clínico característico de los adultos con dermatitis atópica severa, que en sus formas más avanzadas podía asociar atrofia, hipopigmentación y telangiectasias, completando así la constelación de signos que define a la poiquilodermia. Estos cambios cutáneos se han relacionado principalmente

con la inflamación crónica y los efectos de los corticoides. Actualmente, no es muy frecuente encontrar dicho hallazgo clínico por los avances terapéuticos y las alternativas que existen a los corticoides. La mayor parte de la literatura encontrada sobre este tema es del siglo XX, donde se estudiaron, además de las características clínicas, sus hallazgos histológicos, destacando el aumento de melanina en la epidermis y de melanófagos en la dermis y la degeneración de las fibras elásticas. Presentamos nuestra experiencia clínica en la consulta monográfica de eccemas desde marzo a junio de 2015 (4 meses), donde solo observamos 4 casos de poiquilodermia cervical, todos ellos con dermatitis atópica severa, presentando antecedentes de eritrodermia y necesidad de varios ingresos y tratamientos sistémicos para control de la enfermedad, que es la mejor opción para mejorar y prevenir estos cambios cutáneos.

18. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ESTUDIO DE ECCEMAS “DISHIDRÓTICOS”

M. Hervella Garcés, L. Loidi Pascual, M. Larrea García, A. Agulló Pérez e I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El eccema dishidrótico o dermatitis vesiculosa palmar aguda y recurrente (DVP) es un motivo de estudio frecuente en la unidad de eccema de contacto.

Métodos: Se investigaron las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de todos los pacientes estudiados por DVP en los 10 últimos años. Todos fueron sometidos a anamnesis, exploración completa, estudio con serie estándar GEIDAC ampliada más otras series y pruebas cuando fue preciso. Se realizó al menos una visita de seguimiento a los 3 meses.

Resultados: Entre 2005-2015 se estudió a 267 pacientes con DVP. El índice MOAHLFA para este grupo fue: 40,1-14,2-21,7-100-2,2-5,6-47,9. Tras el estudio se estableció un diagnóstico específico en un 79% de los casos, los más frecuentes psoriasis (20,2%), dermatitis atópica (DA, 18,4%) y dermatitis alérgica de contacto (DCA, 16,1%). Cuarenta y seis pacientes (17,2%) tuvieron más de un diagnóstico principal, la mayoría DCA asociada a otro cuadro. Un 15,4% fueron diagnosticados de DVP sin otra especificación. Hubo pequeñas diferencias poco significativas en la distribución de diagnósticos en función de variables como el sexo o la afectación de piel acral-solo o también de otras localizaciones. Las sensibilizaciones alérgicas de contacto relevantes más comunes en estos pacientes fueron a isotiazolinonas, metales, perfumes y medicamentos tópicos.

Discusión: El término “eccema dishidrótico” es clínicamente evocador y fácil de reconocer, pero sin otra especificación aporta poco significado diagnóstico. En nuestra experiencia su estudio en una unidad especializada permite en la mayoría de los casos establecer un diagnóstico causal específico, y en nuestra serie fue especialmente frecuente la psoriasis dishidrosiforme.

Conclusiones: El estudio de las DVP es necesario. Consideramos que el término “DVP” rara vez es aceptable como diagnóstico y debería limitarse a aquellos casos en los que después de un estudio completo resulte imposible encontrar una causa.

19. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRÓNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

L. García-Colmenero, G. Deza, L. Curto-Barredo, R.M. Pujol y A.M. Giménez-Arnau

Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Algunos autores se han planteado el papel de las pruebas epicutáneas en el manejo diagnóstico-terapéutico de la urticaria crónica, con resultados dispares en los diferentes estudios publicados en la

literatura. Presentamos un estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de Estudio de la Urticaria Crónica del Hospital del Mar, en el que se analizan los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas en pacientes con urticaria evaluados entre los años 2001 y 2013. Se realizaron pruebas epicutáneas en pacientes con urticaria que, independientemente de esta, presentaban clínica sugestiva de dermatitis de contacto. Se analizaron 1.017 pacientes (549 urticarias crónicas espontáneas, 248 crónicas inducibles, 200 agudas y 20 angioedemas aislados), de los cuales 308 (30,3%) tenían pruebas epicutáneas realizadas (el 43% de las urticarias agudas, el 31,5% de las crónicas inducibles y el 24,8% de las crónicas espontáneas). No encontramos diferencias entre los alérgenos más prevalentes hallados en los pacientes con urticaria (sulfato de níquel, cloruro de cobalto, bálsamo de Perú, metilisotiazolinona, metilisotiazolinona asociada a metilcloroisotiazolinona, parafenilendiamina, formaldehído, hidróxido de limonene y linalol y dicromato potásico, por este orden) respecto a la población parchada en la consulta de dermatología, independientemente del diagnóstico, en el año 2014 en nuestro hospital, ni tampoco en el porcentaje de positividad entre los dos grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las positividads según subtipos de urticaria. Clínicamente los alérgenos con resultados positivos fueron relevantes sobre la dermatitis de contacto, pero no sobre la urticaria. En conclusión, no se deben realizar pruebas epicutáneas a los pacientes con urticaria crónica, a no ser que tengan clínica sugestiva de dermatitis de contacto.

20. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PEG-7 MONOOLEATO

L. Loidi Pascual, C. Conejero del Mazo, M. Hervella Garcés e I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Caso clínico: Mujer de 28 años y fisioterapeuta que presentaba lesiones eccematosas en cara palmar y lateral de ambas manos y muñecas de 6 meses de evolución, que mejoraron con el uso de corticosteroides tópicos. Ella lo relacionaba con el uso de dos productos en su lugar de trabajo, con los que daba masajes a sus pacientes. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada del GEIDAC, la de cosméticos y fragancias, así como los dos productos propios sospechosos. Se objetivó una reacción ++ el día 4 con uno de los productos propios (Chemodol®), así como con el test de uso. Se realizaron pruebas adicionales con los ingredientes individuales de este producto suministrados por el fabricante, que produjeron reacciones ++ los D2 y D4 para polietilenglicol (PEG)-7 monooleato. Finalmente se testaron el ácido oleico y varios derivados del PEG, no encontrando reacciones a ninguno de ellos.

