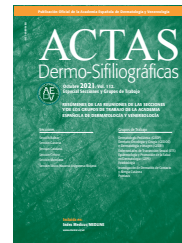




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE DERMATITIS DE CONTACTO Y ALERGIA CUTÁNEA

65 Reunión del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea

19 al 24 de octubre de 2020

Comunicaciones orales

1. URTICARIA EN URGENCIAS ¿CÓMO SE MANEJA REALMENTE?

A. Sánchez-Gilo^a, M. Bergón Sendín^b, R. Muñoz Martínez^a y F.J. Vicente Martín^a

^aHospital Universitario Rey Juan Carlos. ^bHospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Antecedentes. Los pacientes afectos de urticaria son consumidores habituales de los Servicios de Urgencias. Por tanto, la urticaria y los Servicios de Urgencias se encuentran estrechamente relacionados y en este contexto queremos conocer si esta patología se maneja de forma correcta.

Objetivo. Conocer el “manejo real” de la urticaria en Urgencias.

Método. Estudio descriptivo transversal entre el personal médico de Servicios de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Se pasó una encuesta a ambos Servicios de Urgencias que recogió diferentes variables sobre la elección del tratamiento y el manejo en urgencias y al alta.

Resultado. Se encuestaron 40 médicos en total. Un 72,5% de los médicos no distinguió entre urticaria aguda o crónica a la hora de atender a los pacientes. Un 55% de los médicos usó siempre antihistamínicos como tratamiento de urgencia de las urticarias. Entre los encuestados, un 70% usó corticoides en la urgencia de forma rutinaria. Al alta, el 72,5% pautó tratamiento de forma rutinaria; un 46,7% pautó corticoides orales + antihistamínicos y un 46,7% sólo antihistamínicos. Un 37,5% valoró remitirlo a atención especializada, siendo Alergología la especialidad elegida de forma más frecuente.

Conclusión. Observamos que en nuestros centros, el tratamiento de la urticaria en los Servicios de Urgencias está basado en antihistamínicos de primera generación y corticoides sistémicos. Al alta no se pauta tratamiento en todos los casos. Los médicos de los Servicios de Urgencias atienden de forma frecuente a pacientes con urticaria, de ahí su importancia para un manejo correcto de la urticaria por parte de los Servicios de Urgencia. Una opción sería formar a personas concretas de los Servicios de Urgencias, que a su

vez actuarían como formadores de sus compañeros, siendo figuras de referencia en su servicio para esta patología.

2. URTICARIA CRÓNICA INDUCIBLE POR FRÍO RESISTENTE A TODOS LOS TRATAMIENTOS

S. Córdoba, M.S. Vallejoruiz, A. Guerrero Torija, A.A. Garrido Ríos, E. Esteban Garrido y J. Borbujo

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Antecedentes. Mujer de 45 años sin antecedentes de interés.

Objetivo. Refería presentar desde hace 6 años la aparición de lesiones eritematoedematosas, pruriginosas en relación con el frío que desaparecen en menos de 30 minutos. No presentaba sintomatología acompañante, ni antecedentes familiares de interés.

Método. El test de control de la urticaria (UCT) fue de 0 y el test de calidad de vida en urticaria (Cu-Q2oL) de 55. Se realizó prueba de provocación mediante el test del “cubito de hielo” que fue positivo y TempTest con aparición de habón entre 4-26 °C. La analítica completa con hemograma, bioquímica, proteinograma autoinmunidad, complemento, C1 inh, crioglobulinas, crioaglutininas y serologías resultó normal.

Resultado. Durante el seguimiento ha realizado tratamiento con distintos anti-H1 a dosis x4, montelukast, prednisona oral, omalizumab 300mg/4 semanas x 5 meses escalando progresivamente hasta 600mg/4 semanas, ciclosporina 4mg/kg/d x 2 meses, anakinra 100mg/d x 2 semanas y sulfona 50mg/d x 2 meses sin ninguna mejoría sintomática. El tratamiento con azatioprina 50mg/d consiguió una mejoría parcial de la sintomatología (mejor UCT 8 y Cu-Q2oL 20, TempTest +hasta 24°C), lo que permitió a la paciente realizar actividades habituales como beber bebidas frías o bañarse en el mar. Tras 7 meses de tratamiento, la paciente refiere pérdida de eficacia, aunque con valores de UCT y Cu-Q2oL similares. Durante el confinamiento por la pandemia covid-19 la paciente presentó una notable mejoría subjetiva que relacionó directamente con la falta de exposición a estímulos fríos.

Conclusión. La urticaria crónica inducible por frío suele responder bien al tratamiento con anti-H1 a dosis altas y/o omalizumab (fuera de indicación). La existencia de casos graves resistentes a los

tratamientos hace pensar en que las bases fisiopatogénicas de esta enfermedad aún no son bien conocidas. La evitación de los estímulos desencadenantes sigue siendo la medida fundamental en el manejo de las urticarias crónicas inducibles.

3. HIDROPERÓXIDOS DE LINALOOL: NUEVOS CONOCIMIENTOS QUÍMICOS SOBRE EL POSIBLE MECANISMO RADICALARIO DE SENSIBILIZACIÓN

E. Giménez Arnau

Université de Strasbourg. Estrasburgo. Francia.

Antecedentes. El linalool es un terpeno natural de origen floral, ligeramente mentolado, enormemente utilizado en los productos de consumo y en las fragancias. Si bien se considera que el linalool puro no es alergénico porque tiene un potencial de sensibilización muy bajo, su autooxidación en contacto con el aire produce hidroperóxidos que han demostrado ser importantes sensibilizadores cutáneos. Estos hidroperóxidos tienen el potencial de formar antígenos a través de mecanismos de tipo radicalario.

Objetivo. Los objetivos de nuestro estudio fueron: a) confirmar la formación de radicales libres derivados de hidroperóxidos de linalool in situ en un modelo de epidermis humana reconstruida; b) estudiar su reactividad con la cisteína, siendo la función química tiol uno de los grupos más propensos a reaccionar a través de mecanismos radicalarios.

Método. Los radicales libres en epidermis humana reconstruida se estudiaron por resonancia paramagnética electrónica combinada con la técnica "spin trapping". Los estudios de reactividad se realizaron con hidroperóxidos de linalool conteniendo un ¹³C en posiciones precursoras de radicales y gracias a la resonancia magnética nuclear mono- y bidimensional.

Resultado. Hemos puesto en evidencia la formación de especies radicalarias centradas en el carbono y en el oxígeno en el modelo de epidermis utilizado, histológicamente similar a la piel humana, y en consecuencia próximo a lo que pueda suceder in vivo. También hemos validado que ciertos radicales centrados en átomos de carbono pueden alterar directamente la cadena lateral de la cisteína a través de mecanismos radicalarios.

Conclusión. Estos resultados proporcionan una visión original de los mecanismos que probablemente intervienen en la reacción con los grupos tioles presentes en la piel, y constituyen un paso adelante hacia la comprensión de los procesos de unión de las proteínas a los hidroperóxidos alergénicos de linalool mediante la participación de especies de radicalarias y, por lo tanto, de su potencial sensibilizador.

4. ACTUALIZACIÓN DE LA BATERÍA ESTÁNDAR ESPAÑOLA Y LA BATERÍA ESTÁNDAR EUROPEA. RESULTADOS PRELIMINARES

L. Borrego Hernando, J.M. Carrascosa Carrillo, M.A. Pastor Nieto, V. Fernández Redondo, T. Sanz Sánchez, P. Mercader García, J. Sánchez Pérez, A.M. Giménez Arnau, E. Serra Baldrich, S. Córdoba Guijarro, F. Heras Mendaza, R. González Pérez, V. Zaragoza Ninet, F.J. Miquel Miquel, I. Ruiz González, J.F. Silvestre Salvador, J. Ortiz de Frutos, M. Rodríguez Serna, M. Hervella Garcés, M.A. Descalzo Gallego e I. García Doval

Hospital Universitario Insular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

Antecedentes. Las baterías estándar están compuestas por el grupo de alérgenos que debieran ser parcheados a todos los pacientes a los que se les hacen pruebas epicutáneas a nivel español o europeo. Considerando el transcurso del tiempo es necesario analizar los posibles alérgenos candidatos a ingresar en ambas baterías.

Objetivo. Valorar la frecuencia de sensibilización al 2 hidroxietil metacrilato (2% vas), própolis (10% vas), mezcla textil (6,6% vas),

metabisulfito sódico (1,0% vas), bronopol (0,5% vas), mezcla compuestas II (2,5% vas), hidroperóxido de linalool (1,0% vas y 0,5% vas), hidroperóxido de limoneno (0,3% vas y 0,2% vas), bencilisotiazolinona (0,1% vas), octilisotiazolinona (0,1% vas), decilglucósido (5,0%) y laurilpoliglucosido (3,0% vas) en las unidades de dermatitis de contacto del GEIDAC.

Método. Basado en el registro del GEIDAC, se propone un estudio prospectivo desde abril de 2019 a diciembre de 2020 en el que se parchearán los alérgenos candidatos. Se presentan los resultados desde abril de 2019 a junio del 2020.

Resultado. Se recogen datos de 1307 pacientes de 12 hospitales, en los que la mitad de los datos provienen de tres centros. El hidroxietilmetacrilato, la mezcla textil, el hidroperóxido de linalool, el hidroperóxido de limoneno y la bencilisotiazolinona presentaron positividad con relevancias presentes en más del 1% de los pacientes.

El própolis, y el metabisulfito sódico presentaron positividad en más del 1% pero menos del 1% tenían relevancia presente. Finalmente el bronopol, la mezcla compuesta, la octilisotiazolinona, el decilglucósido y el laurilglucósido presentaron positividad en menos del 1% de los enfermos.

Conclusión. El hidroxietilmetacrilato, la mezcla textil, el hidroperóxido de linalool y de limoneno son firmes candidatos para ser incluidos. Sin embargo, los resultados preliminares pueden no ser representativos de la generalidad del GEIDAC, por lo que deberemos esperar al fin del estudio para determinar el resto de alérgenos.

5. NOTIFICACIÓN DE EFECTOS GRAVES NO DESEADOS AL SISTEMA ESPAÑOL DE COSMETOVIGILANCIA

R.C. Sánchez León^a y C. Arizmendi Vélez^b

^aConsejera técnica. ^bTécnico superior. Departamento de productos Sanitarios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

La cosmetovigilancia es la actividad destinada a la recogida, evaluación y seguimiento de la información sobre los efectos no deseados observados como consecuencia del uso normal o razonablemente previsible de los productos cosméticos. Esta actividad es realizada en España por el Sistema Español de Cosmetovigilancia (SECV), y coordinada por la Agencia Española de medicamentos y productos Sanitarios (AEMPS). Está formado por las autoridades competentes, los ciudadanos, la industria, los profesionales de la estética y los profesionales sanitarios.

La información sobre los efectos no deseados llega al SECV a través de notificaciones realizadas por la industria, por los propios consumidores, o bien por los profesionales sanitarios que observan estos efectos durante su práctica diaria.

En particular, las notificaciones procedentes de médicos y muy especialmente de dermatólogos constituyen un elemento esencial en el SECV, dado su perfil clínico, su capacidad para establecer diagnósticos y el contacto directo con el afectado. Con el fin de facilitar la notificación a estos profesionales, que disponen de un tiempo limitado en su práctica clínica diaria, la AEMPS ofrece unos formularios específicos para la notificación en su página web. Además, fruto de la colaboración entre el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y la AEMPS, se ha habilitado una nueva forma de notificación en el Registro de Dermatitis de Contacto (REIDAC) de la Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Aquellas dermatitis de contacto cuyo origen esté relacionado con un producto cosmético serán derivadas al SECV, sin suponer para el profesional sanitario un trabajo adicional. La información remitida contendrá los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas al paciente, lo que permite un mayor conocimiento de los ingredientes de los productos cosméticos y puede alertar sobre posibles riesgos de los mismos. La finalidad de estas herramientas es facilitar a los médicos la notificación, y dotar así al SECV de la información esencial que estos aportan, como resultados de pruebas epicutáneas o diagnósticos. De

esta manera, se espera alcanzar los objetivos del SECV: conocer la naturaleza y la frecuencia de los efectos no deseados relacionados con los productos cosméticos, tomar las medidas necesarias para prevenir su aparición y reducir su incidencia, y proteger la salud pública.

6. ¿SE DEBE SEGUIR USANDO EL METILDIBROMOGLUTARONITRILLO EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DERMATITIS DE CONTACTO? ANÁLISIS DENTRO DEL REIDAC

P. Mercader García, V. Mora Fernández, V. Zaragoza Ninet, A.M. Giménez Arnau, R. González Pérez, F.J. Miquel Miquel, S. Córdoba Guijarro, T. Sanz Sánchez, I. Ruiz González, J.F. Silvestre Salvador, E. Serra Baldrich, M.A. Pastor Nieto, J. Ortíz Frutos, F. Heras Mendaza, P. Pérez Feal, M. Rodríguez Serna, J. Sánchez Pérez, M. Hervella Garcés, M.A. Descalzo Gallego, J.M. Carrascosa Carrillo y L. Borrego Hernando

Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Antecedentes. El metildibromoglutaronitrilo (MDBGN) fue uno de los alérgenos más frecuentes y relevantes en la primera década de los 2000. En 2008 se prohibió el uso de este conservante en cosméticos y desde ese momento la prevalencia de alergia a MDBGN ha ido disminuyendo, sin embargo todavía se mantiene en la batería estándar. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de alergia a MDBGN, poniendo especial atención en los positivos de relevancia presente y en las características epidemiológicas de los pacientes alérgicos a MDBGN. **Método.** Realizamos un estudio transversal descriptivo con los datos recogidos del Registro Español de Dermatitis de Contacto desde junio de 2018 a junio de 2020. Seleccionamos a los pacientes alérgicos a MDBGN y realizamos un análisis bivariante con los pacientes no alérgicos usando la prueba de la Chi cuadrado, para comparar las variables del índice MOAHLFA y la proporción de pacientes mayores de 20 años entre las dos poblaciones. Se consideró que había diferencias estadísticamente significativas cuando el IC95% del odds ratio (OR) no incluía el 1.

Resultado. Ciento catorce pacientes de los 5062 estudiados (2,25%) estaban sensibilizados a MDBGN. Solo en tres pacientes la relevancia se consideró presente (0,06%) y en dos pasada (0,04%). Las únicas variables con diferencias estadísticamente significativas entre alérgicos y no alérgicos fueron la edad >40 años (OR=1,97, IC95%1,21-3,21) y la edad >20 años (OR=8,23, IC95%1,16-59,84%).

Conclusión. Aunque la prevalencia de sensibilización a MDBGN sigue siendo elevada, hay muy pocos pacientes con relevancia presente, además la mayoría de los pacientes alérgicos son mayores de 20 años, lo que indica que la gente joven no se está sensibilizando. La utilidad clínica de este alérgeno es baja y debería ser eliminado de la batería estándar.

7. PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

M. Hervella Garcés, J. Aróstegui Aguilar, J. Sarriugarte Ao, I. Hiltun Cabredo, A. Tomás Velázquez y J.I. Yanguas Bayona

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes. No sabemos si nuestra población estudiada en la Unidad de Eccemas “envejece” paralelamente a la población general.

Objetivo. Conocer el perfil de diagnósticos y sensibilizaciones de contacto en los mayores de 65 años.

Método. Estudio observacional retrospectivo en el que se explotaron parámetros demográficos y clínicos de todos los pacientes de edad igual a o mayor de 65 años estudiados con pruebas epicutáneas en nuestro Centro Hospitalario (2003-2020).

