

Presentamos un caso que comparte datos clínicos e histopatológicos de liquen plano y de liquen estriado, de excepcional frecuencia, que apoya la hipótesis de que estas dos entidades comprenden extremos de un mismo espectro de la enfermedad.

Correspondencia:
Fernando Pulgar Martín.
C/ Norias, 47.
28220 Majadahonda. Madrid. España.
ferpulmar@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tilly JJ, Drolet BA, Esterly NB. Lichenoid eruptions in children. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:606-24.
2. Aloï F, Solaroli C, Pippione M. Diffuse and bilateral lichen striatus. *Pediatr Dermatol.* 1997;14:36-8.
3. Mittal R, Khaitan BK, Ramam M, Verma KK, Manchanda M. Multiple lichen striatus an unusual presentation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2001;67:204.
4. Peramiqel L, Baselga E, Dalmau J, Roé E, del Mar Campos M, Alomar A. Lichen striatus: clinical and epidemiological review of 23 cases. *Eur J Pediatr.* 2006;165:267-9.
5. Taniguchi Abagge K, Parolin Marinoni L, Giraldo S, Carvalho VO, de Oliveira Santini C, Favre H. Lichen striatus: description of 89 cases in children. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:440-3.
6. Herd RM, McLaren KM, Aldridge RD. Linear lichen planus and lichen striatus—opposite ends of a spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:335-7.
7. Rubio FA, Robayna G, Herranz P, de Lucas R, Hernández-Cano N, Contreras F, et al. Linear lichen planus and lichen striatus: is there an intermediate form between these conditions? *Clin Exp Dermatol.* 1997;22:61-2.
8. Numata Y, Okuyama R, Tagami H, Aiba S. Linear lichen planus distributed in the lines of Blaschko developing during intramuscular triamcinolone acetonide therapy for alopecia areata multiplex. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:1370-1.

Dermatitis de contacto alérgica palpebral unilateral por lopimax®

M.T Bordel-Gómez, J. Sánchez-Estella y J.C. Santos-Durán

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Virgen de la Concha. Zamora. España.

Sr. Director:

La apraclonidina es un fármaco perteneciente al grupo de los agonistas alfa 2-adrenérgicos, muy utilizado en el tratamiento adicional a corto plazo del glaucoma crónico en pacientes con tratamiento médico, los cuales necesitan una reducción adicional de la presión intraocular, con el fin de retrasar el tratamiento con láser o con cirugía. También es muy utilizado para controlar la presión en el ojo después de la cirugía del glaucoma.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con Ameride® (amilorida e hidroclorotiazida) y glaucoma en el ojo izquierdo de larga evolución, para lo cual recibía tratamiento desde hacía varios años con Xalatan® colirio oftálmico (latanoprost 50 µg). A pesar de dicho tratamiento, en la última revisión oftálmica realizada a principios del año 2007 se detectaron cifras elevadas de presión intraocular, motivo por el cual se añadió el tratamiento con Iopimax® colirio oftálmico (apraclonidina 0,5%). El objetivo fundamental era controlar la presión intraocular, además de retrasar la intervención quirúrgica, pues había sido intervenida de glaucoma en el ojo derecho. Consultó por la aparición progresiva y recidivante de lesiones eccematosas, muy pruriginosas, en los párpados supe-

rior e inferior izquierdos, de unos 8 meses de evolución tras el inicio del tratamiento con Iopimax®, que mejoraban sustancialmente con la aplicación de diversos corticoides tópicos, pero con constantes recidivas al suspenderlos.

La exploración cutánea reveló la presencia de una pequeña placa eritematosa con descamación fina, localizada en ambos párpados superior e inferior izquierdos, más acentuada en el canto interno (fig. 1). Los exámenes de laboratorio realizados (analítica completa, estudio inmunológico y hormonas tiroideas) no evidenciaron datos



Figura 1. Lesiones eccematosas en los párpados superior e inferior izquierdos.

patológicos de interés; sólo encontramos una discreta elevación de las cifras de colesterol total. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación y Alergia Cutánea (GEIDAC), utilizando la técnica estándar recomendada por el *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG). Los alérgenos se aplicaron en la parte superior de la espalda en bandas verticales, sobre piel normal, y se fijaron a la piel mediante una cinta adhesiva hipoalérgica. Transcurridas 48 horas de la aplicación de los parches estos se retiraron, realizando una primera lectura y otra posterior a las 96 horas. Se parchearon también los siguientes productos oftálmicos: Timofтол® (timolol 0,25 y al 0,5%), Trusopt® (dorzolamida al 1%), Xalatan® (latanoprost al 0,005%) e Iopimax® (apraclonidina al 0,5 y al 1%), además del sulfato de atropina al 1% en agua, hidrocloreuro de fenilefrina al 10% en agua, hidrocloreuro de pilocarpina al 1% en agua y cloruro de benzalconio al 0,1%, suministrados por Trolab® Hermal (Reinbek, Germany), con resultados todos ellos negativos tanto en la lectura realizada a las 48 horas como a las 96 horas, excepto la positividad a Iopimax® al 0,5% (3+ a las 96 horas).