Discusión: La molécula PEG-7 monooleato está formada por la esterificación del ácido monooleico y un polímero que contiene siete moléculas de etilenglicol. Se utiliza principalmente como vehículo para facilitar la penetración de diferentes productos tópicos en la piel. La alergia de contacto al ácido oleico no ha sido previamente descrita. La alergia al PEG y sus derivados, a pesar de su extendido uso, es muy rara. Este caso ilustra la especificidad molecular de la sensibilización de contacto a los derivados del PEG. Además, pone de manifiesto la importancia de parchear los productos propios y sus ingredientes.

21. DERMATITIS DE CONTACTO SISTÉMICA POR PREDNISONA ORAL

P. Manrique Martínez, I. Albizua Fernández y P. Cea Ugarte

Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao. Bilbao. Vizcaya. España.

Mujer de 86 años, con pluripatología y medicación crónica habitual. Como antecedentes de interés de este caso, destacar que 10 años

antes, y en este mismo servicio, fue diagnosticada de dermatitis alérgica de contacto con sensibilización positiva y relevante a pivalato de tixocortol y clobetasol dipropionato. No nos consta que en este periodo de 10 años haya tenido lesiones cutáneas compatibles con eczema y/o toxicodermia. Acude al servicio por cuadro de lesiones cutáneas pruriginosas y dolorosas localizadas en pliegues axilares, inguinales, submamaros y genitocrurales, de 48-72 horas de evolución, iniciadas a las 24 horas de haber iniciado tratamiento vía oral con prednisona y un complejo vitamínico B. Exploración dermatológica: placas eritematoedematosas bilaterales y simétricas en las localizaciones referidas. No afectación de mucosas, no signo de Nikolsky, no afectación ungueal ni de cuero cabelludo. La paciente fue tratada con retirada de los fármacos de reciente introducción (prednisona y complejo vitamínico) e instauración de antihistamínicos vía oral, con resolución completa del cuadro en 2 semanas. El estudio alérgico epicutáneo realizado 3 meses después mostró positividad a prednisona, pivalato de tixocortol y clobetasol dipropionato. Resto negativo.

22. MANEJO DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA SIGUIENDO LAS INDICACIONES DE LA GUÍA EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO

I. Marín-Cabañas^a, L. Berbegal^b, F. de León^b, P. Hispán^b y J.F. Silvestre^b

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante. ^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción y objetivos: La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad prevalente con una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas y la respuesta terapéutica de los pacientes con UCE actuando según la guía de consenso EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo transversal que incluyó todos los pacientes con UCE visitados en una consulta específica de alergia cutánea de un hospital terciario en España desde julio de 2011 hasta julio de 2015. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, resultados de pruebas complementarias y de respuesta terapéutica.

Resultados: 100 pacientes con UCE participaron en el estudio. El 43% asociaba una urticaria inducible. El 40% asociaba angioedema. El 53% tomaba antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes fueron tratados con antihistamínicos-H1 de nueva generación, pero solo un 18,2% se controló con dosis licenciadas, mientras que el aumento hasta a cuatro veces la dosis logró controlar el 74,7% de los pacientes. Los pacientes con angioedema requirieron dosis mayores de antihistamínicos-H1 que los pacientes sin angioedema para el control de la UCE, siendo el angioedema un factor asociado a falta de respuesta a tratamiento con antihistamínicos (OR 6,1% $p < 0,001$). De los 100 pacientes con UCE, uno de cada cuatro pacientes no respondió a antihistamínicos-H1 de nueva generación y requirieron omalizumab o ciclosporina para su control.

Conclusiones: La evitación de AINE no es práctica habitual en los pacientes con UCE. Se precisa la utilización de antihistamínicos-H1 de nueva generación a dosis más altas de las licenciadas en la mayoría de los casos. El angioedema se asocia a falta de respuesta al tratamiento con antihistamínicos. El omalizumab y la ciclosporina logran controlar los casos refractarios.

23. ECZEMA DE CONTACTO ALÉRGICO IATROGÉNICO

C. Martínez-Mera, M. Herrero-Moyano, C. Camarero-Mulas, D. Argila y J. Sánchez Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. España.

La sensibilización de contacto a corticoides tópicos es poco frecuente en nuestro medio y a menudo supone un reto diagnóstico para el dermatólogo, siendo más frecuente en edades avanzadas. Presentamos a una mujer de 58 años que hace 10 días notó la aparición simultánea de 3 placas eritematosas pruriginosas en ambos muslos. Tras la aplicación de Adventán crema durante 3 días se han extendido progresivamente, por lo que acude a la consulta. Tras ser evaluada se diagnostica de eccema de contacto y se inicia tratamiento con deflazacort en pauta descendente con remisión clínica de las lesiones. Las pruebas epicutáneas con la serie estándar GEIDAC, serie de corticoides, serie de cosméticos y propios resultaron positivas a la budesonida, el 17-butilato de hidrocortisona, el dipropionato de betametasona, el propionato del clobetasol, el prednicarboato, el aceponato de metilprednisolona, el valerato de betametasona y el furoato de mometasona. La metilclorisoiazolinona, la metilcloroisotiazolinona, la budesonida, el 17-valerato de betametasona, el pivalato 21 de tixocortol, el dipropionato de alclometasona, y la dexametasona-21-fosfato sal disódica y el Adventan. El ROAT con Adventan crema fue positivo en el D4. El eccema alérgico de contacto por corticoides tópicos habitualmente se caracteriza por presentar lesiones eczematosas subagudas o crónicas, aunque en raras ocasiones pueden aparecer eccemas más agudos como en nuestro caso. La identificación de estas sensibilizaciones de contacto puede evitar posibles reacciones sistémicas y potencialmente graves.

24. USO DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS EN LA REGIÓN DE MURCIA

P. Mercader García^a, V.J. Rausell Rausell^b y R. Herrero Delicado^b

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^bServicio Murciano de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Murcia. España.

Introducción: Los corticoides tópicos son uno de los medicamentos más usados en dermatología. Existen diversos tipos de corticoides según su actividad antiinflamatoria o su estructura química; la utilización de uno u otro depende en gran medida tanto de la experiencia del prescriptor como de la patología del paciente o la localización de las lesiones. Sin embargo, no existen estudios sobre los hábitos de prescripción de los distintos corticoides tópicos en nuestro medio.