Resultado. Fueron seleccionados 301 pacientes (13,87% del total). El índice MOAHLFAP del grupo fue: 40,5 1,3 1,019, 3 23,6 30,9 100

52,2. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron DCA 27,9%, DCI 16,3% y psoriasis con 9,9%. Alérgenos de contacto relevantes más comunes encontrados fueron: medicamentos tópicos (27,8%), conservantes en cosméticos (26,2%), fragancias (17,5%), gomas (9,5%) y productos naturales y plantas (7,9%). La proporción de ancianos respecto al total de estudiados tuvo un rango de 8,9 22,4% (mediana 14,1%), pero no mostró tendencia ascendente con el paso de los años. El grupo de mayores de 65 años destacó por su baja frecuencia de dermatitis atópica previa (1% vs. 14% total), infrecuente origen ocupacional (1,3% vs. 6,4%) y alta proporción de localización predominante en piernas (23,6% vs. 8,9%). El porcentaje de pacientes con al menos una prueba positiva fue similar al del grupo global (52,2% vs. 54,3%), y los ancianos no mostraron mayor frecuencia de sensibilización que los pacientes más jóvenes. Los medicamentos y derivados fueron alérgenos importantes en este grupo. **Conclusión.** El peso relativo de la población anciana no ha aumentado con el tiempo en nuestra Unidad. A pesar de algunas diferencias -probablemente relacionadas con las formas y fuentes de exposición- los ancianos no parecen sensibilizarse en mayor medida que la población más joven. Por ello creemos que las indicaciones de estudio con pruebas alérgicas de contacto en mayores de 65 deben ser las mismas que en pacientes de otros tramos de edad.

8. METILACIÓN DEL ADN EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA: CORRELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

J.M. Carrascosa^a, M. Munera^a, E. Ballestar^b y O. Morante Palacios^b

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. ^bFundació Josep Carreras. Barcelona. España.

Antecedentes. Uno de los mejores modelos para el estudio de la metilación del ADN son las células mieloides. Estas células, de gran plasticidad, son cruciales en la dermatitis atópica (DA) y actúan como puente entre las respuestas inmunitarias innata y adaptativa. **Objetivo.** Determinar el perfil de metilación del ADN y expresión de las células mieloides en DA, y establecer su relación con parámetros clínicos, incluyendo la variabilidad fenotípica, la actividad de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos.

Método. Se incluirán 50 pacientes adultos con DA activa. Se extraerá una muestra sanguínea previa al inicio del tratamiento, de la que se realizará el aislamiento de monocitos, análisis de su perfil de metilación del ADN y expresión, que se compararán con los de 50 controles sanos (pareados por edad y sexo). Tras 12 a 16 semanas de tratamiento, se realizará una segunda extracción en los pacientes con DA.

Resultado. La metilación del ADN tiene una influencia directa sobre la transcripción génica, y puede permitir una caracterización de la variabilidad clínica observada. Se prevé encontrar diferencias en los perfiles de metilación entre los pacientes con DA y los controles sanos, así como una mayor heterogeneidad dentro del grupo con DA y una correlación con índices clínicos de actividad y de respuesta de la enfermedad.

Conclusión. La epigenética puede contribuir a la caracterización de la variabilidad clínica en la DA y a la identificación de variables relacionadas con la respuesta terapéutica.

9. EXPERIENCIA CLÍNICA CON DUPILUMAB

V. Zaragoza Ninet, A. García Rabasco, A. Esteve Martínez, A. Martínez Domenech, J.L. Sánchez Carazo, C. Sierra Talamantes y J. Magdaleno Tapial

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. Dupilumab es el primer tratamiento biológico para el tratamiento de la dermatitis atópica.

Objetivo. El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia clínica con el fármaco.

Método. Estudio descriptivo prospectivo de una serie de 45 pacientes con dermatitis atópica tratados con dupilumab en nuestro servicio.

Resultado. El 62,2% de los pacientes son hombres, con una edad media 32,2 (rango 5-91), con una 57,8% de comorbilidades de atopia. En el 57,8% la dermatitis atópica es de inicio en la infancia/adolescencia, tiene una presentación clínica clásica en el 88,9% y un curso clínico persistente en el 55,6%. El 86% de los pacientes ha sido tratado con 3 o más inmunosupresores y en el 11,1% ha motivado ingreso hospitalario. El EASI basal es de 31,2, el prurito de 8,7/10 y la alteración del sueño de 7,5/10. La media de tratamiento ha sido de 12 meses y en el 37,8% se administró un tratamiento de inicio, corticoides o ciclosporina con una media de 3 meses. El EASI al final del tratamiento ha sido de 1,5 y el prurito de 2,2 y la alteración del sueño de 1,5. El 13,3% presentó reacciones adversas, mayoritariamente conjuntivitis (6,7%) todas leves que no motivaron retirada del fármaco.

Conclusión. En nuestra experiencia dupilumab ha sido un fármaco eficaz en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica que permite alcanzar el EASI 50 en el primer mes, el EASI 75 en el tercer mes y el EASI 90 en el sexto mes, así como una disminución superior a 4 puntos en las escalas de prurito y de alteración del sueño desde el primer mes de tratamiento, además es un fármaco seguro con efectos adversos escasos y leves.

10. IMPACTO DE DUPILUMAB SOBRE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS Y PREVALENCIA DE LA COEXISTENCIA DE DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA EN LA DERMATITIS ATÓPICA RECALCITRANTE: ESTUDIO PERDER-DA

J.F. Silvestre, A. Docampo Simón, M.A. Pastor, M. Rodríguez Serna, E. Serra Baldrich, A.M. Giménez Arnau, J. Miquel, J. Sánchez Pérez, T. Sanz, V. Zaragoza, P. Sánchez Pedreño, J.M. Carrascosa, M.E. Gatica, V. Fernández Redondo, S. Córdoba y R. González Pérez

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Antecedentes. Dupilumab ha mostrado buenos resultados terapéuticos en dermatitis atópica (DA). Sin embargo, algunos pacientes con DA grave tratados con dupilumab continúan presentando brotes de eczema en localizaciones previas (BE) o dermatitis persistentes localizadas (DPL). Se ha planteado que ambos podrían corresponder a dermatitis de contacto alérgica (DCA) sobreañadidas. Por otra parte, se desconoce el efecto que puede tener dupilumab en los resultados de las pruebas epicutáneas (PE).

Objetivo. Evaluar la frecuencia y etiología de BE y de DPL en los pacientes con DA grave tratados con dupilumab y valorar el impacto del dupilumab sobre las PE.

Método. Estudio observacional retrospectivo multicéntrico (14 centros hospitalarios). Se incluyen todos los pacientes con DA grave a los que se le han realizado PE durante el tratamiento con dupilumab. Se recogen datos epidemiológicos de los pacientes, variables clínicas de la enfermedad y los resultados de las PE actuales y previas.

Resultado. Se estudia 54 pacientes (61,1% varones, edad mediana 40,0 años). El tiempo medio de tratamiento con dupilumab fue de 19,9 meses. Un 66,7% presentaron DPL y 41,5% presentaron BE. Tras el estudio con pruebas epicutáneas el 72,5 de las DPL y el 94,7% de BE fueron considerados como DA. En las PE actuales se observaron 36 alérgenos positivos en 20 pacientes. Se estableció relevancia presente para 8 alérgenos en solo 3 pacientes. En las PE previas se obtuvo positividad para 14 alérgenos en 6 pacientes; 9/14 alérgenos de las PE previas se negatizaron en las PE actuales y en estas se detectaron 8 nuevos alérgenos positivos.

Conclusión. La mayoría de DPL y BE que presentan los pacientes con DA tratados con dupilumab son brotes de DA aunque consideramos oportuno descartar DCA mediante PE. Tanto dupilumab como la propia enfermedad podría influir sobre la positividad de determinados alérgenos en las pruebas epicutáneas.

11. DERMATOSIS PROFESIONALES DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS SARS-COV-2: NUESTRA EXPERIENCIA

A.M. Giménez Arnau, I. Chercoles López, A.F. López Herrera, R. Villar Vinuesa, F. Gallardo, C. Serra Pujadas y R. Pujol Vallverdu

Servicio de Dermatología - Salut Laboral. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. IMIM. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Antecedentes. Las dermatosis cutáneas profesionales relacionadas con las medidas tomadas para la reducción de la transmisión del COVID-19 son frecuentes. Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con COVID-19 deben usar equipos de protección personal (EPP) diariamente durante muchas horas y también mantienen las medidas preventivas generales fuera del trabajo. En base a la experiencia vivida en Wuhan, las reacciones adversas de la piel se informaron en el 74% de los encuestados. Las erupciones más comúnmente reportadas fueron sequedad (68,6%), pápulas o eritema (60,4%) y maceración (52,9%) los mismos problemas que el personal médico sufre actualmente en Europa.

Objetivo. La identificación de las enfermedades cutáneas profesionales inmunoalérgicas, su diagnóstico etiológico así como su prevención y tratamiento son el objetivo de este estudio.

Método. Treinta pacientes fueron visitados desde el mes de abril al mes de junio de 2020 por la unidad integral Dermatología/Salut Laboral dedicada al manejo de dermatosis profesionales durante esta pandemia de acuerdo con un protocolo asistencial previamente consensuado.

Resultado. Si bien todas las categorías profesionales consultaron, enfermería fue mayoritaria. El motivo más frecuente de consulta fue el eczema de manos y antebrazos (n= 12) seguido de la dermatitis perioral (n= 8), las lesiones por presión (n=3), la urticaria de contacto (n= 2) y otros. Se afectan las manos (n=13) y el área peribucal (n=12) predominantemente. El estudio inmunoalérgico estandarizado mediante epicutáneas así como el prick test (n= 14), incluyendo la serie basal y los productos propios ha permitido obtener conclusiones diagnósticas y etiológicas bien definidas. El lavado de manos empleando geles hidroalcohólicos así como la mascarilla fueron los EPP más frecuentemente implicados como agentes responsables (n=12 ambas).

Conclusión. Al margen del tratamiento adecuado de las lesiones, se revisaron los protocolos de higiene de manos en el ámbito hospitalario y de empleo adecuado de los guantes en situación de pandemia.

12. DERMATITIS PROFESIONAL O NO PROFESIONAL EN UN CASO DE ALERGIA A LACTONAS

I. Ruiz, C.C. Olmos Nieva, L.M. Valladares Narganes, H. Perandones González, S. Delgado Vicente y T. Alonso Alonso

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes. El índice MOAHLFA registra las proporciones de ciertas variables demográficas. M: male (varón), O: occupational (dermatitis es de origen laboral), A: atopy (dermatitis atópica), H: hand (afectación de manos), L: leg (afectación de piernas), F: face (afectación de cara) y la última A (aged > 40) indica la proporción de pacientes de más de 40 años.

Objetivo. Creemos que sería interesante redefinir en estos momentos el término occupational, en el índice MOAHLFA, debido a que en nuestro país muchas personas tienen más de un trabajo y por otra parte colectivos pensionistas ejercen de manera habitual labores que son una ocupación, remunerada o no.

Método. Paciente cartera de profesión que había padecido 2 brotes de lesiones cutáneas que se extienden desde las manos a cara y extremidades. Las lesiones duraban 4-5 semanas.

Resultado. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar española, serie plantas y aceite propio comercializado que fueron

positivas para lactonas sesquiterpénicas, partenolida y aceite de laurel comercializado.

Conclusión. En el caso presente registramos a la paciente como laboral (en winalldat) sin embargo en el nuevo registro la hubiéramos registrado como no laboral, al tener la oportunidad de poner recreacional. La paciente daba masajes no de manera laboral principal, pero sí con frecuencia, 3 veces por semana o más y empleaba tanto bayas de laurel naturales, planta con lactonas sesquiterpénicas como un producto comercializado que contenía bayas de laurel. La dermatitis laboral ("O "del MOAHLFA) sería la producida por un trabajo remunerado, por el que se pagan impuestos o ¿podría incluir también aquellas actividades remuneradas directamente o indirectamente que son realizadas con frecuencia y por las que no siempre se cotiza?

13. ERITRODERMIA EN PACIENTE CON PSORIASIS

M.E. Gatica-Ortega^a, M.A. Pastor-Nieto^b, I. Sánchez Matas^a, R. Torres-Aranda^a, L. Vergara de la Campa^a, M. Martínez Camacho^a y C. Pérez Hortet^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. ^bHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Antecedentes. El diagnóstico etiológico de la eritrodermia es complejo. Si existe patología previa que la pueda ocasionar, se tiende a atribuir a esta la causa. El solvent yellow 33 (INCI: C.I. 47000; n° CAS: 8003-22-3; sin. yellow 11 y quinazolina yellow 55) es un colorante utilizado en cosméticos, perfumes y jabones, que raramente ocasiona sensibilización. Presenta reactividad cruzada con QuinolineYellow (E-104; D&CYellow 10; CI 47005) utilizado en alimentación.

Objetivo. El estudio de un caso clínico complejo de eritrodermia en el que la dermatitis alérgica de contacto al colorante de un cosmético que utilizaba el paciente desarrolló un papel fundamental.

Método. Se describe un paciente de 58 años con psoriasis de larga evolución, hepatitis B y C, dependencia alcohólica y exADVP, valorado por eritrodermia pruriginosa, de un mes de evolución, curso brusco, con síntomas sistémicos (escalofríos, temblor, astenia, artralgias, edema en piernas). Se ingresó durante 10 días, mejorando parcialmente con corticoides sistémicos. Previamente había sido tratado con acetilcisteína, Nasonex y Strefen por una infección respiratoria. Trataba la psoriasis con una mezcla casera de romero macerado en aceite de oliva, aceite de almendras y "aceite de argán".

Resultado. Biopsia: hallazgos de eczema y psoriasis, compatible con toxicodermia. Pruebas de contacto: baterías estándar (GEI-DAC); perfumes y 17 productos propios (incluidos Nasonex, Strefen y N-acetilcisteína 1%, 10% y 20% pet.) observándose positividad a aceite de argán (+++ en D2 y 4; y RI en D7) y methylisothiazolinone: (? en D4 y 7, ++ D 11). Se obtuvieron positividades posteriormente para Solvent yellow 33 (+++; D2,4,7) (ingrediente del aceite de argán) y un "licor de manzana sin alcohol" (con E-102, tartrazina).

Conclusión. El caso refleja la trascendencia de: las pruebas epicutáneas en el estudio de una eritrodermia, fundamentalmente si presenta características eczematosas; las pruebas con los productos propios, y los ingredientes desglosados de los positivos, como herramienta diagnóstica imprescindible.

14. ERITEMA POSTIMPLANTACIÓN EN LAS MAMAS

F. Heras^a, B. Barroso^b, C. Santonja^c, D. Santiago^a, L. Núñez^a, I. Eraña^c, D. Mendoza^a y L. Requena^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Alergología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. El eritema postimplantación, también denominado eritema reticular telangiectásico, es una entidad caracterizada por placas eritematosas sobre zonas donde se han insertado diferentes dispositivos o prótesis. Presentamos cuatro casos localizados en las mamas que hemos tenido oportunidad de estudiar.

Resultado. Caso clínico de una mujer de 57 años, intervenida de carcinoma mamario, consultó por la aparición de placas eritematosas en ambas mamas y región epigástrica una semana después de la colocación de expansores mamarios previos a mastoplastia reconstructiva. Las placas se iban extendiendo a lo largo de los meses y no mejoraban con diversos antibióticos, corticoides tópicos ni orales. Se realizaron pruebas epicutáneas con una batería estándar (True Test®), los expansores mamarios y otros materiales empleados en la cirugía. Solo se observó una sensibilización al níquel (D4 +), de relevancia pasada. Se realizaron dos biopsias, que mostraron leve ectasia vascular en la dermis superficial e inflamación linfocitaria perivascular. A los dos años del inicio del cuadro se retiraron los expansores mamarios, desapareciendo las lesiones en pocas semanas. Posteriormente hemos observado otros tres casos de placas similares en mamas tras un seroma, expansores mamarios y mastoplastia. Los hallazgos histológicos fueron superponibles al primer caso y la clínica se resolvió igualmente cuando se pudo revertir el aumento de volumen.

