



Figura 3 Resolución del lupus eritematoso sin secuelas.

mente reversible al suspenderlo. La causa de la coloración no es bien conocida, pero no se debe a una hiperbilirrubinemia y se relaciona con la dosis acumulada. En una serie de 8 pacientes con lupus eritematoso cutáneo, que fueron tratados con quinacrina, la mayoría respondió favorablemente, pero el 50% desarrolló una coloración amarillenta de la piel⁴.

En conclusión, quinacrina es un fármaco útil en el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso cutáneo con retinopatía, a pesar de sus múltiples efectos adversos. En

nuestra paciente quinacrina ayudó a mejorar el lupus eritematoso cutáneo y a bajar dosis de prednisona, pero la toxicidad cutánea obligó a suspender el tratamiento.

Bibliografía

1. Page F. Treatment of lupus erythematosus with mepacrine. *Lancet*. 1951;2:755-8.
2. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: Update of therapeutic options. Part I. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:e179-93.
3. Sokol RJ, Lichtenstein PK, Farrell MK. Quinacrine hydrochloride-induced yellow discoloration of the skin in children. *Pediatrics*. 1982;69:232-3.
4. González-Sixto B, García-Doval I, Oliveira R, Posada C, García-Cruz MA, Cruces M. Aspectos prácticos de quinacrina como tratamiento del lupus eritematoso cutáneo: serie de casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:54-8.

D. Vidal^{a,*}, J. Altés^b y J.A. Smandia^a

^a *Servicio de Dermatología, Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España*

^b *Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.vidal@sanitatintegral.org (D. Vidal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.025>

Eccema alérgico de contacto por clorocresol contenido en corticoides tópicos

Allergic Contact Dermatitis Due to Chlorocresol in Topical Corticosteroids

Sr. Director:

El eccema alérgico de contacto (EAC) a los medicamentos que contienen corticoides tópicos puede ser debido al propio corticoide o a los excipientes que lo acompañan. Presentamos el caso de un paciente con EAC al clorocresol, un conservante utilizado en diversos corticoides tópicos. Se trata de un varón de 40 años que acudió a nuestra consulta hace 8 años, diagnosticado en otro centro de una dermatitis atópica desde la infancia. En los últimos años presentaba predominio de lesiones en las manos y los pies, por lo que se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo de Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), con positividad para el cromo. Se consideró relevante pues el paciente usaba calzado de piel/cuero y era camarero manejando

bandejas metálicas, y se añadió el diagnóstico de EAC al cromo. El paciente cambió de puesto de trabajo, evitando el contacto con metales, aunque no utilizaba calzado libre de cromo de forma regular. En los siguientes años el cuadro evolucionó fluctuando de intensidad, manejándose con corticoides tópicos, aunque requirió tratamiento sistémico debido a brotes intensos y mantenidos. Dichos tratamientos consistieron en pautas descendentes de prednisona oral, dos ciclos de ciclosporina A (5 mg/kg peso) de 6 y 9 meses, y un ciclo de metotrexato oral (20 mg semanal) durante 8 meses. Con dichos tratamientos se obtenían respuestas casi totales, continuadas de episodios de remisión de varios meses que controlaba con corticoides tópicos. Sin embargo, en el último año el paciente comenzó a presentar brotes de lesiones eccematosas intensamente pruriginosas, exudativas, de forma diseminada, afectando el tronco, la cara, los miembros superiores e inferiores y las palmas (fig. 1). El tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg) obtenía respuestas poco duraderas, por lo que se instauró de nuevo ciclosporina oral a dosis de 5 mg/kg sin apenas respuesta. Dado el cambio de morfología y la ausencia de respuesta satisfactoria se repitieron las pruebas epicutáneas, con la batería estándar del GEIDAC, batería de cosméticos (Chemotechnique®) y diversos productos propios utilizados por el paciente,



Figura 1 Placas ecematosas en el tronco y en los miembros superiores.

incluyendo productos de higiene, hidratación y diversos corticoides tópicos (Clovate[®] crema, Fucibet[®] crema, Adventan[®] crema y Decloban pomada[®]). Las lecturas a las 48 y 96 horas fueron positivas (++) para clorocresol en vaselina 1%, Clovate[®] crema y Fucibet[®] crema. Se comprobó que el clorocresol formaba parte de dichos corticoides y una posterior prueba del parche con batería de corticoides (Martí Tor[®]) no mostró ninguna sensibilización adicional. Tras evitar dicho alérgeno, el paciente mejoró y en la actualidad se controla con propionato de clobetasol en pomada (Decloban[®]) sin efectos adversos.