Objetivos: Estudio descriptivo sobre la prescripción de corticoides tópicos en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) durante el año 2013.

Material y métodos: A través de la aplicación corporativa de Análisis de Negocio (AdN-Farmacia) se obtuvo el número de envases de los distintos corticoides tópicos (Grupo Terapéutico ATC: D07), prescritos en receta médica oficial y facturados al Servicio Murciano de Salud por las oficinas de farmacia de la CARM en 2013. Los datos se agruparon por áreas de salud y se agregaron también por edad y sexo.

Resultados: Los corticoides más prescritos en la CARM durante el año 2013 fueron el aceponato de metilprednisolona (3.374 envases/10.000 habitantes/año), seguido de la betametasona (2.964 envases/10.000 habitantes/año), la beclometasona (2.267 envases/10.000 habitantes/año), el prednicarboato (1.812 envases/10.000 habitantes/año), el clobetasol (1.330 envases/10.000 habitantes/año) y el butirato de hidrocortisona (776 envases/10.000 habitantes/año). Los corticoides fueron más usados en el grupo de edad de 0 a 4 años y con un segundo pico en los mayores de 60 años.

Discusión: Los corticoides más usados en la CARM son aquellos de potencia alta o muy alta. La utilización durante los primeros años de la infancia, posiblemente esté relacionada con la prevalencia de la dermatitis atópica en esa etapa de la vida. El pico posterior en edades avanzadas puede estar relacionado con la prevalencia de otras enfermedades dermatológicas como la psoriasis o la dermatitis seborreica.

25. DERMATITIS DE CONTACTO SISTÉMICA POR CORTICOIDES TÓPICOS

F.J. Miquel^a y J. Montoro^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Alergología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Presentamos un caso de dermatitis de contacto por corticoides tópicos en un paciente de 73 años. La manifestación inicial fue eccema subagudo en la zona de aplicación que se generalizó en los días subsiguientes en forma de erupción maculopapular sugestiva de toxicodermia. La reacción ocurrió en el postoperatorio de una implantación de prótesis total de rodilla y el diagnóstico no fue claro hasta que se realizaron las pruebas epicutáneas 5 meses después. Inicialmente el paciente presentó eccema en la zona del campo operatorio donde se aplicó durante la intervención un apósito adhesivo. En principio se sospechó una dermatitis de contacto alérgica o irritativa en relación con este apósito y se pautó crema de betametasona + gentamicina tópica. En los días siguientes el paciente mostró agravamiento local de las lesiones y aparición de lesiones maculopapulares confluyentes de distribución simétrica y generalizada, que se interpretaron como una erupción medicamentosa. Las pruebas epicutáneas con la serie basal española mostraron sensibilización a diferentes alérgenos: dicromato potásico +, mezcla de fragancias I +, mezcla carba ++, budesonida +, tixocortol 21-pivalato ++ e hidrocortisona 17-butilato +. El apósito utilizado en la intervención fue negativo. Unas semanas después se parchó la serie de corticoides de Martí Tor, obteniéndose múltiples positividads (betametasona-17-valerato, clobetasol-17-propionato, desoximetasona, dexametasona 21-fosfato, triamcinolona acetónido), la mayoría con fenómeno de halo. También se testaron dos cremas que aportaba el paciente (Fluticrem y Diprogenta), siendo ambas positivas. El paciente fue estudiado en el servicio de alergología demostrando tolerancia a deflazacort oral e hidrocortisona parenteral. Durante el estudio, el paciente presentó una reacción cutánea maculopapular de predominio en flexuras, 48 h tras la administración oral de metilprednisolona. Este caso ilustra la dificultad diagnóstica que presenta la sensibilización de contacto a corticoides y sus potenciales implicaciones sistémicas. Además, muestra la dudosa utilidad práctica de la clasificación en grupos antigénicos de los corticoides, señalando la importancia de realizar un estudio individualizado en cada paciente.

26. DERMATITIS DE CONTACTO POR ABITOL E IMIDAZOLIDINIL UREA EN PACIENTE CON ENCOPRESIS Y ENURESIS

M.M. Otero-Rivas^a, I. Ruíz-González^b, L.M. Valladares-Narganes^b, S. Delgado-Vicente^b y M.A. Rodríguez-Prieto^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ^bServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: La mayoría de productos derivados de la colofonia o resina han demostrado ser potentes alérgenos, siendo el ácido abiético el principal sensibilizante. Sin embargo, el abitol, o alcohol hidroabiético, es considerado un alérgeno débil. Se encuentra, entre otros, en adhesivos, apósitos y vendajes. Los liberadores de formaldehído son sustancias que pueden liberar formaldehído durante su descomposición o que son sintetizadas a partir de este. De entre ellos, la imidazolidinil urea es un conservante antimicrobiano de amplio espectro empleado en cosméticos y formulaciones farmacéuticas tóxicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 13 años, sin alergias medicamentosas conocidas, asmático, con empleo ocasional de broncodilatadores y con encopresis-enuresis a seguimiento en consultas de pediatría, de donde nos es remiti-

do. El paciente presentaba lesiones eritematosas, empastadas, en pubis, glúteos, ingles y raíz de miembros inferiores. Las lesiones dibujaban de manera significativa el área del bañador y respetaban los pliegues cutáneos. Además, presentaba en ambas axilas unas placas eritematosas levemente maceradas. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar GEIDAC, la serie colorantes textiles y la serie cosméticos, obteniendo a las 96 horas reacciones positivas a abitol (+) e imidazolidinil urea (+). Estas positividads, aunque débiles, fueron interpretadas como relevantes, mejorando la clínica del paciente tras la evitación de los mencionados alérgenos.

Discusión: Creemos adecuado el estudio mediante pruebas epicutáneas de las dermatitis del área genitocrural de curso crónico en niños no lactantes y adultos, ya que, aunque en su mayoría sean de origen irritativo, es frecuente la sensibilización a preparaciones tóxicas empleadas en el cuidado del área.

27. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FILTRO SOLAR

M.A. Pastor-Nieto, R. Pérez-Mesoneros, V. Melgar-Molero, F. Alcántara-Nicolás, A. Ballano-Ruiz, P. González-Muñoz, A. Martín Fuentes, A. Vergara-Sánchez, E. Jiménez Blázquez, C. Sánchez Herreros y E. de Eusebio Murillo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

El uso de filtros solares se ha incrementado gradualmente en los últimos años en paralelo a la concienciación sobre el efecto carcinogénico de la radiación UV. La prevalencia de sensibilización a estos productos es baja. Las benzofenonas son los agentes sensibilizantes más frecuentes dentro de los filtros solares. Además de las sustancias empleadas como fotoprotectores, se han descrito otros ingredientes como causa de DAC en estos productos. Mujer de 30 años sensibilizada a polen de gramíneas y con urticaria dermatográfica, peluquera de profesión, que consultó por lesiones intensamente pruriginosas en labio superior de un mes de evolución que había tratado con aciclovir tópico sin mejoría, con diseminación progresiva de las lesiones a párpados superiores e inferiores, frente, puente nasal, mejillas y área submentoniana, consistentes en placas eritematoedematosas costrosas. La paciente fue diagnosticada de eccema agudo y tratada satisfactoriamente con corticoides en pauta descendente. Se realizaron pruebas de contacto con las baterías estándar (GEIDAC), cosméticos, fragancias y propios, obteniéndose solo resultados positivos para el filtro solar Isdin Ultra 100 active unify (+? en D2 y ++ en D4). La paciente recuerda que las lesiones se iniciaron en el labio superior y admite haber utilizado el producto en esa misma zona varias veces al día los 2 meses previos al inicio de las lesiones como tratamiento del melasma que padecía. Se realizaron pruebas adicionales de parche y fotoparche con la serie de fotoalérgenos e ingredientes del filtro solar facilitados por el fabricante y parche con la serie de peluquería, obteniéndose resultados positivos nuevamente con el propio tal cual y con feniletil resorcinol, componente del filtro solar, tanto en parche como en fotoparche. Los controles con ambos fueron negativos. Se presenta el segundo caso de eccema de contacto por feniletil resorcinol y el primero secundario a la aplicación de un filtro solar. El feniletil resorcinol es un inhibidor de la tirosinasa empleado como despigmentante en productos cosméticos. El presente caso pone de manifiesto que no todos los eccemas secundarios a la aplicación de filtros solares se relacionan con los agentes fotoprotectores que contienen. Dada la amplia variedad de filtros disponibles en la actualidad destinados a pieles con problemas específicos y, por ello, con una amplia variabilidad en su composición, cabe esperar la aparición de eccemas menos previsibles relacionados con otros ingredientes diferentes de los compuestos con función fotoprotectora per se incluidos en las series de filtros solares y fotoalérgenos.

28. ¿ES ÚTIL AÑADIR UNA SERIE DE COSMÉTICOS A LA SERIE ESTÁNDAR DEL GEIDAC? EXPERIENCIA PROPIA DURANTE UN PERIODO DE 2 AÑOS

R. González Pérez, A. Urtaran Ibarzabal, S. Heras González, M.I. Martínez González y V. Fatsini Blanch

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

Introducción: Se estima que las series estándares identifican entre el 70-80% de los alérgenos responsables de las dermatitis alérgicas de contacto, pudiendo dejar de diagnosticar sensibilizaciones a alérgenos presentes en cosméticos.

Objetivos: Determinar la utilidad de añadir una serie de cosméticos a la serie estándar del GEIDAC en pacientes con sospecha de dermatitis alérgica de contacto por cosméticos.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda retrospectiva de los casos estudiados con una serie adicional de cosméticos durante un periodo de 2 años (2013-2014), empleando para ello la base de datos disponible en la unidad de alergia cutánea de nuestro servicio.

Resultados: Durante un periodo de 2 años se han parcheado 436 pacientes, colocándose en 125 de ellos, además de la serie estándar del GEIDAC, una serie adicional de cosméticos (Chemotecnique, Suecia). De estos 125 pacientes, el 85% eran mujeres con una edad media de 49 años, siendo las localizaciones más frecuentes de los eccemas las regiones facial (35,8%) y palpebral (29,3%). En 24 pacientes se evidenció alguna positividad con la serie de cosméticos, observándose en 11 de ellos positividades a alérgenos presentes en dicha serie no detectadas con la serie estándar del GEIDAC. De estos 11 pacientes, en 5 casos se determinó una relevancia presente; y de estos 5, 1 correspondía a una sensibilización al MCI/MI no diagnosticada con el True test®.

Conclusiones: En nuestra experiencia solo 4 de los 125 pacientes (3,2%) parcheados conjuntamente con la serie estándar del GEIDAC y una serie de cosméticos mostraron positividades relevantes frente a alérgenos presentes exclusivamente en dicha serie complementaria. Ninguno de los 37 pacientes con eccema palpebral presentó positividades relevantes con la serie de cosméticos.

29. ECCEMA DE CONTACTO ALÉRGICO IATROGÉNICO

C. Martínez-Mera, M. Herrero-Moyano, C. Camarero-Mulas, D. Argila y J. Sánchez Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: La sensibilización de contacto a corticoides tópicos es poco frecuente en nuestro medio y a menudo supone un reto diagnóstico para el dermatólogo, siendo más frecuente en edades avanzadas.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 58 años que hace 10 días notó la aparición simultánea de 3 placas eritematosas pruriginosas en ambos muslos. Tras la aplicación de Adventán crema durante 3 días se han extendido progresivamente, por lo que acude a la consulta. Tras ser evaluada se diagnostica de eccema de contacto y se inicia tratamiento con deflazacort en pauta descendente con remisión clínica de las lesiones. Las pruebas epicutáneas con la serie estándar GEIDAC, serie de corticoides, serie de cosméticos y propios resultaron positivos a la budesonida, el 17-butilato de hidrocortisona, el dipropionato de betametasona, el propionato del clobetasol, el prednicarbate, el aceponato de metilprednisolona, el valerato de betametasona y el furoato de mometasona. La metilisotiazolinona, la metilcloroisotiazolinona, la budesonida, el 17-valerato de betametasona, el pivalato 21 de tixocortol, el dipropionato de alclometasona, y la dexametasona-21-fosfato sal disódica y el Adventan. El ROAT con Adventan crema fue positivo en el D4.

Discusión: El eccema alérgico de contacto por corticoides tópicos habitualmente se caracteriza por presentar lesiones eczematosas subagudas o crónicas, aunque en raras ocasiones pueden aparecer eccemas más agudos como en nuestro caso. La identificación de estas sensibilizaciones de contacto puede evitar posibles reacciones sistémicas y potencialmente graves.