Conclusión. Discusión: el eritema postimplantación se considera infrecuente y se ha descrito sobre la zona de implantación de marcapasos, prótesis diversas e incluso colecciones hemáticas. Puede confundirse, entre otros cuadros, con una reacción de hipersensibilidad a materiales protésicos o quirúrgicos. La negatividad de las pruebas epicutáneas y los sutiles cambios histológicos nos deben hacer sospechar esta entidad. Su origen podría deberse a cambios en la microvasculatura producidos por un efecto de volumen de distintos dispositivos y/o colecciones serohemáticas. La resolución al corregir el factor de distensión-volumen es la norma.

15. DERMATITIS ALÉRGICA Y FOTOALÉRGICA DE CONTACTO Y ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE. ¿DESCIFRANDO EL ENIGMA DE LA ENFERMEDAD DE MODA?

M.A. Pastor-Nieto^a, M.E. Gatica Ortega^b, J. Mariscal Martínez^a, A. Vergara Sánchez^a, P. González Muñoz^a, C. Sánchez Herreros^a y E. de Eusebio Murillo^a

^aHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España.

Antecedentes. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es multifactorial con una posible participación de los filtros ultravioleta (benzyl salicylate, benzofenona 4, y ethylhexyl methoxycinnamate) en fotoprotectores/cosméticos. El benzyl salicylate es un disruptor endocrino y existe un caso publicado de liquen plano pilar causado por un fotoprotector capilar con esta molécula. La AFF y la sensibilización por contacto se asocian. Un 52-65% de las AFF tienen positividades en las pruebas epicutáneas. En un estudio británico se obtuvieron positividades a hidroperóxidos de linalool y M. pereirae más altas que en población general). Un estudio brasileño detectó positividad frecuente con níquel y fragancias (similares a población con eccema) pero no asociación con fotoalergia. En otro estudio internacional, el cobalto y níquel fueron los alérgenos más frecuentes.

Objetivo. Evaluar la frecuencia de sensibilización/fotosensibilización a ingredientes de cosméticos en AFF.

Método. Se analizan los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas a pacientes con AFF con o sin eccema (estándar, cosméticos, fragancias, fotoparche con serie de filtros solares y productos propios).

Resultado. Se estudian 25 (24 mujeres y 1 hombre) de edad media: 65 (39-86). El 87% tuvo positividades siendo la más frecuente el benzyl salicylate (7 positivos; 29%) seguida del níquel (6); propios

(6, incluidos 2 fotoprotectores); hidroxietilmetacrilato (3); metildi-bromoglutaronitrilo (3); octyl gallate (3). En una paciente se detectó sensibilización a butyl methoxydibenzoyl methane en un fotoprotector. Los fotoparches fueron negativos.

Conclusión. Se destaca la alta frecuencia de pruebas positivas en pacientes con AFF. En especial destaca la frecuente sensibilización a benzyl salicylate en esta población. Dado que esta molécula es un disruptor endocrino, se especula con que la sensibilización refleje una mayor exposición en este grupo con posible impacto en la etiología. La AFF y la sensibilización a benzyl salicylate serían consecuencia de una mayor exposición, siendo posiblemente variables independientes sin poder descartarse una relación entre ellas.

Pósteres

1. SÍNDROME DE SCHNITZLER COMO CAUSA PROBABLE DE URTICARIA CRÓNICA RESISTENTE A TRATAMIENTO

J. Espiñeira Sicre, P. Soro Martínez, L. García Fernández y L. Beas Porcel

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. España.

Antecedentes. Mujer de 53 años sin antecedentes de interés controlada en consulta por urticaria crónica. La paciente refiere brotes de lesiones habonosas evanescentes sin angioedema ni otra clínica sistémica acompañante. Se realizó tratamiento con antihistamínicos orales segunda generación hasta 4 al día, al que se añadió montelukast y omalizumab a dosis habituales sin obtener respuesta. Las pruebas complementarias mostraron una banda monoclonal IgM Kappa en el proteinograma y una biopsia compatible con dermatosis urticarial neutrofílica. Ante estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de caso probable de síndrome de Schnitzler.

Resultado. El síndrome de Schnitzler es una rara enfermedad sistémica adquirida que se engloba dentro de los síndromes autoinflamatorios sistémicos. Se manifiesta típicamente con un exantema urticarial que cursa en forma de brotes espontáneos que no responden a antihistamínicos y se acompaña de una gammapatía monoclonal de cadena ligera Kappa junto con otras alteraciones sistémicas. Su diagnóstico se establece como probable o seguro en función de los criterios de Estrasburgo y el diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con la urticaria crónica espontánea, la urticaria vasculitis, CAPS y la enfermedad de Still del adulto. El principal riesgo en cuanto a pronóstico es el desarrollo de trastornos linfoproliferativos, así como amiloidosis. Su tratamiento no está bien establecido pero se han descrito resultados satisfactorios con inhibidores de la IL-1.

Conclusión. Ante un paciente diagnosticado de urticaria crónica espontánea que no responde al tratamiento convencional, debemos plantearnos otras entidades, entre las que se incluye el síndrome de Schnitzler.

2. MUCHO MÁS QUE UNA URTICARIA

A. Martínez Doménech, M. García-Legaz Martínez, F. Partarrieu Mejías, J. Lorca Sprohnle, A. Casanova Esquembre, A. García Rabasco, A. Pérez Ferriols y V. Zaragoza Ninet

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. Las lesiones urticariales pueden ser la forma de presentación de diversas patologías, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio y debe apoyarse en el conjunto de datos clínicos e histológicos.

Objetivo. Describimos el caso de una mujer que consulta por aparición de grandes placas urticariales como forma de presentación de una dermatosis infrecuente.

Método. Mujer de 53 años con antecedentes de síndrome CREST y adenocarcinoma de endometrio tratado con histerectomía 5 años antes. Consulta por aparición de placas urticariales en los últimos 2 días, acompañadas de malestar general, fiebre y artralgias. Niega cambios recientes en su medicación habitual ni toma esporádica de otros fármacos.

Resultado. Se realiza una biopsia cutánea con histología compatible con dermatitis granulomatosa intersticial. Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) corporal total con el objetivo de descartar etiología paraneoplásica, donde se objetivan 2 pseudonódulos pulmonares en lóbulo inferior izquierdo y un tercero en lóbulo inferior derecho. Tras el estudio histológico de los nódulos es diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón de tipo mucinoso, estadio IV. La clínica cutánea se mantiene adecuadamente controlada con cloroquina hasta el inicio de su tratamiento oncológico y durante el mismo.

Conclusión. Describimos un caso de dermatitis granulomatosa intersticial paraneoplásica, presentándose como un cuadro de placas urticariales, a raíz del cual se llega al diagnóstico de una variante rara de adenocarcinoma de pulmón.

3. LIGELIZUMAB LOGRA UNA TASA DE RESPUESTA COMPLETA MÁS DEL 40% SUPERIOR EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA PREVIAMENTE TRATADOS CON OMALIZUMAB

A.M. Giménez Arnau, M. Maurer, W. Soong, J.A. Bernstein, G. Sussman, M. Metz, B. Lanier, M. Hide, K. Sitz, E. Hua, A. Barve, T. Severin y R. Janocha

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

Antecedentes. Ligelizumab (LGZ), un anticuerpo monoclonal humanizado anti-IgE, se une a IgE con mayor afinidad que omalizumab (OMA).

Objetivo. Valorar la eficacia/seguridad de LGZ 240 mg empleado durante 1 año en el estudio de extensión (NCT02649218) en pacientes que fueron tratados originalmente con OMA en el estudio principal (NCT02477332).

Método. Estudio principal fase 2b de 20S. Pacientes adultos con urticaria crónica espontánea (UCE) moderada-grave (Urticaria Activity Score semanal [UAS7] "16) aleatorizados a LGZ 24, 72 o 240mg, OMA300mg, LGZ120mg (dosis única) o placebo cada 4 semanas (q4s) durante cinco inyecciones. Después de 16S de lavado tras la última dosis, los pacientes elegibles (UAS7"12) fueron incluidos en estudio de extensión de 1 año, abierto, de brazo único (LGZ240mg q4s). Para los pacientes con OMA en el estudio principal se calculó el cambio medio absoluto en UAS7 desde el inicio (BL) a S12 y proporción de pacientes que alcanzó control completo de la enfermedad (UAS7=0).

Resultado. El 70,6% (226/320) de los pacientes del estudio principal fueron elegibles por UAS7"12 y consintieron ser incluidos en estudio de extensión tras lavado (S32). El 88,9% (201/226) de ellos completaron el tratamiento de 1 año. El cambio medio absoluto en UAS7 desde BL hasta S12 con OMA300mg en el estudio principal fue de -17,65 (n=53), y para el retratamiento con LGZ-240mg de -20,88 (n=53). El 30,2% pacientes lograron respuesta completa (UAS7=0) con OMA a S12 en estudio principal, aumentando a 43,4% tras 12S con LGZ. El 32,1% de pacientes lograron respuesta completa (UAS7=0) con OMA a S20 en estudio principal y 56,6% al retratamiento con LGZ al evaluarse nuevamente a 52S (fig. 1).

Conclusión. Los pacientes con UCE inicialmente tratados con OMA experimentaron >40% más de tasa de respuesta completa tras 12S

con LGZ240mg, manteniéndose la respuesta mejorada durante todo el período de tratamiento.

4. EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD SE CORRELACIONA CON MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ANGIOEDEMA TRATADOS CON LIGELIZUMAB

E. Serra Baldrich, A.M. Giménez Arnau, M. Maurer, W. Soong, J.A. Bernstein, G. Sussman, M. Metz, B. Lanier, M. Hide, K. Sitz, E. Hua, A. Barve, T. Severin, R. Reinhold Janocha y M. Balp

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

Antecedentes. En urticaria crónica espontánea (UCE), la actividad de la enfermedad y el deterioro de calidad de vida (CV) pueden evaluarse mediante Urticaria Activity Score (UAS)/Angioedema Activity Score (AAS) y Dermatology Life Quality Index (DLQI), respectivamente.

Objetivo. Cambios en UAS semanal (UAS7), AAS semanal (AAS7) y DLQI en pacientes con UCE tratados con ligelizumab, omalizumab o placebo.

Método. Estudio principal fase 2b de 20 semanas (S) de ligelizumab 72mg y 240mg versus omalizumab 300mg y placebo, en pacientes con UCE y angioedema inadecuadamente controlados con antihistamínicos-H1 (NCT02477332). Análisis de cambios en respuesta al tratamiento desde inicio (BL) en UAS7, AAS7 y DLQI, y del coeficiente de correlación Pearson (valor-R) de UAS7 y AAS7 con DLQI, respectivamente, en datos agrupados en el tiempo por tratamiento.

Resultado. Ciento sesenta y cinco pacientes con UCE y angioedema en BL. UAS7 media (DE) en BL para pacientes con ligelizumab 72mg, 240mg, omalizumab y placebo: 33,1 (6,66), 29,8 (7,46), 30,2 (8,51), 32,0 (0,49), respectivamente. Reducciones en UAS7 desde BL observadas en S4, S12 y S20 tras tratamiento y acompañadas de mejoras en DLQI. Correlación (valor-R) entre UAS7 y DLQI: 0,85 (p#0,001), 0,81 (p#0,001), 0,78 (p#0,001) y 0,69 (p#0,001) para ligelizumab 72mg, 240mg, omalizumab y placebo, respectivamente. AAS7 media (DE) en BL para pacientes con ligelizumab 72mg, 240mg, omalizumab y placebo: 42,2 (25,04), 32,8 (28,11), 30,6 (22,82) y 39,5 (24,91) respectivamente. Reducciones en AAS7 desde BL observadas con el tiempo y acompañadas de mejoras en DLQI. Correlación (valor-R) entre AAS7 y DLQI: 0,72 (p#0,001), 0,66 (p#0,001), 0,59 (p#0,001) y 0,52 (p#0,001) para ligelizumab 72mg, 240mg, omalizumab y placebo, respectivamente (tabla 1).

Conclusión. Pacientes con UCE y angioedema tratados con ligelizumab 72mg y 240mg y omalizumab lograron mejoras sostenidas en UAS7, AAS7 y DLQI a lo largo del tiempo. Esta mejora (reducción de síntomas) se correlaciona con mejor CV dermatológica.

5. LIGELIZUMAB LOGRA UNA ALTA TASA DE RESPUESTA COMPLETA EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA DE MODERADA A GRAVE

F.J. Ortiz de Frutos, M. Maurer, A.M. Giménez Arnau, W. Soong, J.A. Bernstein, G. Sussman, M. Metz, B. Lanier, K. Sitz, M. Hide, E. Hua, A. Barve, T. Severin y R. Janocha

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

Antecedentes. Ligelizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado anti-IgE de nueva generación y alta afinidad, ha demostrado mayor control de síntomas de habones, picor y angioedema versus omalizumab y placebo en pacientes adultos con urticaria crónica espontánea (UCE) hasta 20 semanas (S) en estudio principal fase 2b.

Objetivo. Eficacia de ligelizumab 72mg y 240mg versus omalizumab a 4S y 12S en pacientes con UCE moderada-grave al inicio del estudio (BL).

Método. Estudio fase2b (NCT02477332), aleatorizado, doble ciego. Ligelizumab (24mg, 72mg o 240mg cada 4S [q4s] o dosis única 120mg) versus omalizumab 300mg q4s o placebo en pacientes adultos con UCE moderada-grave (Urticaria Activity Score semanal [UAS7]"16). Rangos puntuaciones: UAS7=28-42, UCE grave; UAS7=16-27, UCE moderada; UAS7=7-15, UCE leve; UAS7=1-6, baja actividad; UAS7=0, sin urticaria. Presentamos porcentaje de pacientes con UCE moderada-grave en BL que logra control completo de síntomas (UAS7=0) o baja actividad/buen control (UAS7#6) en S4 y S12 para ligelizumab (72mg y 240mg) y omalizumab 300mg.

Resultado. Distribución de pacientes con UCE moderada-grave equilibrada entre tratamientos en BL (moderada: 23,8%-37,6%; grave: 58,8%-75,0%). En S4, de los pacientes con UCE moderada en BL y tratados con ligelizumab 72mg y 240mg, 70,0% y 48,1%, respectivamente, alcanzaron UAS7#6, versus 34,4% con omalizumab (tabla 1). En pacientes con UCE grave en BL, 42,9% y 41,0% alcanzaron UAS7#6 con ligelizumab 72mg y 240mg, respectivamente, versus 28,0% con omalizumab. En S4, 35,0% y 25,9% pacientes con UCE moderada en BL y tratados con ligelizumab 72mg y 240mg, respectivamente, alcanzaron UAS7=0, versus 12,5% con omalizumab (tabla 1). En pacientes con actividad de UCE grave en BL, 28,6% y 32,1% alcanzaron UAS7=0 con ligelizumab 72mg y 240mg, respectivamente, versus 22,0% con omalizumab.

Conclusión. Desde S4 en adelante, los pacientes con actividad moderada-grave en BL mostraron un porcentaje marcadamente mayor de respuesta completa con ligelizumab (72mg o 240mg) versus omalizumab (300mg).

6. MANEJO DEL ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR

H. Sánchez Ocando^a, A. Entrala Bueso^b, D. Loli Aseujo^b, C. Gómez Traseira^b, E. Phillips Anglés^b, M. Pedrosa Delgado^c, R. Cabañas Moreno^c y T. Caballero Molina^c

^aServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. ^bServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital La Paz (IdiPaz), ^cServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. ^bInstituto de Investigación Sanitaria Hospital La Paz (IdiPaz). ^cCentro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER U^{red}). Madrid. España.

Antecedentes. En las dos últimas décadas ha cambiado mucho el espectro de tratamientos disponibles para el angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1-INH). El objetivo de este estudio es describir la situación del tratamiento de esta enfermedad en nuestro centro.

Objetivo. Describir la situación del tratamiento de esta enfermedad en nuestro centro.