Se instauró tratamiento con corticoterapia tópica de moderada potencia y recomendamos la retirada de dicho fármaco junto a una nueva valoración por el oftalmólogo, que reajustó el tratamiento del glaucoma con Combigan® colirio (brimonidina y timolol). La evolución fue satisfactoria, no presentando nuevos brotes de lesiones eczematosas.

La dermatitis alérgica de contacto es uno de los efectos adversos conocidos de numerosos fármacos utilizados en el tratamiento del glaucoma. En una reciente revisión se han identificado 10 fármacos que, utilizados tópicamente en el tratamiento de esta patología ocular, pueden provocar una reacción alérgica de contacto. Estos agentes incluyen los bloqueadores beta (timolol, befunolol, betaxolol, levobunolol, carteolol y metipranolol), inhibidores de la anhidrasa carbónica (dorzolamida), un parasimpaticomimético (pilocarpina) y los simpaticomiméticos (dipivefrina y apraclonidina)¹.

Apraclonidina, principio activo del Iopimax®, es un agonista alfa-2 selectivo que bloquea los receptores alfa 2 presinápticos, ejerciendo una acción indirecta e inhibiendo el estímulo presináptico para la formación de humor acuoso, disminuyendo así la presión intraocular. También se utiliza en el tratamiento del síndrome de Horner, debido a que aumenta el tono del músculo de Müller, lo que conlleva una rápida elevación del párpado superior de 1-3 mm. Carece de numerosos efectos secundarios, pero se le han atribuido casos de blefarconjuntivitis alérgica²⁻⁴, así como ardor, retracción palpebral y midriasis.

En nuestro conocimiento sólo hay tres casos publicados de alergia al colirio apraclonidina^{2,5}; dos de ellos se confirmaron mediante pruebas epicutáneas con una solución de apraclonidina al 5% en agua y el otro caso parcheando Iopimax® al 0,5% y apraclonidina al 10% en agua. Nuestro caso se confirmó parcheando Iopimax® al 0,5% exclusivamente. Hemos parcheado el Iopimax® a pacientes controles que han sido estudiados con pruebas epicutáneas (batería estándar y otras) y hasta ahora no hemos encontrado ninguna otra reacción positiva, ni alérgica ni irritativa.

La «explosión» en las últimas décadas de nuevos fármacos ha permitido grandes avances en el tratamiento de numerosas patologías, entre ellas el glaucoma. Como consecuencia de ello se ha incrementado abruptamente su uso, generando en ocasiones algunos problemas médicos, entre los que destacamos la dermatitis alérgica de contacto. Concluimos que este tipo de dermatitis debe ser considerada como un efecto adverso raro, pero posible, en el tratamiento con el colirio de apraclonidina (Iopimax®). Una alternativa para estos pacientes es el empleo de otros agentes alfa-1-adrenérgicos, como brimonidina o clonidina^{2,6}.

Correspondencia:
M.^a Teresa Bordel Gómez.
C/ Martínez Villergas, 6, 1.^o B.
49003 Zamora. España.
maitebordel@aedv.es
matebordel@yahoo.es

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Holdiness MR. Contact dermatitis to topical drugs for glaucoma. *Am J Contact Dermatitis*. 2001;12:217-9.
2. Silvestre JF, Carnero L, Ramón R, Albares MP, Botella R. Allergic contact dermatitis from apraclonidine in eyedrops. *Contact Dermatitis*. 2001;45:251.
3. Gross RL, Pinyero A, Orengo-Nania S. Clinical experience with apraclonidine 0.5%. *J Glaucoma*. 1997;6:298-302.
4. Butler P, Mannschreck M, Lin S, Hwang I, Alvarado J. Clinical experience with the long-term use of 1% apraclonidine. Incidence of allergic reactions. *Arch Ophthalmol*. 1995;113:293-6.
5. Armisen M, Vidal C, Quitans R, Suárez A, Castroviejo M. Allergic contact dermatitis from apraclonidine. *Contact Dermatitis*. 1997;39:193.
6. Shin DH, Glover BK, Cha SC, Kim YY, Kim C, Nguyen KD. Long-term Brimonidine therapy in glaucoma patients with apraclonidine allergy. *Am J Ophthalmol*. 1999;127:511-5.