30. ALÉRGICOS DE CONTACTO A LAS GOMAS EN LA SERIE ESTÁNDAR EUROPEA DURANTE EL PERIODO 2009-2012

J. Sánchez Pérez^a, J. Gavín^a, A. Giménez^a, J.F. Silvestre^a, V. Fernández^a, V. Heras^a, P. Mercader García^a, I. León^a, J.C. Armario Hita^a y W. Uter^b

^aServicios de Dermatología y Epidemiología. REVAC. ^bESSCA.

Introducción: El eccema alérgico de contacto a las gomas es frecuente y causa una morbilidad importante en los pacientes. La identificación de las tendencias del patrón de reacción de los alérgenos de contacto y la evaluación de los resultados pueden permitir el impulso de medidas preventivas apropiadas

Objetivos: Describir el patrón de la alergia de contacto a los alérgenos de las gomas incluidos en la serie estándar europea.

Métodos: Los datos son recogidos y analizados por el Sistema de Vigilancia Europeo de Alergia de Contacto entre 2009 y 2012 de 12 países europeos.

Resultados: La alergia de contacto a la mezcla de tiuram está disminuyendo durante el tiempo del estudio, con una prevalencia global del 1,87%. La prevalencia de la alergia de contacto a la mezcla de carbas fue de un 2,29% y está incrementándose. Las frecuencias de otros alérgenos de las gomas se mantienen sin cambios. El índice MOALPHA confirma la fuerte relación entre la alergia de contacto a las gomas y el origen profesional del eccema, que suele localizarse en las manos.

Conclusiones: En este estudio se ha identificado un patrón diferente de alergia de contacto a los alérgenos de las gomas. La inclusión de la mezcla de carbas en la serie europea puede ser conveniente.

31. REACCIÓN GRANULOMATOSA TRAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS POR DISPERSE BLUE

J.M. Sánchez Motilla, C. Sanchís Sánchez, S. Santos Alarcón, F. Benavente Villegas, A. Mateu Puchades y A. Marquina Vila

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Presentamos el caso de un varón de 49 años, mecánico de trenes, sin alergias farmacológicas conocidas ni antecedentes patológicos de interés excepto una rinoconjuntivitis sin pruebas alergológicas. No refería tratamiento médico habitual. Acudió en diciembre de 2014 para estudio de brotes de lesiones eczematosas en manos, de 2 años de evolución, que no relacionaba con ningún factor desencadenante, salvo el lavado frecuente de manos. Se efectuaron pruebas epicutáneas con lectura a las 96 horas, con positividad para el kathon +++. Se le dieron normas y consejos de evitación, remitiéndose para control a su dermatólogo de zona. El paciente acude sin cita en febrero de 2015 por lesión discretamente pruriginosa en la espalda de 24 horas de evolución, que coincidía con la zona de aplicación de las pruebas epicutáneas, en concreto en la región dorsal derecha, donde se aplicó el Disperse Blue, que en la lectura de las 96 horas no había mostrado positividad. El paciente refería que en la zona había una coloración violácea que tardó unas 2 semanas en desaparecer tras la retirada de las pruebas epicutáneas., quedando la piel de un aspecto normal. A la exploración se observaba una placa eritematosa, algo anaranjada, de superficie abollonada y morfología cuadrangular bien definida, sin vesículas, que se biopsió. La anatomía patológica mostraba hiperplasia linfocítica con reacción granulomatosa asociada. No se obser-

vaba espongiosis en la epidermis ni microorganismos con las tinciones realizadas. Presentamos nuestro caso por lo infrecuente que nos parece, tras la revisión de la literatura, esta reacción diferente en su cronología, clínica e histología a lo esperado en nuestros pacientes cuando efectuamos pruebas epicutáneas.

32. TOXICODERMIA POR AZATIOPRINA: UTILIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS

C. Sanchis Sánchez, J.M. Sánchez Motilla, S. Santos Alarcón, F.C. Benavente Villegas y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción: Las toxicodermias suponen en torno a un 30% del total de las reacciones adversas producidas por fármacos. En la mayoría de las ocasiones la sospecha clínica no suele ser complicada; sin embargo, llegar a un diagnóstico etiológico suele ser un desafío.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años que acudió de urgencias por un cuadro de 2 semanas de evolución, consistente en eritema y edema generalizados, de predominio en cara y extremidades, no asociado a prurito, fiebre ni otra sintomatología sistémica. Como antecedente de interés, había sido diagnosticado recientemente de colitis ulcerosa grave, que no respondía a tratamiento con prednisona y ciclosporina, por lo que 3 meses antes de acudir a la consulta había iniciado tratamiento de forma simultánea con infliximab y azatioprina, además de isoniazida, por la presencia de una prueba de Mantoux positiva. El cuadro se orientó como una eritrodermia de probable origen farmacológico debido a la reciente introducción de nuevos fármacos. Se realizó una biopsia cutánea en la que se observaba un marcado edema en la dermis, así como un infiltrado inflamatorio perivascular superficial con aislados eosinófilos. Además, se solicitó una analítica sanguínea, en la que destacaban una ligera hipoproteïnemia y una discreta eosinofilia, mientras que el resto de pruebas complementarias realizadas, incluyendo radiografía de tórax, anormales y sedimento, electrocardiograma y ecocardiograma, no mostraron alteraciones. Se decidió retirar los fármacos según su prioridad: en primer lugar, se retiró el infliximab, y ante la persistencia del cuadro cutáneo tras 2 semanas se retiró la azatioprina, con lo que se observó una importante mejoría. Posteriormente, se realizó un patch-test con azatioprina, que fue positivo a las 48 y 96 horas en el paciente y negativo en los controles.

Discusión: Establecer una relación causa-efecto entre un fármaco y una erupción cutánea no es tarea fácil, sobre todo en el caso de pacientes polimedicados o cuando se introducen varios fármacos a la vez, como en nuestro caso. Cuando se trata de toxicodermias leves, o si existen otras alternativas terapéuticas, no se suele investigar la implicación del fármaco sospechoso en la erupción. Sin embargo, hay casos, como el nuestro, en los que es preciso incriminar con certeza a un determinado fármaco como responsable de una erupción cutánea. El gold standard, es decir, la prueba de provocación, no suele ser factible por motivos éticos. Sin embargo, las pruebas epicutáneas constituyen un método barato, sencillo y seguro, con una frecuencia de hallazgos positivos que varía entre el 7,5 y el 43%, dependiendo fundamentalmente del tipo de erupción y del fármaco, por lo que pueden resultar de utilidad para el estudio etiológico de las toxicodermias.

33. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FENIL ETIL RESORCINOL CONTENIDO EN UN FOTOPROTECTOR

P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, F. Domínguez^b, T. Martínez Menchón^a, R. Corbalán Vélez^a, M. Lova Navarro^a y J. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bLaboratorios ISDIN. España.

Introducción: Fenil etil resorcinol, un potente inhibidor de la tirosinasa, es una sustancia depigmentante incorporada recientemente a diversos productos del cuidado de la piel. Describimos un caso de dermatitis alérgica de contacto a fenil etil resorcinol contenido en un fotoprotector.

Caso clínico: Mujer de 50 años, remitida desde el servicio de urgencias por presentar erupción facial de varios días de evolución. La paciente lo relacionaba con la aplicación de un fotoprotector. Se efectuaron pruebas epicutáneas serie estándar del GEIDAC así como la serie de fotoprotectores (Chemotechnique), observando positividad a sulfato de níquel. Se testó el fotoprotector tal cual observando positividad (+++) a las 96 horas. El fabricante del fotoprotector nos remitió los componentes del producto. Tras la dilución adecuada se testaron los 26 componentes, observando positividad a fenil etil resorcinol al 2% vaselina (+++). Se realizaron controles en cinco sujetos sin observar positividad en ninguno de ellos.

Discusión: La descripción de la capacidad sensibilizante de compuestos como el ácido kójico o la hidroquinona condujo a la introducción en el mercado del fenil etil resorcinol por su elevada eficacia como depigmentante. Esta sustancia se ha incorporado a cosméticos, productos depigmentantes y productos para aclarar el pelo. Gohara et al describieron el primer caso de dermatitis alérgica de contacto a fenil etil resorcinol en un cosmético depigmentante. Para disminuir el riesgo de sensibilización de esta sustancia es necesario regular su concentración en los productos cosméticos.

Conclusiones: Describimos el segundo caso de dermatitis alérgica de contacto a fenil etil resorcinol como componente de productos depigmentantes, en este caso incluido en un protector solar.

34. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN PACIENTE CON OTITIS CRÓNICA EXTERNA

T. Sanz-Sánchez, R.M. Díaz-Díaz, O. López-Barrantes y C. Rubio Flores

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: La aplicación de medicamentos durante tiempo prolongado, la oclusión y la piel inflamada son factores de alto riesgo para producir sensibilización cutánea. Estas condiciones concurren en enfermedades inflamatorias crónicas como las otitis de repetición.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 45 años remitida por el servicio de otorrino por inflamación, exudación en pabellones auriculares 24 horas después de aplicación de Menaderm[®] otológico utilizado como tratamiento de una otitis. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar recomendada por el Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia de Contacto (GEIDAC), la batería de corticoides y el Menaderm[®] otológico tal cual, observándose a las 48 y 96 horas positividad al oro, mezcla de quinoleínas y al Menaderm[®] otológico. Posteriormente se parchearon los componentes del Menaderm[®] otológico y solo se observó positividad al clioquinol.

Discusión: Los alérgenos más frecuentemente implicados en dermatitis alérgica de contacto en pacientes con otitis crónica son los aminoglucósidos y en menor frecuencia se encuentran los corticoides y otros antibióticos como el clioquinol. Este último alérgeno se encuentra incluido en la actualidad en la batería estándar del GEIDAC. Revisando la bibliografía de los últimos años se observa que la mezcla de quinoleínas o clioquinol presenta una frecuencia muy baja en todas las series publicadas en la última década. Por todo ello, su presencia en las series estándar es cada vez más discutida ya que no parece rentable su estudio sistemático. Por último, destacar que el clioquinol debería tenerse en cuenta como alérgeno causante de dermatitis alérgica de contacto en grupos de riesgo como los pacientes con otitis crónica externa.

35. TRATAMIENTO CON BAÑOS DE PARAFINA LÍQUIDA PARA EL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS

J.F. Mir-Bonafé, A. Torroja y E. Serra-Baldrich

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

El eccema crónico de manos representa un motivo frecuente en la consulta dermatológica. Se calcula que hasta el 15% de la población en su vida adulta puede desarrollar algún grado de eccema crónico de manos. Entre las causas que pueden favorecerlo se encuentran el sexo femenino, la dermatitis atópica, el ambiente o contacto profesional con productos irritantes y/o alérgicos. Se trata de un problema con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento del eccema crónico de manos se debe personalizar según el paciente, teniendo en cuenta la severidad, evolución, morfología de las lesiones y la presencia de posibles causas o desencadenantes. En el amplio catálogo de posibilidades terapéuticas destacan los emolientes, fármacos tópicos/orales o la terapia PUVA. Nosotros proponemos añadir a este abanico terapéutico los baños humectantes con parafina líquida por su gran poder reparador de la barrera cutánea. La parafina es un derivado del petróleo que se obtiene del carbón mediante un proceso de destilación. Esta ya se ha utilizado con éxito para mejorar dolores articulares. En dermatología puede resultar beneficiosa ya que actúa mediante la formación de una película aislante que evita que se pierda o evapore la humedad, favoreciendo la hidratación y la reparación de la barrera cutánea. Nosotros proponemos a cada uno de nuestros pacientes un régimen de tratamiento de baños con parafina líquida durante 1 mes, donde se le adjudica una máquina para cada uno. Los baños con parafina se realizan durante 20 minutos, 5 veces a la semana con un total de 20-25 sesiones. El paciente puede y debe seguir aplicando sus cremas humectantes habituales en casa. Al finalizar el tratamiento el paciente rellena un cuestionario validado de satisfacción con el tratamiento de las manos (Dermasat), pudiendo así evaluar la respuesta de nuestros pacientes a esta nueva terapia.