Método. Revisión retrospectiva de pacientes con AEH-C1-INH en seguimiento en la consulta de alergia del Hospital Universitario La Paz (HULP) hasta diciembre de 2019. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de tratamiento (profilaxis a largo plazo PLP, profilaxis a corto plazo PCP y tratamiento de ataques agudos) en el año 2019.

Resultado. Ciento setenta y cuatro pacientes (90, 51,7% mujeres) con AEH-C1-INH habían sido vistos alguna vez en el (HULP). Siete pacientes han fallecido por otras causas. Disponemos de datos de 2019 en 120 pacientes. De los que viven en la Comunidad de Madrid (N=111), 99 pacientes disponían en el domicilio de concentrado plasmático de C1 inhibidor (cpC1INH) o acetato de icatibant (22 solo cpC1INH, 19 solo icatibant, 58 ambos) y 12 pacientes no recogieron medicación. La mayoría de los pacientes se autoadministraban acetato de icatibant SC y algunos el cpC1INH IV. En 2019 para el tratamiento de los episodios agudos, 1 paciente usó ácido tranex-

xámico, 15 pacientes cpC1INH, 23 icatibant y 27 cpC1INH e icatibant. Quince pacientes realizaron PCP (14 con cpC1INH y 1 con danazol); 37/120 (30,8%) pacientes realizaban PLP (danazol 17, estanzolol 6, danazol/estanzolol 1, ácido tranexámico 4, cpC1INH IV 7, cpC1INH SC 1, ensayo clínico 1).

Conclusión. La mayoría de los pacientes disponían de cpC1INH y/o acetato de icatibant en domicilio. Casi todas las PCP se realizaron con cpC1INH. Un bajo porcentaje de pacientes realizaban PLP, siendo los andrógenos atenuados los fármacos más utilizados.

7. TRES CASOS DE ANGIOEDEMA ADQUIRIDO TRATADOS CON RITUXIMAB

F. Vílchez Sánchez, A. Entrala Bueso, N. Hernández Cano, A. Fiandor Román, R. Cabañas Moreno y T. Caballero

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Antecedentes. Existen casos de angioedema adquirido (AEA) de difícil diagnóstico y mala respuesta a tratamiento convencional.

Objetivo. Presentamos tres casos tratados finalmente con rituximab.

Método. Caso 1: mujer, 72 años. Linfoma B linfocítico tratado con ibrutinib. Desde diciembre de 2018, angioedema (AE) facial recurrente con escasa respuesta a antihistamínicos y corticoides. Respuesta variable a concentrado plasmático de C1-inhibidor (cpC1INH). Episodios en vía respiratoria superior (VRS) con visitas a urgencias. Valores normales de C1INH antigénico y funcional, niveles bajos de C4 y C1q y anticuerpos anti C1q. Reflujo gastroesofágico. Caso 2: mujer, 46 años diagnosticada en otro centro de AEH-C1-INH. AE recurrente desde 1997 (periférico, abdominal o facial), con empeoramiento tras FIV; 2-3 ataques de AE por semana pese a PLP con cpC1INH IV. Valores bajos de C1INH antigénico y funcional, con C4 y C1q normales. Caso 3: mujer, 53 años. Artritis reumatoide tratada con certolizumab. Desde 2010 AE facial intenso recurrente y en VRS. Alergia alimentaria. Múltiples visitas a urgencias. Respuesta variable a antihistamínicos, corticoides, montelukast, adrenalina, acetato de icatibant, cpC1INH, ácido tranexámico y omalizumab. Empeoramiento con estrés y ansiedad. Estudio inmunológico normal.

Resultado. Caso 1: levocetirizina, montelukast, ácido tranexámico y omeprazol a dosis plenas, con mejoría parcial. Tras rituximab 375mg/m² (4 dosis), mejoría importante en frecuencia e intensidad del AE, reduciéndose resto de medicación. Caso 2: sin antecedentes familiares. Sin mutación del gen SERPING1 ni F12. En 2017, autoanticuerpos IgG contra C1INH, diagnosticándose AEA-C1INH. Se suspende PLP y se inicia rituximab. Mejoría notable (disminución de ataques y medicación de rescate). Sin cambios analíticos. Caso 3: se descarta mutación del gen F12, ANGPT12 y PLG1. Se diagnostica AE idiopático crónico probablemente mixto (histaminérgico/bradinerérgico) vía mastocito-basófilo. Se reinicia omalizumab. Se cambia certolizumab por rituximab consiguiendo espaciamiento de los ataques y disminución de su intensidad.

Conclusión. Rituximab es una alternativa terapéutica efectiva en algunos casos complejos de AEA.

8. TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA/ANGIOEDEMA Y OTROS PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS

A.R.C. Nin Valencia, A. Entrala Bueso, A. Fiandor Román, R. Cabañas Moreno y T. Caballero Molina

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Antecedentes. El omalizumab fue aprobado por la EMA en 2015 en urticaria crónica espontánea (UCE) y comercializado en España en 2016.

Objetivo. El objetivo del estudio fue describir el uso de omalizumab en vida real en pacientes con urticaria/angioedema y otros problemas dermatológicos.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo con datos demográficos-clínicos de adultos que iniciaron tratamiento con omalizumab por urticaria/angioedema y otros problemas dermatológicos entre 2011 y 2019.

Resultado. Se incluyeron 62 pacientes (42 mujeres, 67,7%; edad media: 50,22 ± 16,3 años); 19 presentaban UCE, 5 angioedema agudo recidivante, 31 UCE más angioedema, 3 urticaria a frigore, 2 urticaria-vasculitis, 1 UCE y mastocitosis sistémica y 1 queilitis granulomatosa de Miescher. La mediana de IgE total basal fue 88,9 kU/L (P25-P75: 38,7-270,5). La dosis inicial previa al año 2016 se basó en IgE total y peso, luego dosis fija 300 mg/4 semanas. La respuesta a omalizumab tras 1.ª dosis (n=61) fue completa en 19, casi completa en 1, parcial en 30 y sin respuesta en 11 pacientes. A los 6 meses (n=54) fue completa en 16, casi completa en 3, parcial en 29 y sin respuesta en 6. Treinta y cinco pacientes refirieron algún efecto secundario atribuido a omalizumab, los más frecuentes somnolencia (33,8%) y cefalea (13%). El omalizumab se suspendió en 14 pacientes por siguientes razones: mejoría 5, no mejoría 3, efectos adversos 2, decisión del paciente 3 y por error de comunicación médico-paciente 1. De 5 pacientes en que se suspendió por mejoría, en 3 hubo que reiniciarlo por reaparición sintomatológica. La dosis de omalizumab actual es superior a la dosis fija en 9 pacientes e inferior en 19. El intervalo entre dosis se pudo aumentar en 19 pacientes llegando hasta un máximo de 20 semanas en 1 paciente. **Conclusión.** Omalizumab es eficaz en el tratamiento de UCE. Los efectos secundarios atribuidos son bien tolerados.

9. FRECUENCIA DE SENSIBILIZACIÓN A LOS INGREDIENTES DE LAS MEZCLAS DE FRAGANCIAS I Y II PARA CADA UNO DE LOS FACTORES INCLUIDOS EN EL ÍNDICE MOAHLFA

M.J. Sánchez Pujol, A. Docampo Simón, P. Mercader, R. González Pérez, M. Hervella Garcés, T. Sanz Sánchez, S. Córdoba Guijarro, J. Sánchez Pérez, F. Heras, A.M. Giménez Arnau, M.E. Gatica Ortega, M.A. Pastor Nieto, V. Zaragoza, J.M. Carrascosa, B. García Bravo, I. Ruiz González, L. Borrego, P. Sánchez-Pedreño Guillén, J. Ortiz de Frutos, J. García Gavín, P.V. Fernández Redondo, E. Serra y J.F. Silvestre Salvador

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Antecedentes. Las fragancias constituyen la segunda causa más frecuente de dermatitis de contacto alérgica en España. Existen escasos datos previos sobre la frecuencia de sensibilización a las distintas fragancias individuales en grupos epidemiológicos concretos.

Objetivo. Determinar la frecuencia de sensibilización a las fragancias individuales de la mezcla de fragancias I y la mezcla de fragancias II para cada una de las características clínicas y demográficas incluidas en el índice MOAHLFA (género, edad, antecedente de dermatitis atópica, dermatitis ocupacional y localización afecta).

Método. Estudio retrospectivo multicéntrico desarrollado en 23 hospitales españoles durante 5 años (2011-2015). Se identificó a los pacientes con positividad a marcadores de fragancias en las pruebas epicutáneas en los que se testó una batería específica de fragancias. En esta población se obtuvo el índice MOAHLFA y para cada uno de los componentes del índice MOAHLFA se calculó la distribución de frecuencias de sensibilización a todas las fragancias individuales de la mezcla de fragancias I y la mezcla de fragancias II.

Resultado. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería específica de fragancias en 1.013 pacientes. E. prunasti (16%) y geraniol (16,6%) fueron los alérgenos más frecuentes en hombres y mujeres, respectivamente. En la edad pediátrica, el principal alérgeno fue isoeugenol (17,9%) mientras que en pacientes jubilados fue geraniol

(22,4%). Los alérgenos más comunes en los eczemas de origen ocupacional fueron citral (20,5%) y lyral (14,5%), los cuales se encontraron también implicados en gran parte de las dermatitis localizadas en las manos y la cara.

Conclusión. La frecuencia de las distintas fragancias individuales implicadas en las reacciones de alergia cutánea varía según la edad, el sexo, localización del eczema y la historia de dermatitis atópica u ocupacional.

10. INTOLERANCIA A COSMÉTICOS: VALOR AÑADIDO DE PARCHEAR LA BATERÍA ESPECÍFICA FRENTE A LA BATERÍA ESTÁNDAR ESPAÑOLA

A. Sagra Guedes, L. Rodríguez, L. Revenga y L. Borrego

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

Antecedentes. La dermatitis de contacto alérgica por cosméticos es un problema dermatológico frecuente, creciente y con un importante coste invertido para llegar a un diagnóstico de certeza. Usando solo la batería estándar española pueden pasarse por alto muchos alérgenos relacionados con los cosméticos.

Objetivo. El objetivo de este estudio es determinar el porcentaje de enfermos parcheados con la batería de cosméticos que se hubieran quedado sin diagnosticar si solo se le hubiera parcheado la batería estándar española.

Método. Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se revisaron todos los pacientes recogidos en la base de datos de la unidad de DAC del Hospital Insular de Gran Canaria a los que se les parcheó la batería de cosméticos (chemotechnique®) en el periodo comprendido entre enero de 2005 - mayo de 2018. Se recogieron las variables clínicas y las positividades con las relevancias de los enfermos.

Resultado. Se parchearon un total de 971 enfermos de los cuales 272 (28%) tuvieron pruebas positivas en relación con cosméticos. Ciento treinta y cuatro (17%) pacientes presentaron alguna positividad a alérgenos incluidos exclusivamente en la batería de cosméticos. Se obtuvieron 1474 positividades, 486 a alérgenos que pueden estar relacionados con productos cosméticos y 182 a alérgenos exclusivos de la batería de cosméticos. De los 53 alérgenos que conforman la batería de cosméticos no incluidos en la serie estándar española, 23 presentaron alguna positividad. De ellos los más frecuentes son el shellac, la tert-butilhidroquinona (BHT), la Hexahidro-1,3,5-tris-(2-hidroxyethyl) triazine, la cocamidopropil betaina, y los galatos.

Conclusión. Si solo se parchea la batería estándar española en un paciente con posible sensibilización a componentes de productos cosméticos un alto porcentaje de pacientes se queda sin diagnóstico. Sin embargo, hay un importante número de alérgenos de la batería de cosméticos que no han mostrado ninguna positividad, lo cual sugiere que quizás fuera más eficiente realizar un primer screening con una batería seleccionada.

11. TENDENCIA DE LA SENSIBILIZACIÓN DE CONTACTO A METILCLOROISOTIAZOLINONA/METILISOTIAZOLINONA DURANTE 10 AÑOS EN 8 CENTROS TERCARIOS ESPAÑOLES Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

L. Martos-Cabrera^a, M.A. Descalzo Gallego^b, A.M. Giménez Arnau^c, J.F. Silvestre Salvador^d, I. Ruiz González^e, P. Mercader García^f, V. Fernández Redondo^g, J. García Gavín^h, J.C. Armario Hita^e y J. Sánchez Pérez^a

^aHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^bUnidad de Investigación AEDV. ^cHospital del Mar. Barcelona. ^dHospital Vithas Medimar Internacional. ^eHospital Universitario Puerto Real.

Cádiz. ^fHospital Morales Meseguer. Murcia. ^gEstructura Organizativa de Xestión Integrada. ^hClínica Pérez & Gavín dermatólogos.

Antecedentes. La metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (MCI/MI) y la metilisotiazolinona (MI) son conservantes responsables de elevadas tasas de sensibilización de contacto.

Objetivo. Estudiar la tendencia de la sensibilización de contacto a la MCI/MI y de la MI, evaluar las características epidemiológicas e investigar los factores de riesgo que condicionan la sensibilización.

Método. Se realiza un estudio retrospectivo en ocho centros terciarios españoles entre 2004-2014, incluyendo 9900 pacientes con sospecha de eczema de contacto parcheados con la serie estándar española. Se registraron las reacciones positivas a la MCI/MI y/o MI y se compararon las características sociodemográficas y clínicas entre los pacientes sensibilizados a las isotiazolinonas y los que no lo estaban.

Resultado. Se registraron un total de 702 pacientes (7%) con reacciones positivas a la isotiazolinonas, entre estos, el 71% eran mujeres. En el periodo de 2007-2010 la frecuencia de sensibilización a la MCI/MI osciló entre 3-4%, incrementándose entre el 2010-2013 hasta alcanzar un pico en el 2013 (12%), mientras que la sensibilización a MI mantiene una tendencia al alza entre el 2012-2014. En pacientes con alergia de contacto a las isotiazolinonas se observó una relación estadísticamente significativa con la localización en manos y el origen ocupacional del eczema. En el 61% de los pacientes alérgicos al MCI/MI se confirmó la relevancia clínica, siendo más frecuentes los cosméticos que permanecen en la piel (n=72,5%) frente a los que se aclaran con agua (n=27,5%). La polisensibilización fue el factor de riesgo más importante asociado a la alergia de contacto a las isotiazolinonas.

Conclusión. Los datos muestran el incremento de la alergia de contacto a las isotiazolinonas en nuestro medio hasta 2014, siendo más frecuente en mujeres, con eczema de contacto localizado en manos, predominio ocupacional y polisensibilizadas. La regulación oficial de la concentración de isotiazolinonas es aconsejable especialmente en fuentes de exposición ocupacional.

12. PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON LOS PRODUCTOS PROPIOS DEL PACIENTE: IMPORTANCIA DE SU USO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ECZEMA DE CONTACTO ALÉRGICO

F. Tous Romero, M. Penalba Torres, P.L. Ortiz Romero y J. Ortiz de Frutos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Antecedentes. Se ha demostrado la utilidad de incluir los productos propios del paciente para el diagnóstico de eczema de contacto alérgico, siendo positivas las pruebas epicutáneas a estos en el 2-8% de los pacientes. La mayor parte de estas series están centradas en cosméticos o fragancias, siendo escasa la literatura reciente en relación con este tema, o que incluya otro tipo de productos propios.

Objetivo. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de las positividades a productos propios en las pruebas epicutáneas realizadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre entre 1999-2016, determinando la frecuencia de positividad a estos, así como el porcentaje de pacientes que no se hubieran diagnosticados correctamente si no se hubieran incluido dichos productos en su estudio.

Método. Obtuvimos la información de la base de datos de pruebas epicutáneas de nuestro centro, la cual incluía a 3514 pacientes estudiados en este periodo con sospecha de eczema de contacto alérgico.

Resultado. En 363 pacientes (10,33% de los pacientes parcheados) hubo una positividad a al menos un producto propio. El tipo de producto propio responsable más frecuentemente del eczema alérgico de contacto correspondía a medicamentos tópicos (35,97% de

los propios positivos), seguido de cremas hidratantes (15,1%). Se identificó el alérgeno responsable en un 64,5% de los productos propios positivos, siendo los más frecuentes la mezcla de fragancias, y Kathon CG. En el 37% de los pacientes con productos propios positivos la positividad al mismo fue la única clave para llegar al diagnóstico de eczema alérgico de contacto, correspondiendo al 3,81% del total de los pacientes estudiados.

Conclusión. La inclusión de productos propios en la realización de pruebas epicutáneas resulta de gran utilidad en el diagnóstico de eczema alérgico de contacto en nuestra área. La ausencia de su uso puede producir una pérdida considerable de diagnósticos.

13. SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA DE CONTACTO EN PACIENTES CON ROSÁCEA

J. Magdaleno Tapial, V. Zaragoza Ninet, C. Sierra Talamantes, C. Valenzuela Oñate, Á. Martínez Doménech, M. García-Legaz Martínez, F. Partarrieu Mejías, J. Lorca y A. Casanova Esquembre

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. La rosácea es una dermatosis acneiforme crónica donde la disrupción de la barrera cutánea puede provocar una facilidad para la sensibilización a distintos alérgenos.

Objetivo. Analizar la sensibilización alérgica de contacto en los pacientes con rosácea de nuestro medio.

Método. Estudio de cohortes retrospectivo analizando todos los pacientes parchados en la Consulta de Alergia Cutánea de nuestro Servicio entre mayo de 1991 hasta mayo de 2019.

Resultado. Durante el tiempo de estudio han sido remitidos a nuestra consulta un total de 200 pacientes con rosácea, lo que supone un 2,1% del total de pacientes parchados en este tiempo. El 81% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 44,7 años. El 46,5% presentaron al menos un parche positivo considerándose de relevancia presente (RP) en el 15%. Los parches positivos más frecuentes fueron níquel (26%), seguido de cloruro de cobalto (6,5%), isotiazolinonas (6%), PPDA (5,5%), mezcla de perfumes II (5%) y thiomersal (3,5%). Los parches positivos de RP más frecuentes fueron isotiazolinonas en 10/200 pacientes (5%), PPDA, mezcla de fragancias II, toluensulfonamida formaldehído resina en 4/200 pacientes cada uno (2%), tixocortol y mezcla I de fragancias en 2/200 cada uno (1%). El grupo de sustancias más frecuentemente detectadas fueron los metales, con una RP en el 12,6%, seguido de los fármacos con una RP en el 25,8%. Los conservantes y las fragancias fueron los siguientes grupos de sustancias más frecuentemente positivas, con una RP en el 70,8% y el 43,7%, respectivamente. La fuente de sensibilización más frecuente fueron los cosméticos seguido de los fármacos tópicos, destacando los corticoides y antifúngicos tópicos.

Conclusión. Destacamos una elevada prevalencia de dermatitis alérgica de contacto en pacientes con rosácea que sustenta la realización de pruebas epicutáneas, especialmente en aquellos con empeoramiento de sus lesiones en relación a la aplicación de productos cosméticos o fármacos tópicos.

14. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN REGIÓN FACIAL. REVISIÓN DE CASUÍSTICA

S. Santos-Alarcón, H. Gegúndez Hernandez, J.M. Sánchez Motilla y V. Zaragoza Ninet

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Antecedentes. La dermatitis alérgica de contacto (DAC), es una dermatosis con una incidencia y prevalencia en aumento en los últimos años. Una de las regiones anatómicas más afectadas es la región facial.

Objetivo. Revisar la casuística de DAC en región facial hasta la actualidad, en la consulta de alergia cutánea del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

Método. Se incluirán los datos registrados hasta la actualidad en la base de datos de la consulta de alergia cutánea, con diagnóstico de DAC y se limitará a la región facial, donde se describirán sus características clínicas.

Resultado. Se presentan 117 pacientes, con diagnóstico de DAC en región facial. Con una edad media de 49,21 años; 101 pacientes de sexo femenino (86,32%); 116 (99,14,5) pacientes con hábitat urbano. De las 88 profesiones registradas, un 36,4% fueron profesionales de hogar, un 17% administrativos, y un 6,8% profesiones del sector limpieza, entre otros. Un 18,8% de los pacientes, tenían antecedentes de atopía.

Conclusión. Se detallarán parámetros clínicos y perfiles de sensibilización de los test diagnósticos, en el póster presentado.

15. RESULTADO DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON ECZEMA DE PÁRPADOS DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS. ¿EXISTE DIFERENCIA EN LOS ALÉRGENOS DE CONTACTO ENTRE AMBOS SEXOS?

P. Rosés Gibert, F.J. de la Torre Gomar, J. Gimeno Castillo y R. González Pérez

Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.

Antecedentes. La dermatitis palpebral es una afección cutánea frecuente y de difícil tratamiento. No hemos encontrado en la literatura ningún estudio que determine las diferencias de alérgenos de contacto entre hombres y mujeres en esta región anatómica.

Objetivo. Determinar los alérgenos de contacto más frecuentes en hombres y mujeres estudiados por sospecha clínica de eczema alérgico de contacto (EAC) durante un período de 5 años.

Método. Se han analizado los resultados positivos de las pruebas epicutáneas realizadas por DAC palpebral entre enero de 2015 y diciembre de 2019 en la Unidad de Alergia Cutánea de nuestro servicio. La lectura de las pruebas epicutáneas fue a las 48h y 96h y se clasificaron como positivas, dudosas, irritativas y negativas.

Resultado. Nuestro grupo de estudio fueron 122 pacientes, de los cuales 106 eran mujeres (86,88%) y 16 hombres (13,11%). La edad media fue en los hombres de 48,78 y en las mujeres de 53,24. La dermatitis atópica fue más frecuente en hombres (31,25%) que en mujeres (14,15%). El alérgeno de contacto más frecuente en mujeres fue el níquel (53,77%) seguido de las isotiazolinonas (16,98%) y el oro (10,37%). El alérgeno de contacto más frecuente en hombres han sido las isotiazolinonas (37,5%) seguido del níquel (18,75%) y el tiomersal (18,75%). Se colocó el parche con resintoluensulfonamida en 27 mujeres que referían uso de laca de uñas y el 100% de las lecturas fueron negativas. Los productos propios positivos fueron similares en mujeres (10,37%) y en hombres (12,5%).

Conclusión. Pese a que inicialmente nos planteamos la posibilidad de encontrar positividad distintas en mujeres y varones debido a un diferente patrón de exposición, en nuestro estudio hemos observado que en ambos sexos los alérgenos de contacto más frecuentes han sido níquel e isotiazolinonas.

16. DERMATITIS DE CONTACTO EN TRABAJADORES DEL METAL Y MECÁNICOS DE NAVARRA

M. Hervella Garcés^a, A. Tomás Velázquez^b, J. Sarriugarte Ao^b, M. Larrea García^b y J.I. Yanguas Bayona^b

^aClinica Universidad de Navarra. ^bHospital de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes. Los trabajadores del metal y mecánicos (MM) están expuestos a aceites, fluidos de corte, herramientas, metales y guantes

y emplean frecuentemente productos para el cuidado de la piel. Observamos que los MM que consultaban por eccema frecuentemente identificaban su trabajo como la causa principal pero nuestra evaluación descartaba el diagnóstico ocupacional en numerosas ocasiones.

Objetivo. Revisar las características de pacientes, diagnósticos y pruebas epicutáneas de los MM y evaluar si su profesión era la causa directa principal de las dermatitis.

Método. Revisión de casos de los MM atendidos en la consulta de Dermatitis de Contacto en los últimos 15 años. El MOAHLFA, las características demográficas, la información clínica y los resultados de las pruebas epicutáneas se recogen prospectivamente. Se han comparado estas características entre MM y el resto de pacientes (no-MM).

Resultado. Ciento noventa y seis MM (total: 2210 pacientes), edad mediana 42 años, 87% hombres. Las manos fueron la localización más afectada (78,6%; $p < 0,01$) por eccema moderado subagudo. Los diagnósticos más frecuentes fueron psoriasis (23%) y dermatitis de contacto irritativa (DCI; 18%), seguidos por dermatitis atópica (14%) y dermatitis de contacto alérgica (DCA; 13%). Los 25 pacientes (13%) que presentaban un componente ocupacional, presentaron mayoritariamente DCA (40%) y DCI (36%). Los conservantes fueron el grupo de alérgenos más común (50%; metilisotiazolinona en 23 pacientes), seguido por metales (21%) y fragancias (9%). Probablemente, la mayoría de DCA eran consecuencia de productos de cuidado de la piel. Entre los que presentaban DCA ocupacional (14), los fluidos de corte fueron los alérgenos más prevalentes (formaldeído, metildibromoglutaronitrilo y lanolina).

Conclusión. Los eccemas endógenos son frecuentes en los MM. En los que presentaban dermatitis ocupacional (1/8 valorados), la DCI fue casi tan frecuente como la DCA, siendo los fluidos de corte los alérgenos más frecuentes. Sin embargo, las isotiazolinonas de los productos tópicos de cuidado fueron el alérgeno más prevalente.

17. ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME COMO EXPRESIÓN DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR EXPOSICIÓN A MADERA TROPICAL

C. Martínez Mera, L. Nájera Botello, R. Cabeza Martínez, F. Alfageme Roldán, L. Turrión Merino, I. Salguero Fernández, E. López-Negrete Arenal, M. Elosua, H. Cembrero, M. Grau Pérez, M. Hospital, M. Sigüenza, M.A. González y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Antecedentes. La dermatitis de contacto alérgica por maderas y serrín es inusual, sin embargo la creciente demanda por sus productos nos exige tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales de nuestra actividad clínica.

Objetivo. Varón de 41 años, sin antecedentes de importancia, que inicia un cuadro de 7 días de evolución con aparición de lesiones pruriginosas, eritematosas y edematosas en muñecas que luego se extienden a cuerpo, con escasa afectación de mucosa oral. Un mes antes había cursado con una infección respiratoria que había remitido tras tratamiento antibiótico.

Método. Ante la sospecha de un eritema exudativo multiforme (EEM), se pautaron corticoides. Se realizó estudio histopatológico, con hallazgos de una dermatitis de interfase. El paciente desde hacía 4 años en su tiempo de ocio se dedicaba a fabricar flautas de madera y gaitas gallegas. En su elaboración siempre había utilizado madera de granadillo hasta hace unas 3 semanas previas al cuadro, donde había utilizado maderas de Pao Ferro.

Resultado. Dado este antecedente se decidió realizar pruebas epicutáneas con serie estándar y los propios (granadillo al 10% y 20% en vaselina y Pao Ferro al 10% y 20% en vaselina). En la lectura al D2 y D4 los resultados fueron: sulfato de níquel ++/+++ , granadillo - /- y Pao Ferro 10% y 20% +++/+++ . En la zona de parche del Pao Ferro se repitió la biopsia, con hallazgos de una dermatitis de interfase.

Conclusión. El Pao Ferro es un árbol originario de Brasil, que se utiliza en la construcción y para fabricar muebles e instrumentos de viento.

En la literatura han sido descritos al menos 8 casos de dermatitis de contacto alérgica a Pao Ferro manifestada como EEM. Actualmente el paciente ha suspendido el uso de esta madera, utiliza las medidas protectoras indicadas y no ha presentado nuevas lesiones cutáneas.

18. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A PLANTAS EN FLORISTA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

G. Melé Ninot, A. Altemir Vidal, M. Iglesias Sancho y M. Salleras Redonnet

Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirón Salud. Barcelona. España.

Antecedentes. El eccema de manos de origen alérgico e irritativo es una de las principales enfermedades profesionales. En el ámbito de los floristas, hasta una mitad de los trabajadores se sensibilizarán a algún alérgeno contenido en las plantas.

Objetivo. Ante la gran variedad de estos alérgenos, el diagnóstico y manejo de estos pacientes es un verdadero reto.

Método. Presentamos el caso de una mujer florista de 60 años con antecedentes de dermatitis atópica manifestada predominantemente con eccema de manos. Asimismo, presentaba eccema en los antebrazos y varios pliegues. Refería empeoramiento durante los días de trabajo y mejoría en los periodos vacacionales.

Resultado. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar presentando hipersensibilidad a sesquiterpenolactona mix 0,1%. Se amplió con la batería de plantas y bálsamos, presentando positividad para compositae mix y parthenolide. Diagnosticamos a la paciente de una dermatitis alérgica de contacto (DCA) profesional aerotransportada y localizada por diferentes familias de plantas ricas en lactonas. La paciente rechazó acudir a su Mutua Laboral y presentó un difícil manejo terapéutico.

Conclusión. Las lactonas sesquiterpénicas (STLs) son alérgenos muy potentes componentes de numerosas plantas, destacando el grupo de las compuestas o asteráceas. Clínicamente pueden producir brotes de DCA localizada, habitualmente en forma de eccema de manos, DCA aerotransportada e incluso sistémica. Puede afectar tanto en usuarios como en profesionales con una gran afectación de la calidad de vida. El parche con la mezcla de STLs está incluido en la batería estándar y se considera un método eficaz de cribado de DCA a plantas, aunque existe un porcentaje no despreciable de falsos negativos. Por otra parte, puede completarse el estudio con las baterías específicas de plantas, destacando la dificultad de parchear el producto propio. La gran cantidad de especies y el contacto simultáneo con más de un alérgeno explican el desafío diagnóstico y terapéutico en estos pacientes.

19. MOTIVO DE CONSULTA: SOSPECHA DE SENSIBILIZACIÓN A TINTE CAPILAR

R.M. Díaz Díaz, A. Saéz Vicente, M. Martín de Santa Olalla y Llanes, J. Sanz Correa, C. Bravo Ajuria, I. Pardo López, M.V. Luque Luque y T. Sáinz Sánchez

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

Antecedentes. La sensibilización por tintes capilares es del 4-6%. **Objetivo.** Mostrar las características de nuestros pacientes con sospecha de alergia a tinte capilar.

Método. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo (2008-2020) de variables clínicas y alergológicas (baterías estándar, peluquería y textil Allergeaze*)

Resultado. Fueron 20 mujeres. Edad 19-73 años. Todas usuarias, tres peluqueras. Tiempo de reacción: 5 minutos-24 horas. Tipo de lesiones: agudas 55%, subagudas 20%. Localización: cuero cabelludo 60%, 25% en cara y/o manos. Batería estándar: 20%. La PPD positiva 56%. Tres tатуa-

je de henna negra con reacción cutánea local. En una la reacción al tatuaje fue la inicial, en otra fue el tinte y en otra al tiempo la mezcla textil positiva en un 44%. Batería de peluquería: toluendiamina y los aminofenoles. Batería textil: 4-aminobenceno y disperse orange- 3. **Conclusión.** Resultados similares a los de la literatura. La sensibilización por tatuajes puede ser importante en las pacientes más jóvenes.

20. CUANDO LA HIDRATACIÓN SE VUELVE UNA PESADILLA: ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO PALPEBRAL Y PERIORBICULAR SECUNDARIO AL EMPLEO DE FENOXIETANOL Y EDATO SÓDICO CONTENIDOS EN LAQUIFILM LÁGRIMAS Y LIPIKAR BAUME

N. Moreiras Arias, P. Pérez Feal, C. Buján Bonino, M.T. Rodríguez Granados y V. Fernández Redondo

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

Antecedentes. Mujer de 64 años que presentaba lesiones periorbitales pruriginosas de 15 días de evolución tras aplicar un nuevo cosmético (Isdinceutics K-Ox eyes cream). El cuadro se resolvió con metilprednisolona aceponato crema durante 7 días.

Objetivo. Destacar una dermatitis alérgica de contacto por cosméticos. **Método.** Se estudió con la serie estándar del Grupo Español de Alergia Cutánea (GEIDAC-16) ampliada, serie de cosméticos (Chemotecnique) y productos propios.