36. PLACAS ERITEMATOSAS BILATERALES Y SIMÉTRICAS EN AMBOS ANTEBRAZOS

E. Rozas, J. Mir, S. Planas, E. Serra-Baldrich y L. Puig

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

Introducción: El diagnóstico de sospecha de la dermatitis de contacto se basa en una buena historia clínica y examen físico. La presencia de procesos inflamatorios cutáneos que delimitan la zona de contacto o la aplicación de algún elemento se consideran por muchos autores como una indicación de derivación para realización de pruebas epicutáneas.

Caso clínico: Varón de 57 años sin antecedentes de importancia es derivado a la unidad de alergia cutánea por sospecha de una dermatitis de contacto en extremidades superiores de meses de evolución. Al examen físico el paciente presentaba placas eritematosas muy bien delimitadas en dorso de ambas manos y antebrazos que no habían presentado respuesta alguna al tratamiento con corticoides tópicos. El paciente negaba aplicación de productos nuevos en la zona ni posible asociación con algún contacto, salvo que no mejoraba con la aplicación de los corticoides tópicos. Se procedió a parchar la batería estándar GEIDAC y la accesoria de corticoides, encontrando solo positividad a níquel ++, sin relevancia actual. Se realizó biopsia punch que evidenció una dermatitis granulomatosa sin necrosis y con presencia de abundantes células gigantes multinucleadas con elastofagia, llegando al diagnóstico de granuloma elastolítico.

Discusión: Presentamos un caso curioso de una enfermedad inflamatoria no causada por una DAC pero que por su peculiaridad clínica planteó el diagnóstico diferencial.

37. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR LIBERADORES DE FORMALDEHÍDO DEBIDO AL USO DE ORTESIS ELÁSTICA DE RODILLA

L.M. Valladares-Narganes, I. Ruiz-González, S. Delgado-Vicente y M.A. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: El formaldehído y las sustancias capaces de liberar formaldehído son una causa frecuente de dermatitis de contacto en nuestro medio debido a la distribución tan ubicua que tienen estos productos y la dificultad que encuentran los pacientes para detectar la presencia de estos en la composición o materiales a los que están expuestos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, que tras intervención quirúrgica en rodilla por accidente de tráfico y tras retirada de escayola desarrolla una erupción aguda bien delimitada, conformada por múltiples elementos papulovesiculosos pruriginosos incluso con pequeñas lesiones a distancia de similares características. Como antecedente refiere el uso de una rodillera de neopreno 15 días antes, indicado por su traumatólogo.

Resultados: Se realizan pruebas alérgicas de contacto de la serie estándar obteniendo positividad al níquel, quaternium 15, formaldehído y diazolidin urea. En una segunda consulta se amplía estudio con la serie colorantes textiles y serie gomas y se obtiene positividad a la metenamina, ciclohexil tioftalamida y para las sustancias de apresto etileneura melamina formaldehído y a la melamina formaldehído.

Conclusiones: La dermatitis de contacto a formaldehído y liberadores es frecuente en nuestro medio. Además de estar presente en medicamentos, productos de limpieza, alimentos, cosméticos, barnices, pinturas... no es desdeñable su presencia en la industria textil, donde frecuentemente son utilizados como sustancias de apresto. La falta de información en el etiquetado tanto de la composición como del método de fabricación en la industria textil, incluyendo los materiales ortésicos, puede dificultar el diagnóstico de esta sensibilización cada vez más frecuente.

38. PROCESOS DE ESTABILIZACIÓN EN LA FABRICACIÓN DE FRAGANCIAS

J. Vilaplana

Dado que las fragancias son fórmulas complejas que sin una correcta estabilización pueden presentar alteraciones importantes en color, olor, etc. en la fabricación de un perfume se tienen en cuenta una serie de variables que pueden afectar a este producto químico complejo y en una visión general tenemos en cuenta que este puede desestabilizarse por tres variables fundamentales: 1) Pueden ser atacados por la luz. 2) Pueden alterar su composición por oxidación. 3) Pueden sufrir transformación debido a reacciones químicas generadas porque algunos de sus componentes absorben energía, transformándose en moléculas excitadas con la consiguiente formación de radicales libres y posterior alteración de las propiedades físico-químicas del producto. Estos tres puntos se tienen en cuenta a la hora de fabricar un perfume para que este sea estable en el tiempo y se evalúan los parámetros sometiendo el producto a condiciones que la mayoría de las veces sobrepasan las que podrían darse en la vida real de conservación de dicho producto. Las radiaciones lumínicas pueden desencadenar reacciones de descomposición del producto que contienen sustancias químicas como aceites naturales, fragancias, colorantes etc., capaces de absorber energía y formar radicales libres mediante la rotura de uniones químicas inestables. Para estabilizar estos productos se añaden fotoprotectores del grupo de las benzofenonas, que actúan fundamentalmente sobre las radiaciones UV-B, y fotoprotectores benzotriazólicos, que actúan con mayor eficacia sobre las radiaciones UV-A; de estos