Resultado. Se evidenció una hipersensibilidad retardada a mezcla de isotiazolinonas (Kathon CG: clorometilisotiazolinona-metilisotiazolinona) y al producto sospechoso. Además, se realizó ROAT con el contorno de ojos resultando intensamente positivo. Con el fin de completar el estudio, se solicitó al laboratorio la individualización de los componentes y tras parchear los distintos elementos se confirmó positividad para la vitamina K1 en su forma oxidada, Phytonadione epóxido. Revisados sus cosméticos, no se detectaron isotiazolinonas por lo que la sensibilización a estas sustancias no se consideró relevante en el proceso actual. El diagnóstico final fue de dermatitis alérgica de contacto (DAC) por vitamina K1 presente en cosmético de uso periorcular. La vitamina K1 se considera un activo cosméticamente atractivo por su efecto despigmentante, aclarado de lesiones purpúricas y frente al fotoenvejecimiento. En el 2009, a nivel europeo, la forma no oxidada fue prohibida en esta industria tras reportarse varios casos de DAC. Sin embargo, la forma oxidada todavía puede emplearse en este campo, a pesar de existir también casos descritos. La sensibilización adquirida por vía tópica frente a este agente podría condicionar una futura reacción alérgica a la vitamina K administrada de forma sistémica.

Conclusión. Aportamos un nuevo caso de DAC a Vitamina K1, concretamente a la isoforma oxidada Phytonadione epóxido, presente en un contorno de ojos. Consideramos importante su conocimiento y difusión dado que se encuentra en productos de venta libre y fácil acceso para la población general.

21. PERIORBICULAR SECUNDARIO AL EMPLEO DE FENOXIETANOL Y EDATO SÓDICO CONTENIDOS EN LAQUIFILM LÁGRIMAS Y LIPIKAR BAUME

K. Díez Madueño, A. Begoña Sánchez, J.L. Galán Sánchez, C. García Martín, M.Á. Martín Díaz, D. Velázquez Tarjuelo y P. de la Cueva Dobao

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Antecedentes. Sin reacciones alérgicas de interés, ni hábitos tóxicos conocidos. Infarto agudo de miocardio de tres vasos con secundaria angina inestable que precisó tratamiento con dos revascularizaciones por by-pass coronario. Ictus lacunar. Asma bronquial. Eccema inespecífico en brotes de extremidades y tron-

co de años de evolución en tratamiento corticoideo tópico y oral intermitentes. Medicación habitual: atorvastatina 20 mg, pantoprazol 40 mg, captopril 25 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg.

Objetivo. El objetivo del siguiente manuscrito es la descripción de un llamativo caso de eccema alérgico de contacto periorbicular, tanto por las manifestaciones clínicas como por el infrecuente agente causal (fenoxietanol y edato disódico [EDTA]).

Método. Caso clínico

Resultado. Tras las pruebas epicutáneas, se llegó al diagnóstico de eccema alérgico de contacto a fenoxietanol y edato disódico (EDTA) contenidos en Laquifilm lágrimas y en Lipikar Baume.

Conclusión. Ante cuadros de eccema periorcular refractario en pacientes en tratamiento tópico oftalmológico, debe pensarse en eccema alérgico de contacto a algunos de los posibles componentes de las lágrimas u otros fármacos de vía ocular.

Aunque infrecuente, también se debe pensar en descartar eccema alérgico de contacto a cremas de hidratación corporal, si el cuadro es refractario y no se encuentran otros agentes sospechosos.

22. DERMATITIS DE CONTACTO POR SILICONA DE SEPARADOR INTERDIGITAL

P. Gil-Pallares, P. Iriarte Sotés, B. Monteagudo, T. Usero Bárcena, C. González Moure, S. Peña López, A. Vilas Sueiro, O. Figueroa Silva, F. Piñeyro Molina, L. Rosende Maceiras y C. de las Heras Sotos

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. La Coruña. España.

Antecedentes. Un adolescente varón, tras usar 10 días una ortesis en el primer espacio interdigital de ambos pies, presenta placas eritemato-descamativas, muy pruriginosas, en la zona de contacto.

Objetivo. Dada su baja alergenicidad, las siliconas se usan habitualmente para recubrir materiales metálicos de determinados dispositivos que son más alérgicos. La dermatitis de contacto causada por siliconas ha sido raramente descrita en la literatura, pero con una historia y exploración compatibles, es necesario tenerla presente como posibilidad diagnóstica.

Método. Se realizaron: pruebas epicutáneas con el TrueTest® y alérgenos para completar la batería estándar española del GEIDAC. Pruebas de parche cerrado con la silicona y catalizador (ésteres del ácido salicílico y compuestos orgánicos del estaño) utilizados en la fabricación del separador ortopédico. Prueba abierta (ROAT) con la silicona.

Resultado. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar resultaron negativas a las 48 y 96 horas. Las pruebas de parche cerrado con silicona fueron positivas a las 48 y 96 horas, y negativas con el catalizador. El resultado de la prueba abierta (ROAT) con silicona también resultó positivo. Adicionalmente, se evidenció reacción cutánea en el área adyacente al test abierto, por contacto inadvertido con la silicona.

Conclusión. Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto por silicona. Este tipo de dermatitis ha sido descrito con dispositivos médicos como marcapasos e implantes cocleares, que están recubiertos de este material dada su baja reactividad y alta biocompatibilidad, así como con implantes mamarios, siendo necesario en estos casos excluir una etiología infecciosa. Aunque infrecuente, ante un cuadro clínico compatible se debe sospechar de la silicona como agente causal de dermatitis y realizar pruebas epicutáneas para confirmar el diagnóstico.

23. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA OCUPACIONAL EN PACIENTE TRABAJADOR EN LA INDUSTRIA DEL CAUCHO

M. Penalba Torres, F. Tous Romero, P.L. Ortiz Romero y J. Ortiz de Frutos

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Antecedentes. Las isotiazolinonas son agentes antimicrobianos y se han utilizado como conservantes desde los años 80. Tanto la metil-isotiazolinona (MI) como la mezcla con metilcloroisotiazolinona (MCI/MI) se encuentran de forma ubicua en diferentes tipos de productos, incluyendo aquellos utilizados en el mantenimiento industrial.

Objetivo. Presentamos el caso de un varón de 43 años, que consultaba por un eccema de manos de 3 meses de evolución. El paciente trabajaba en la industria del caucho desde hacía 3 años, relacionando la aparición del eccema con el uso de un nuevo lubricante de montaje (LUB 13 ep2).

Método. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, siendo positivas para MI y MCI/MI en las lecturas realizadas en los días 3 (+++) y 7 (+++). Se comprobó que tanto la MI como la MCI/MI se encontraban dentro de los ingredientes del lubricante de montaje, resolviéndose el eccema tras la evitación del producto.

Resultado. Se llegó al diagnóstico de eccema de contacto alérgico ocupacional por MI y MCI/MI contenido en lubricante de montaje.

Conclusión. A pesar de que las isotiazolinonas son alérgenos conocidos, siguen siendo componentes comunes de los productos utilizados en el trabajo. Por lo tanto, destacamos la importancia de conocer su posible implicación en la dermatitis de contacto ocupacional, así como de la necesidad de utilizar un equipo de protección adecuado para evitar el contacto con los productos sensibilizantes.

24. DERMATITIS POR RELOJ INTELIGENTE, PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

J.F. Millán Cayetano^a, D. Llorca Juan^b y A. Bota Llorca^a

^aHospital La Janda. Cádiz. ^bHospital Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia. España.

Antecedentes. Las dermatitis de contacto son un motivo de consulta frecuente. Su origen es variado y la incorporación de las nuevas tecnologías podrían condicionar aparición de nuevos tipos.

Objetivo. Determinar las características clínicas de los pacientes atendidos por dermatitis de contacto tras comenzar a utilizar relojes inteligentes.

Método. Serie retrospectiva de casos recopilando variables epidemiológicas, características clínicas y pruebas complementarias.

Resultado. Caso 1: mujer de 40 años sin antecedentes de interés que consultó por dermatitis eczematosa en zona del reloj de 1 año de evolución. Caso 2: niño de 9 años con dermatitis atópica con dermatitis en zona de reloj de pocas semanas, asintomática. Caso 3: mujer de 46 años que comenzó a desarrollar en varias semanas una dermatitis en la zona del reloj. Caso 4: varón de 33 años sin antecedentes con dermatitis en zona del reloj desde hacía varios meses. En todos los casos, las áreas de dermatitis coincidían con la zona de apoyo de la caja de los relojes inteligentes, concretamente, con la zona del sensor. No se realizó biopsia en ninguno. Las pruebas epicutáneas y fotoparche resultaron negativas en el caso 1; no se realizaron en los demás.

Conclusión. El cuadro clínico representado podría denominarse dermatitis inducida por relojes inteligentes (o "smartwatch dermatitis" para los anglófilos). El origen irritativo o alérgico es difícil de definir dado que no se han realizado ni biopsia ni pruebas epicutáneas/fotoparche en todos los casos. Los relojes inteligentes disponen de un sensor en la caja que entra en contacto con la piel para realizar medidas de constantes vitales. Dado que las lesiones coincidían exactamente con la zona de contacto de dicho sensor, pensamos que este debe ser el responsable del cuadro clínico. Aunque queda por determinar el mecanismo causante, este nuevo tipo de dermatitis de contacto deberá tenerse en cuenta entre las posibilidades etiológicas.

25. ISOBORNIL ACRILATO: NUEVA FUENTE DE SENSIBILIZACIÓN

V. Amat Samaranch, C. Tubau y E. Serra

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

Antecedentes. Isobornil acrilato (IBOA) es un acrilato monómero fotopolimerizable usado en revestimientos, sellantes, pegamentos, adhesivos, pinturas y tintas. Ha ganado popularidad por ser una importante causa de sensibilización en pacientes portadores de sensores de glucosa y bombas de insulina, siendo el "alérgeno de contacto del año 2020".

Objetivo. Descripción de un caso de dermatitis de contacto profesional a IBOA.

Método. Descripción de un caso.

Resultado. Mujer de 26 años sin antecedentes patológicos que consulta por pulpitis en los dedos de ambas manos de 1 año de evolución, autorresolutiva y recidivante. Trabaja en un negocio de telefonía móvil colocando protectores de pantalla de cristal templado sobre un gel que precisa secado con UV durante 5 minutos, compuesto por poliuretano e isobornil acrilato. Ante la sospecha de dermatitis de contacto profesional, se realizan pruebas epicutáneas aplicando la batería estándar GEIDAC (True test ampliado), batería de acrilatos Alergeaze, poliuretano e IBOA propios e IBOA Chemotechnique. A las 96 horas se observa únicamente positividad para IBOA. Según la ficha de seguridad del producto, IBOA es principalmente un irritante cutáneo, pero no un importante sensibilizante. Históricamente, ha sido una causa rara de sensibilizaciones profesionales habiéndose descrito pocos casos en pacientes que trabajan con pegamento acrílico. En los últimos años, se han desarrollado nuevas tecnologías para la protección de dispositivos electrónicos como el uso de un gel compuesto por IBOA y poliuretano bajo una lámina de cristal templado. La composición de IBOA le confiere cualidades de dureza combinada con flexibilidad y resistencia a impactos que hacen que sea idóneo para la protección de dispositivos móviles. El creciente uso de este método por profesionales y particulares podría producir un aumento de sensibilización a IBOA. **Conclusión.** Es necesario el conocimiento de las nuevas funciones de IBOA en la tecnología para el correcto diagnóstico de dermatitis de contacto.

26. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A ACRILATOS: DOBLE CARA DE UÑAS 'FASHION'

M. Elosua-González, M.A. González Domingo, C. Martínez Mera, L. Turrión, R. Cabeza Martínez, H. Cembrero, I. Salguero, F. Alfrageme, E. López Negrete, M. Sigüenza, M. Hospital y G. Roustan

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Antecedentes. Los acrilatos y metacrilatos son materiales plásticos que se forman al polimerizar los monómeros que derivan del ácido acrílico y metacrílico. En 1956 se describe por primera vez la dermatitis alérgica de contacto (DAC) a acrilatos en uñas artificiales, aumentando recientemente en relación con las técnicas decorativas de uñas.

Método. Presentamos cinco casos de DAC a acrilatos en los últimos 5 años. La media de edad es de 50,4 años (35-68) y el tiempo de evolución de 27,2 meses (2 meses a 10 años), siendo 3 de ellas esteticistas profesionales. La clínica más prevalente fue la pulpitis y el eccema periungueal, presentando en un caso lesiones eczematosas en cara con probable repercusión en vías altas y en otro caso una onicopatía psoriasiforme. Las pruebas epicutáneas fueron positivas en 4 pacientes para hidroximetilmetacrilato, hidroxietilacrilato, hidroxipropil metacrilato y etilacrilato, mientras que otra paciente fue positiva para peróxido de benzoílo. Las lesiones se resolvieron tras evitar el alérgeno.

Resultado. La DAC a acrilatos afecta tanto a esteticistas profesionales como usuarias. Clínicamente produce eccema en pulpejos, manos, antebrazos, alteraciones ungueales e incluso parestesia en los dedos. También puede afectar a la cara por un mecanismo aerotransportado y producir angioedema, rinoconjuntivitis o asma. Los acrilatos están presentes en pinturas, adhesivos, tintas de impresión, geles, cementos y múltiples dispositivos médicos por lo que su sensibilización puede tener una gran repercusión en la salud.

Conclusión. Presentamos cinco casos de DAC a acrilatos relacionadas con el uso de cosméticos en uñas (1,3% de pacientes a los que se les ha realizado pruebas epicutáneas en nuestro hospital). Es un procedimiento estético que puede afectar a la salud de los pacientes a largo plazo, por lo que son necesarias políticas restrictivas que limiten el uso a profesionales cualificados y aumentar la información sobre el riesgo de desarrollar esta sensibilización.

27. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A METACRILATOS POR ADHESIVOS PARA EXTENSIONES DE PESTAÑAS

L. Beas Porcel, N. Guerra Solís y J.F. Silvestre Salvador

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. España.

Antecedentes. Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés, que presentó un episodio de blefaritis, hiperemia conjuntival e intenso prurito ocular bilateral; síntomas que se iniciaron horas después de la aplicación de extensiones de pestañas (por 2.ª vez) y que se prolongaron durante una semana, hasta la eliminación completa de las extensiones. La paciente aportó los productos con los que se realizaron las mismas, aunque no constaba su composición. Se realizaron pruebas epicutáneas con batería la estándar del GEIDAC, cosméticos, fragancias, acrilatos (uñas artificiales) y ethyl-cyanoacrylate (nº 15 de acrilatos, adhesivos, dental y otros).

Resultado. Se realizó lectura a las 48 y 96 horas, observándose una reacción positiva a sulfato de níquel y cloruro de paladio con relevancia pasada, mezcla de fragancias I e hidroperóxido de Limonene con relevancia desconocida, y a ethyl methacrylate y ethylacrylate atribuyéndoles una muy probable relevancia presente, y estableciéndose el diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica a metacrilatos por el adhesivo de las extensiones de pestañas. La realización de extensiones de pestañas es un procedimiento estético en auge, no exento de problemas, entre los que destacan las queratoconjuntivitis químicas por contacto directo con el pegamento o el producto utilizado para su retirada (remover) y la DCA a pegamentos. Los componentes de los pegamentos utilizados no son de declaración obligatoria. Entre ellos destacan los cyanoacrylates (ethyl-cyanoacrylate, buthyl-cyanoacrylate) y otros como methacrylates (methyl-methacrylate), formaldehído... En nuestro caso se identificó una DCA a ethyl methacrylate y ethyl acrylate, componentes que pueden estar presentes en este tipo de adhesivos (aunque en proporciones menores) y ser los desencadenantes de la DCA, tal y como reporta Pesonen et. al.

Conclusión. Es importante conocer estos procedimientos estéticos, con el fin de realizar un correcto diagnóstico y asesoramiento del paciente.

28. DOS CASOS DE FLEBITIS-LIKE EN PACIENTES DE CIRUGÍA VASCULAR, ¿CUÁL PODRÍA SER EL PAPEL DEL DERMATÓLOGO?

F.J. Navarro Triviño, J. Cuenca-Manteca y R. Ruiz Villaverde

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Antecedentes. El tratamiento de la insuficiencia venosa crónica ha evolucionado a lo largo del tiempo. Clásicamente la safenectomía ha sido el único tratamiento eficaz en el control de esta enfermedad vascular, sin embargo, desde 2015 fue aprobado por la FDA un

nuevo sistema para el manejo de este problema. Esta técnica se ha implantado en muchas unidades de Angiología y Cirugía Vascular. Como en todas las técnicas, no está exenta de riesgos.

Objetivo. Demostrar que las reacciones observadas en los pacientes eran causadas por la sensibilización al producto utilizado en el tratamiento de la insuficiencia venosa.

Método. Fueron derivados dos pacientes a nuestro departamento de eccema de contacto e inmunología para el estudio mediante pruebas epicutáneas. Se parcheó con la serie europea estándar extendida, la serie de metacrilatos, y el material utilizado para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Los resultados fueron interpretados según los criterios de la *International Contact Dermatitis Research Group*. Se realizó prueba control en 20 pacientes.

Resultado. Ambos pacientes mostraron una reacción positiva al producto utilizado para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. No se observó reacciones cruzadas con otros alérgenos estudiados. Tampoco se observó reacción en los 20 casos control que fueron parcheados.

Conclusión. La aparición de técnicas y productos sanitarios nuevos obliga a conocerlos, su composición, y los efectos secundarios que pueden provocar. Aunque infrecuente, la dermatitis alérgica de contacto puede ser uno de ellos.

29. DETERMINACIÓN DE CITOQUINAS EN REACCIONES ECCEMATOSAS ASOCIADAS A TERAPIA ANTI-IL-17

P. Chicharro, P. Rodríguez Jiménez, E. Muñoz Aceituno, A. Reolid, J. Sánchez Pérez, H. de La Fuente y E. Daudén

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Antecedentes. De forma ocasional se han descrito reacciones ecematosas en pacientes con psoriasis tratados con diferentes terapias biológicas.

Objetivo. Presentamos dos casos clínicos de pacientes tratados con anti-IL-17 que presentan este tipo de reacciones y el estudio local de citoquinas.

Método. Se realizan biopsias de lesiones ecematosas y psoriásicas, con estudio inmunohistoquímico y con comparación del perfil de citoquinas mediante estudios de expresión de mRNA.

Resultado. El primer paciente presentaba resultados compatibles con un desbalance entre ejes inflamatorios; la expresión de citoquinas del eje Th1/Th17 (IL-17 e IL-22) era mayor en las lesiones de psoriasis, comparando con las lesiones de eccema, mientras que, en estas últimas, las citoquinas del eje Th2 (IL-4, IL-5 e IL-13) tenían una expresión claramente incrementada. En cambio, el segundo paciente presentaba un perfil mixto de citoquinas en lesiones que eran fácilmente diferenciables clínica e histológicamente; mientras mostraba, en las lesiones de eccema, niveles más bajos de IL-13, IL-17 e IL-22, en placas de psoriasis solo destacaban niveles más bajos de IL-12b. Ambos pacientes tenían algún tipo de antecedente personal o familiar de atopia.

Conclusión. Es probable que algunos pacientes con este tipo de reacciones ecematosas mantengan un desbalance inflamatorio mixto, con una activación parcial de ambos ejes, pero con una expresión clínica predominante. Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que un bloqueo del eje Th1/Th17 podría inducir una activación del eje Th2, causando reacciones ecematosas en pacientes predispuestos.

30. DERMATITIS FOTOSENSIBLE POR PIRFENIDONA

V. Dios Guillán^a, M. Matellanes Palacios^a, L. Bou Boluda^a, M. Rodríguez Serna^b y F.J. Miquel Miquel^a

^a*Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.* ^b*Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. España.*

Introducción. La pirfenidona (Esbriet®) es un nuevo tratamiento antiinflamatorio y antifibrótico que ha demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Objetivo. En relación con sus efectos adversos, el rash cutáneo y la fotosensibilidad se encuentran entre los clasificados como muy frecuentes. En la mayor parte de los casos se trata de una reacción leve o moderada, siendo raro que se deba interrumpir la terapia por completo.

Caso clínico. Varón de 79 años, con antecedentes de FPI, visto en nuestro servicio en febrero por presentar un rash en zonas fotoexpuestas de 2 semanas de evolución. Le provocaba intenso prurito. Cuatro meses antes había comenzado el tratamiento con pirfenidona (2403 mg diarios). Pese a instaurarse prednisona oral 30 mg al día y metilprednisolona aceponato tópica, sufrió un empeoramiento de las lesiones, por lo que se decidió suspender pirfenidona en mayo. Un mes después, refería una gran mejoría a nivel cutáneo y con ausencia de prurito.

Resultado. A principios de julio se realizó un fototest con respuesta anómala a radiación UVA a 10 J/cm² y resultados normales para UVB. El fotoparche con pirfenidona fue negativo. De momento, el paciente no ha reiniciado la pirfenidona y está asintomático, con leve eritema e hiperpigmentación residual que va mejorando progresivamente.

Conclusión. Presentamos un nuevo caso de dermatitis fotosensible por pirfenidona, patología que probablemente será cada vez más frecuente debido al incremento de pacientes con FPI en tratamiento con este fármaco. No pudimos realizar el estudio fotobiológico mientras el paciente estaba recibiendo el fármaco debido al estado de alarma por COVID-19, pero el fototest permanecía alterado más de 1 mes tras la suspensión de pirfenidona. Revisamos la escasa literatura publicada sobre el tema hasta ahora.

31. DERMATITIS DE CONTACTO LINFOMATOIDE POR CLORHEXIDINA

M. García-Legaz Martínez, Á. Martínez Domenech, F. Partarrieu Mejías, A. Casanova Esquembre, J. Lorca Spröhnle, A. Pérez Ferriols, A. García Rabasco y V. Zaragoza Ninet

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. La dermatitis de contacto linfomatoide (DCL) es una variante poco común de dermatitis de contacto con un curso crónico y recidivante. Se ha asociado con alérgenos como: productos químicos del caucho, tintes, metales, fragancias, agentes colorantes y conservantes. Apenas hay casos descritos en niños.

Objetivo. Describimos un caso de un niño de 7 años con una placa pruriginosa y redondeada en el codo de tres meses de evolución.

Método. La madre indicó que previamente había desarrollado pápulas pruriginosas y vesículas en dicha zona días después de aplicar spray antiséptico por una quemadura por fricción. Las pápulas y las vesículas cedieron sin tratamiento, pero la lesión redondeada permaneció. La exploración reveló una placa eritematosa redondeada de 1x1,5 cm, indurada y gomosa en la parte lateral del codo izquierdo.

Resultado. La biopsia-punch reveló espongiosis e infiltrado dérmico intenso de distribución liquenoide, compuesto por linfocitos y algunos eosinófilos. Los estudios de reordenamiento de genes de receptores de células T descartaron clonalidad. Presentó cinco brotes más en la misma zona durante los dos meses siguientes que cedieron con corticoides de alta potencia en oclusión. Se realizaron pruebas epicutáneas en el brazo observándose reacciones positivas (3+) para digluconato de clorhexidina al 0,5% aq y su propio producto (digluconato de clorhexidina al 2% en base alcohólica) en las lecturas de los días 2 y 4. Las lecturas de ácido cítrico, monooleato de sorbitán o alcohol bencílico fueron negativas. Se hizo el diagnóstico de DCL por clorhexidina.

Conclusión. Describimos el primer caso de DCL por clorhexidina en un paciente pediátrico. La combinación de historia clínica, pruebas

epicutáneas y examen histológico es necesaria para el diagnóstico correcto, lo cual es de suma importancia en población pediátrica, donde se deben evitar pruebas y tratamientos agresivos. En la mayoría de los pacientes, la evitación de alérgenos y el tratamiento con corticoides tópicos es suficiente.

32. ECCEMA DE CONTACTO POR GEL DE BRIMONIDINA

D.I. Santiago Sánchez-Mateos, F. Heras Mendaza y M.C. Fariña Sabaris

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes. La formulación de brimonidina tartrato 0,33% en gel para tratamiento de la rosácea facial eritematosa persistente, podría ocasionar excepcionalmente dermatitis de contacto. La sospecha de este efecto adverso al tratamiento tópico y su consecuente estudio, permitirían un manejo adecuado.

Objetivo. Mujer de 35 años con rosácea facial eritematosa en tratamiento con gel de brimonidina durante 18 meses, desarrolló un episodio de lesiones eritematosas pruriginosas extensas en región facial. Precisó la suspensión de dicho tratamiento tópico, además de doxiciclina y corticoides orales en pauta descendente, para su remisión.

Método. Ante la sospecha de eccema de contacto, realizamos pruebas epicutáneas con las baterías estándar del GEIDAC, cosméticos de Martí Tor®, y sus productos propios, incluyendo su tratamiento tópico para la rosácea.

Resultado. La lectura de las pruebas reveló positividad para el gel de brimonidina a las 48h y 96h, el ROAT fue positivo. Realizamos estudio adicional con los componentes del gel, suministrados por Galderma®, que mostró positividad débil para brimonidina tartrato 0,5% aq. a las 48h. Recomendamos evitación del producto propio y su principio activo, desde entonces no ha presentado episodios similares.

Conclusión. Describimos un eccema alérgico de contacto por gel de brimonidina, probablemente atribuible a sensibilización al principio activo. En su historial no había indicios de contacto previo con dicha sustancia en otro tipo de medicamentos. Los casos reportados de eccema de contacto por brimonidina en gel son muy escasos, y probablemente difíciles de identificar pues pueden simular exacerbación de la rosácea. Identificar brimonidina tartrato como alérgeno responsable puede resultar complicado cuando se estudian los componentes del gel por separado, a pesar de que las pruebas epicutáneas con el producto tal cual y el ROAT sean positivos. Tal vez la concentración de brimonidina en el patch test no sea adecuada o bien precise de la acción sinérgica de los excipientes para potenciar su actividad alérgica.

33. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A CORTICOIDES. UN PROBLEMA CRECIENTE QUE DEMANDA NUEVAS SOLUCIONES DISPONIBLES

H. Gegundez, J.M. Sánchez Mottilla, F.J. Melgosa, E.M. Sánchez Martínez y A. Mateu

Hospital Dr. Peset Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados en la práctica clínica, especialmente de forma tópica en dermatología. Pueden actuar como alérgenos y producir tanto reacciones de hipersensibilidad inmediata como retardada.

Objetivo. Presentamos dos casos en los que se confirmó la sensibilización retardada a estas sustancias, con pocas alternativas para sustituirlos en caso de precisarlos.

Método. En el primer caso, se trata de una mujer de 53 años con antecedentes de alergia a níquel y cobalto, que consultaba por lesiones que trató con momentasona y betametasona valerato em-

peorando y requiriendo pauta de prednisona oral. Al realizar pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC los marcadores de corticoides fueron positivos a las 96 horas. Motivo por el cual se decidió completar estudio con la batería de corticoides, resultando todos positivos a excepción de la metilprednisolona hemisuccinato y betametasona 0,1%, dejando a la paciente con pocas opciones alternativas a nivel tópico.

Resultado. En el segundo, una mujer de 84 años en seguimiento durante años por un liquen escleroatrófico genital en tratamiento con clobetasol y mometasona, consultó por aparición de lesiones agudas eczematosas en áreas de aplicación del corticoide. La mayoría de los corticoides tópicos de uso habitual resultaron positivos en la batería realizada con la excepción de la fluticasona, que se propuso como la opción más plausible.

Conclusión. El aumento de la prevalencia de dermatosis crónicas y la consecuente demanda de tratamiento corticoideo ha facilitado que en los últimos años hayan aumentado los casos descritos de dermatitis de contacto alérgicas a estos. Por su similitud química son frecuentes las reacciones cruzadas entre ellos, presentando un escenario, en el que como en los casos comentados, es difícil su interpretación. Resulta arduo encontrar alternativas disponibles que se puedan formular y que reflejan la necesidad de disponer de corticoides alternativos comercializados que brinden a los pacientes de un mayor arsenal terapéutico.

34. ¿ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE ALÉRGENOS DE CONTACTO ENTRE LOS EXCIPIENTES DE LOS MEDICAMENTOS TÓPICOS QUE PRESCRIBIMOS?

F.J. de la Torre Gomar, P. Rosés Gibert, J. Gimeno Castillo y R. González Pérez

Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.

Antecedentes. Los medicamentos tópicos constituyen el pilar del tratamiento de los trastornos cutáneos. En España se comercializan más de 400 medicamentos tópicos formulados en distintos vehículos. En ellos, el excipiente influye en la eficacia del tratamiento y puede, por sí mismo, provocar efectos adversos. Sin embargo, puede que tanto el dermatólogo como otros profesionales que los prescriben no tengan un completo conocimiento de estos.

Objetivo. Determinar la presencia de excipientes con potencial alérgico de contacto presentes en los fármacos tópicos más prescritos en nuestro servicio.

Método. Hemos identificado los 50 medicamentos tópicos más prescritos en nuestro Servicio y analizado sus excipientes. Entre los preparados estudiados se incluyen corticoides, inhibidores de la calcineurina, antibióticos, antifúngicos, inmunomoduladores y antiinflamatorios. Para identificar los posibles alérgenos, hemos revisado la ficha técnica de los fármacos seleccionados publicada en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), así como realizado una búsqueda bibliográfica de lo publicado acerca del potencial alérgico de cada uno de los excipientes presentes en cada producto.

Resultado. Después de analizar estos 50 medicamentos, hemos encontrado potenciales alérgenos de contacto en el 100% (50/50) de los mismos. Los identificados con una mayor frecuencia han sido el alcohol cetosteárilico (44%), el alcohol bencilico (30%) y el parahidroxibenzoato de metilo (metilparaben, E218) (18%). Además, hemos observado otros alérgenos conocidos entre los excipientes de algunos productos como el parahidroxibenzoato de propilo (propilparaben, E216) (14%), el clorocresol (12%), la Imidazolil urea (4%) o la diazolinil urea (2%).

Conclusión. Nuestros resultados nos recuerdan la importancia de tener en cuenta los excipientes además del propio principio activo en el estudio de una dermatitis alérgica de contacto por medicamento tópico. Por tanto, consideramos relevante tener conocimiento de estos posibles alérgenos y su presencia en los preparados

comerciales estudiados, sobre todo en aquellos que los dermatólogos prescribimos con mayor frecuencia.

35. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS: UN ESTUDIO POBLACIONAL BASADO EN DATOS DE VIDA REAL

P. Andrea Cerro Muñoz^a, Y. Gilaberte Calzada^a, J.B. Gilaberte Pérez^b, B. Poblador Plou, K. Bliet Bueno, A. Gimeno-Miguel y A. Prados Torres

^aHospital Universitario Miguel Servet. ^b Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica de etiología multifactorial que suele comenzar en la infancia. Estos pacientes son más susceptibles al desarrollo de otros procesos englobados dentro de la atopia y con frecuencia en la edad adulta sufren de multimorbilidad. Existen escasos estudios epidemiológicos con base poblacional que analicen específicamente la comorbilidad global de la DA durante la infancia.

Objetivo. Determinar la prevalencia de la DA en niños y adolescentes menores de 18 años y analizar exhaustivamente su comorbilidad.

Método. Realizamos un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de la comorbilidad en la cohorte EpiChron (Aragón, España) que incluye toda la población de Aragón atendida por el sistema público de salud. Se calcularon los odds ratios (OR) ajustados por sexo y edad para cada comorbilidad utilizando modelos de regresión logística.