existen dos muy usados actualmente, el Benzotriazolyl Dodecyl p-Cresol y el Sodium Benzotriazolyl Butylphenol Sulfonate. Todos los compuestos químicos que presentan dobles uniones son susceptibles de oxidarse y los aldehídos y cetonas que forman parte de los aceites esenciales, perfumes y colorantes, son un buen ejemplo de ello, y los antioxidantes como el BHT y BHA, así como los antioxidantes fenólicos de última generación como el Tetradibutyl Pentaerithrithyl Hydroxyhydrocinnamate, que son solubles tanto en aceites esenciales como en preparaciones en forma de polvo, se usan a concentraciones que van del 0,01% hasta el 0,1% tanto en jabones como maquillajes, aceites esenciales, etc. La desestabilización de una fragancia puede darse también por reacciones químicas en las cuales después de absorber energía por radiaciones, restos metálicos, agitación, calor, etc. entran en un estado "excitado" con la consiguiente formación de radicales libres y posterior alteración de las propiedades del producto. Para frenar estos estados "excitados" se añaden al perfume sustancias frenadoras o "quenchers" y a concentraciones de 0,01 hasta 0,1% se usa actualmente el Tris (tetramethylhydroxypiperidinol) citrato. Los colorantes que se usan en perfumería y que están permitidos en todos los países son: 1) La tartrazina, que es un colorante azoico amarillo limón sintético utilizado principalmente como colorante de alimentos, también conocido como el número E E102, CI 19140, FD & C Yellow 5, Acid Yellow 23, Food Yellow 4, y trisódico 1- (4-sulfonato-fenil)-4- (4-sulfonatofenilazo) -5-pirazolona-3-carboxilato de metilo. 2) D & C Red 33, también conocido como Acid Red 33 o simplemente Red 33, es un colorante azo rojo usado como colorante en enjuagues bucales, dentífricos, cosméticos y tintes para el cabello y perfumería, y 3) D & C Violeta No. 2, aceite de violeta, Solvent Blue 90, Alizarine Violeta 3B, Alizuról púrpura, Duranol Brilliant Violet TG, base de Ahcoquinone Azul IR, Azul Disperso 72 y CI 60725, es un colorante de antraquinona sintético con brillante tonalidad violeta azulado. Es un sólido insoluble en agua y soluble en acetona, tolueno y benceno. Su fórmula química es C₂₁H₁₅NO₃, y su estructura es 1-hidroxi-4- (p-tolilamino) -antraquinona, o 1-hidroxi-4- [(4-metilfenil) amino] -9,10-antracenediona o 1-hidroxi-4- (4-metilnilino) antraquinona. Para controlar que una fragancia a la que se da un periodo útil de uso de 5 años, en el laboratorio se realizan una serie de controles a la semana, 2 semanas al mes y en algunos casos hasta los 60 meses. Para ello se usan unos frascos de 20 mililitros de capacidad que unos se llenan totalmente y otros solo a la mitad, estudiándose en diferentes medios como temperatura ambiente con y sin luz, en nevera, irradiados, midiéndose las muestras colocadas en luz natural y detrás del cristal de una ventana. Existen dos apartados básicos del estudio en los cuales se estudia el olor, dado que es fundamental en un perfume, y los posibles cambios de color. Estos controles son realizados de forma rutinaria en la fabricación de productos hidroalcohólicos.

39. DERMATITIS DE CONTACTO PROFESIONAL. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2015

V. Zaragoza-Ninet, A.M. Victoria-Martínez, L. Martínez-Leborans, A. Esteve-Martínez, A. Pérez-Ferriols y C. Sierra-Talamantes

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

Introducción: Las dermatosis representan un 30% de las enfermedades profesionales, destacando que más del 90% corresponden a dermatitis de contacto, acarreado un gran impacto tanto a nivel socioeconómico como en la calidad de vida del paciente.

Objetivos: Estudiar la incidencia de la dermatitis de contacto profesional (DCP), analizar sus formas de presentación más habituales (dermatitis de contacto irritativa, dermatitis de contacto alérgica y dermatitis proteínica) y sus características clínico-epidemiológicas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de DCP en los últimos 5 años en la Unidad de Alergia Cutánea del Hospital General Universitario de Valencia.

Resultados: De 1.213 pacientes estudiados con pruebas epicutáneas entre enero de 2011 y junio de 2015, 123 (10,1%) fueron diagnosticados de DCP. La incidencia de DCP muestra una tendencia creciente, siendo más del doble en el año 2015 que la hallada en el año 2011. La DCP afecta predominantemente a mujeres (61,8%), con una edad media de 41,3 años y sin antecedentes de atopía (85,4%). Las profesiones que con más frecuencia se relacionan con el desarrollo de DCP fueron los trabajadores de los servicios de restauración, comercio, servicios de salud y el cuidado de las personas (60,2%), seguido de los trabajadores de las industrias manufactureras y de la construcción (20,3%) y trabajadores no cualificados en servicios (11,4%). La forma clínica más frecuente fue la dermatitis alérgica de contacto (DAC) (73,2%), especialmente en esteticistas, personal de hostelería y peluqueras, seguida de la dermatitis irritativa de contacto (DIC) (21,9%), forma clínica predominante en personal sanitario, y de la dermatitis proteínica (DP) (4,9%), especialmente frecuente en manipuladores de alimentos. Los alérgenos más frecuentes fueron los conservantes, los acrilatos, la paraformilendiamina y las gomas. Los irritantes más relevantes incluyeron el trabajo húmedo, los detergentes y los guantes.

Conclusiones: La DCP afecta en la actualidad al 13,6% de pacientes estudiados en una unidad de alergia cutánea y muestra una tendencia creciente. Conocer sus características clínicas y epidemiológicas es fundamental para un correcto diagnóstico y tratamiento, así como para implementar adecuadas medidas de prevención primaria y secundaria.

40. ÚLCERA TIPO PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTACIÓN DE UNA DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO IATROGÉNICA

A.M. Victoria-Martínez, L. Cubells-Sánchez, L. Martínez-Leborans, A. Pérez Ferriols, C. Sierra-Talamantes y V. Zaragoza-Ninet

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

Introducción: La DAC iatrogénica es una causa frecuente de mala evolución de heridas quirúrgicas, dermatosis y/o úlceras crónicas en pacientes sometidos a curas tópicas.

Caso clínico: Mujer de 61 años que presenta ulceración sobre herida quirúrgica de extirpación de carcinoma basocelular, con una evolución tórpida a pesar de curas tópicas. Con sospecha de dermatitis facia vs pioderma gangrenoso se realizó una biopsia que fue compatible con eczema agudo. Se realizó un estudio con pruebas epicutáneas para descartar dermatitis alérgica de contacto (DAC). **Resultados:** Se incluyó estudio con la batería estándar (GEIDAC), úlceras, corticoides, vehículos y conservantes (Martitor®). Hallamos parche positivo +++ a las 96 h para alcohol bencílico, de relevancia presente al estar contenido en los productos empleados por la paciente: Menaderm® crema y Cristalmina® solución (ROAT + para estos dos productos), así como parche positivo para Iruxol Mono® y amerchol, todos ellos de relevancia presente. Finalmente, con el diagnóstico de DAC iatrogénica realizó tratamiento con prednisona 1 mg/kg en pauta descendente con resolución total de la úlcera.

Conclusiones: LA DAC es un diagnóstico que debe contemplarse ante la mala evolución de una herida quirúrgica incluso ante presentaciones tan atípicas como una úlcera tipo pioderma gangrenoso. Asimismo, deben evaluarse todos los componentes de los productos tópicos usados incluyendo no solo los principios activos, sino también los excipientes, tales como conservantes, vehículos, emulsionantes, etc.