Resultado. Tenían un diagnóstico de DA 33.591 niños, lo que supone una prevalencia general del 15,5%. Esta prevalencia fue algo mayor en niñas que en niños, en el grupo de edad de 3 a 9 años, y en niños españoles en comparación con los de otras nacionalidades. La multimorbilidad estaba presente en el 43% de los niños, siendo las comorbilidades crónicas más frecuentes el asma (13,1%), los trastornos psicosociales (7,9%) y la discapacidad visual (7,8%). Muchas enfermedades, independientemente de su prevalencia, se asociaron estadísticamente con DA. Las asociaciones más fuertes (OR [IC 95%]) se encontraron en la mastopatía fibroquística (2,49 [1,08-5,74]), el asma (2,10 [2,02-2,18]), la rinitis alérgica (1,99 [1,90-2,09]) y el síndrome de intestino irritable (1,90 [1,55-2,31]).

Conclusión. Comprender mejor la variedad de comorbilidades asociadas con la DA en los niños podría ayudar a mejorar a detectarlas precozmente y a su manejo clínico. Sería interesante la realización de estudios longitudinales en un futuro para aclarar los posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes involucrados en las asociaciones identificadas.

36. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA Y ENFERMEDAD CONCOMITANTE POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

C. Riquelme-Mc Loughlin, S. Gómez Armayones y J.M. Mascaró

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Antecedentes. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor alfa de la interleucina 4 (IL-4) que bloquea la señalización de la IL-4 e IL-13, aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada a severa. Hasta la fecha, todos los ensayos clínicos que investigaron el uso del dupilumab, han excluido pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Objetivo. Reporte de caso de un paciente con dermatitis atópica grave y enfermedad concomitante por VIH, con contraindicación para tratamiento inmunosupresor, tratado con dupilumab.

Método. Varón de 52 años. Antecedentes patológicos de asma, insuficiencia suprarrenal secundaria a tratamiento prolongado con corticoides orales, diabetes mellitus tipo 2, hipogonadismo e infección crónica por VIH en tratamiento con antirretroviral Genvoya® Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir, con carga viral detectable y CD4 547/mm³. En seguimiento por dermatitis atópica grave de larga evolución, refractaria a múltiples tratamientos. No candidato a inmunosupresores por carga viral detectable. SCORAD 55, EASI 22, BSA 90%, PGA 4, NRS 9/10, DLQI 26/30.

Resultado. Durante la pandemia de COVID-19, se inicia tratamiento con dupilumab, dosis de carga de 600 mg subcutáneo y posteriormente 300 mg cada dos semanas. El paciente ha presentado una correcta respuesta al tratamiento con el dupilumab, alcanzando reducción del SCORAD y EASI, así como del PGA. Mejoría importante del prurito, y calidad de vida.

Conclusión. El tratamiento con dupilumab podría ser una alternativa segura para pacientes con dermatitis atópica y enfermedad concomitante con VIH. Existen pocos casos reportados en la literatura.

37. DERMATITIS ATÓPICA GRAVE EN EDAD PEDIÁTRICA TRATADA CON INMUNOGLOBULINA IV

M.T. Monserrat García, J. Bernabeu Wittel, A.J. Durán Romero, J.J. Domínguez Cruz y J. Conejo Mir-Sánchez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes. La inmunoglobulina (IG) es un derivado purificado del plasma utilizado con carácter sustitutivo en inmunodeficiencias y por su papel inmunomodulador en diferentes patologías, entre las que se encuentra la dermatitis atópica (DA).

Objetivo. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con DA grave tratados con IGIV en consulta de dermatología pediátrica del Hospital Virgen del Rocío.

Método. El período de inclusión comprendió desde 2010 hasta la actualidad. La pauta utilizada fue de 400 mg/kg/día de Flebogamma 5% (Griphols Therapeutics Inc.) durante 3 días consecutivos al mes.

Resultado. Se incluyeron un total de 5 pacientes, de los cuales el 80% (4) eran varones. La edad media fue de 12 años (6-18). El tiempo de evolución de la DA fue de 58 meses (18-162). En 1 de los pacientes se realizó biopsia confirmatoria. El 60% (3) tenían antecedentes de rinitis o asma bronquial. El 20% (1) presentaban dermatitis de contacto alérgica. El 100% presentaban IgE elevada y el 80% eosinofilia periférica. Se trataba de casos refractarios a tratamientos clásicos, habiendo realizado corticoides orales y ciclosporina el 100% (5), fototerapia el 20% (1), metotrexate el 60% (3), azatioprina el 40% (2), micofenolato el 40% (2). La media de duración del tratamiento fue de 22 meses (1-63). El grado de respuesta se clasificó en 5 categorías (0=muy buena, 1=buena, 2=moderada, 3=escasa, 4=nula). El 80% obtuvieron algún grado de mejoría con el tratamiento (4). Ningún paciente presentó efectos adversos graves, siendo la cefalea el efecto 2º más frecuente (3).

Conclusión. La IGIV es un tratamiento inmunomodulador y antiinflamatorio eficaz y seguro en la dermatitis atópica en edad pediátrica, pero que, dada la escasez de evidencia científica robusta y su coste elevado, debe reservarse para casos graves refractarios a tratamiento convencional tópico y sistémico.

38. CAMBIOS TEMPRANOS EN VARIABLES RELEVANTES PARA LOS PACIENTES EN 3 ENSAYOS PIVOTALES FASE 3 DE TRALOKINUMAB (ECZTRA 1-3) EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE

P. Herranz Pinto^a, J.I. Silverberg, M. Cork, A. Wollenberg, N. Katoh, L. Abildgaard Steffensen^b, A. Kurbasic^c, C.K. Olsen^d, A. Kuznetsova^e, M.L. Østerdal^f, A. Westh Vilsbøll y M. Deleuran

^aHospital Universitario La Paz. Madrid. España. ^bDepartment of Dermatology. The George Washington University School of Medicine and Health Sciences. Washington, DC. EE. UU. ^cSheffield Dermatology Research. Department of Infection, Immunity & Cardiovascular Disease. Faculty of Medicine, Dentistry & Health. The University of Sheffield. Sheffield. UK. ^dDepartment of Dermatology and Allergy. Ludwig-Maximilian University. Munich. Alemania. ^eDepartment of Dermatology. Kyoto Prefectural University of Medicine. Kyoto. Japón. ^fLEO Pharma A/S, Ballerup. Dinamarca.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica de la piel con síntomas como picor, dolor y alteración del sueño. Tralokinumab neutraliza específicamente la interleuquina-13, citoquina clave en la inflamación de DA.

Objetivo. Reproducción del trabajo original para examinar los cambios tempranos en los PRO en ECZTRA 1-3. Este trabajo fue presentado en el congreso ISAD.

Método. Aleatorización 3:1 tralokinumab 300 mg o placebo cada 2 semanas (Q2W) [ECZTRA 1/2] o 2:1 tralokinumab 300 mg + CT o placebo Q2W + CT (ECZTRA-3) durante las 16 semanas iniciales.

Resultado. Fueron 802/794/380 pacientes aleatorizados en ECZTRA 1/2/3. Un número significativamente mayor alcanzaron las variables principales (IGA-0/1 y EASI-75) a 16 semanas con tralokinumab vs. placebo en los tres estudios. Tralokinumab vs. placebo redujo la media semanal de interferencia en el sueño relacionada con el eczema desde basal a semana 1 en ECZTRA-1 (-0,6 vs. -0,2; p<0,001) y ECZTRA-2 (-0,7 vs. -0,2; p<0,001) y semana 2 en ECZTRA-3 (-2,3 vs. -1,9; p=0,037). Tralokinumab vs. placebo mejoró el promedio semanal del peor prurito diario del NRS desde basal a semana 1 en ECZTRA-1 (-0,7 vs. -0,2; p<0,001) y ECZTRA-2 (-0,7 vs. -0,3; p<0,001) y la semana 3 en ECZTRA 3 (-2,6 vs. -2,0; p=0,003). Semana 2: tralokinumab vs. placebo redujo la media del POEM en ECZTRA-1 (-4,0 vs. -1,3; p<0,001), ECZTRA-2 (-4,6 vs. -1,6; p<0,001) y ECZTRA-3 (-7,9 vs. -5,9; p=0,006), la de DLQI en ECZTRA-1 (-4,4 vs. -2,5; p<0,001), ECZTRA-2 (-4,7 vs. -2,2; p<0,001) y ECZTRA-3 (-8,9 vs. -7,3; p=0,011). Las mejores medias de la línea basal para DLQI y POEM alcanzaron diferencia clínica mínima importante en semana 2.

Conclusión. Tralokinumab, con/sin CT, consiguió rápidas mejoras de PRO en los ensayos. El uso de CT en ECZTRA-3 puede explicar por qué se observaron antes diferencias entre tralokinumab y placebo en ECZTRA 1/2.

39. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRALOKINUMAB CON CORTICOESTEROIDES TÓPICOS CONCOMITANTES EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ENSAYO DE FASE 3 DE 32 SEMANAS ECZTRA-3

P. Herranz Pinto^a, S. Weidinger^b, J.I. Silverberg^c, D. Toth^d, T. Bieber^e, A.F. Alexis^f, B.E. Elewski^g, A. Pink^h y D. Hijnenⁱ

^aHospital Universitario La Paz. Madrid. España. ^bDepartment of Dermatology and Allergy. University Hospital Schleswig-Holstein. Campus Kiel. Kiel. Alemania. ^cDepartment of Dermatology. The George Washington University School of Medicine and Health Sciences. Washington, DC. USA. ^dXLR[®] Medical Research and Probit Medical Research. Windsor, ON. Canadá. ^eDepartment of Dermatology and Allergy. University Medical Center. Bonn. Alemania. ^fDepartment of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York, NY. ^gDepartment of Dermatology. University of Alabama. Birmingham, AL. USA. ^hSt. John's Institute of Dermatology, Guy's and St. Thomas' Hospitals. Londres. UK. ⁱDepartment of Dermatology. Erasmus University Medical Center. Róterdam. Holanda.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica, heterogénea e inflamatoria caracterizada por picor y

lesiones eczematosas. La interleuquina (IL)-13 es una citoquina tipo 2 clave involucrada en la inflamación de la DA. Tralokinumab, anticuerpo monoclonal totalmente humano, neutraliza específicamente la IL-13.

Objetivo. Reproducción del trabajo original sobre eficacia y seguridad de tralokinumab + corticosteroides tópicos (CT) en la DA de moderada a grave. Este trabajo fue presentado en el congreso AAD virtual.

Método. Estudio doble ciego, aleatorizado de 32 semanas (NCT03363854). Pacientes con DA moderada a grave aleatorizados 2:1 a tralokinumab subcutáneo 300 mg/2 semanas (Q2W) + CT o control (placebo Q2W+CT). Variables principales: IGA-0/1 y EASI-75. Semana 16: los respondedores a tralokinumab (IGA-0/1 y/o EASI-75) fueron realeatorizados 1:1 a tralokinumab Q2W o Q4W+CT durante 16 semanas adicionales. Los respondedores al control continuaron en el mismo y los no respondedores recibieron tralokinumab Q2W+CT.

Resultado. El 46,3% de los 380 pacientes iniciales tenían DA grave (IGA-4); media de EASI 29,4. Semana 16: número significativamente mayor de pacientes tratados con tralokinumab alcanzaron IGA-0/1 (38,9%) y EASI-75 (56,0%) vs. control (26,2% y 35,7%; $p=0,015$ y $p<0,001$). Tratamiento de rescate reportado por el 2,8% del grupo tralokinumab y el 10,2% del grupo control. Según la evaluación de IGA-0/1 y EASI-75, 89,6% y 92,5% de los pacientes que respondieron a tralokinumab en la semana 16 mantuvieron la respuesta en la semana 32 con tralokinumab Q2W+CT, 77,6% y 90,8% con tralokinumab Q4W+CT. Entre los que no respondieron a tralokinumab en la semana 16, 30,5% y 55,8% alcanzaron el IGA-0/1 y el EASI-75 en la semana 32. Tasa global de eventos adversos similar en todos los grupos y no aumentó con el tratamiento prolongado.

Conclusión. Tralokinumab 300 mg Q2W+CT fue eficaz en el tratamiento de la DA de moderada a grave, con un perfil de seguridad favorable.

40. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA MONOTERAPIA CON TRALOKINUMAB EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DE DOS ENSAYOS DE FASE 3 DE 52 SEMANAS (ECZTRA-1 Y ECZTRA-2)

P. Herranz Pinto^a, E. Simpson^b, A. Blauvelt^c, E. Guttman-Yassky^d, M. Worm^e, C. Lynde^f, H. Saeki^g, Y. Poulin^h y A. Wollenbergⁱ

^aHospital Universitario La Paz. ^bDepartament of Dermatology. Oregon Health & Science University. Portland, OR. ^cOregon

Medical Research Center. Portland, OR. ^dDepartment of Dermatology and the Immunology Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York, NY. USA. ^eDivision of Allergy and Immunology. Department of Dermatology, Venereology and Allergy. Charité-Universitätsmedizin Berlin. Berlin. Alemania. ^fLynde Dermatology, Probitry Medical Research. Markham, ON, Canada and Department of Medicine. University of Toronto. Toronto, ON, Canadá. ^gDepartment of Dermatology. Nippon Medical School. Tokyo. Japón. ^hLaval University and Centre Dermatologique du Québec Métropolitain and Centre de Recherche & It. Dermatologique du Québec Métropolitain. Québec, QC, Canadá. ⁱDepartment of Dermatology and Allergy. Ludwig-Maximilian University. Munich. Alemania.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica y heterogénea de la piel. Tralokinumab neutraliza específicamente la interleuquina 13, citoquina de tipo 2 clave implicada en la inflamación de la DA.

Objetivo. Reproducción de los resultados del trabajo original sobre dos ensayos doble ciego, aleatorizados, controlados con placebo de 52 semanas de monoterapia con tralokinumab en la DA moderada a grave previamente presentado en el congreso AAD virtual.

Método. Pacientes aleatorizados 3:1 a tralokinumab subcutáneo 300 mg o placebo cada 2 semanas (Q2W) durante 16 semanas. Variables principales: IGA-0/1 y EASI-75, conseguidas sin el uso de medicación de rescate. Semana 16: los pacientes que respondieron a tralokinumab (IGA-0/1 y/o EASI-75) fueron realeatorizados 2:2:1 a tralokinumab Q2W o Q4W o a placebo durante 36 semanas adicionales. Los que respondieron a placebo continuaron con él, todos los que no respondieron recibieron tralokinumab Q2W en abierto con corticoesteroides tópicos (CT) opcionales.

Resultado. De 802/794 pacientes en ECZTRA 1/2, 50,7%/48,7% tenían DA grave (IGA-4); la media de EASI fue 32,4/32,2 al inicio del estudio. Semana 16: las respuestas IGA-0/1 fueron 15,8% (tralokinumab) vs. 7,1% (placebo; $p=0,002$) y 22,2% vs. 10,9% ($p<0,001$) en ECZTRA 1/2, respectivamente. Las respuestas de EASI-75 fueron 25,0% vs. 12,7% y 33,2% vs. 11,4% (ambos $p<0,001$). Semana 52: 59,6% y 55,8% mantuvieron un EASI-75 con tralokinumab Q2W; las respuestas del Q4W fueron similares. Entre los que no respondieron en la semana 16, transferidos a tralokinumab en abierto + CT opcionales, 50,4% y 42,3% alcanzaron EASI-75 y 24,3% y 22,5% alcanzaron IGA 0/1 en la semana 52. La tasa global de eventos adversos fue similar entre tralokinumab Q2W y placebo en 16 semanas; el perfil de eventos adversos en 16 y 52 semanas fue comparable.

Conclusión. Tralokinumab 300 mg fue eficaz en el tratamiento de la DA moderada-grave, con un perfil de seguridad favorable.