El clorocresol (*p*-cloro-*m*-cresol) es un biocida utilizado como desinfectante y como conservante de diversos productos. Actualmente se encuentra a la concentración del 1% en vaselina en diversas baterías comerciales: cosméticos, peluquería, conservantes, úlceras cutáneas y fluidos de corte; circunstancia que refleja la amplia distribución de esta molécula. Incluso se encuentra dentro de la serie estándar de algunos grupos como el británico, quienes a pesar de obtener positividad relativamente bajas, en torno al 0,6%, recomiendan mantenerlo, ante la dificultad del diagnóstico de EAC por medicamentos tópicos¹. Se han descrito casos de EAC por clorocresol en cosméticos, medicamentos tópicos, gel de electrodos y fluidos de corte, entre otros; sin embargo, la mayoría de los casos se han descrito en relación con el uso de corticoides tópicos. En España se emplea como conservante de numerosos corticoides tópicos (tabla 1), y a pesar su amplio uso no son muchos los casos publicados²⁻⁵. Además, se han descrito reacciones

Tabla 1 Corticoides tópicos en crema comercializados en España que contienen clorocresol

Clovate	Emovate
Fucibet	Flutenal
Celestoderm	Flutenal-gentamicina
Celestoderm-gentamicina	Betnovate
Diproderm	Cuatroderm
Diprogenta	

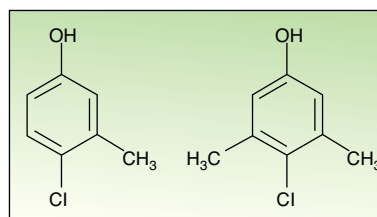


Figura 2 Estructura química del clorocresol (izquierda) y cloroxilenol (derecha).

cutáneas, en ocasiones graves, por clorocresol presente en otros medicamentos, como insulinas y heparinas^{6,7}. Tampoco hay que olvidar que, aunque raramente, también puede provocar urticaria de contacto⁸. Se ha descrito reactividad cruzada con el cloroxilenol (*p*-cloro-*m*-xilenol), otro conservante con una estructura química muy similar (fig. 2). En nuestro caso no hubo sensibilización al cloroxilenol, al igual que ha ocurrido en otros casos donde la sensibilización primaria ha sido a través de corticoides tópicos. Lewis y Emmett, en función de un caso suyo y de una revisión de la literatura, especularon que tal reactividad cruzada se producía solo cuando el sensibilizante inicial era el cloroxilenol y no viceversa⁴. Yamano et als. demostraron en animales reactividad cruzada bidireccional, pero era necesaria mucha menor concentración cuando la sensibilización inicial era a través del cloroxilenol⁹.

El caso presentado permite recordar la importancia de llevar a cabo pruebas epicutáneas en cuadros ecematosos con exacerbaciones injustificadas o que no respondan de manera adecuada al tratamiento. Dentro de las pruebas deberían incluirse los productos utilizados por el paciente, y no olvidar nunca los medicamentos tópicos utilizados, no solo evaluando los principios activos, sino también los conservantes y excipientes, como fue el clorocresol en el presente caso.

Bibliografía

1. Britton JER, Wilkinson SM, English JSC, Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Sansom JE, et al. The British standard series of contact dermatitis allergens: validation in clinical practice and value for clinical governance. *Br J Dermatol.* 2003;148:259-64.
2. Oleffe JA, Blondeel A, de Cornick A. Allergy to chlorocresol and propylenglicol in a steroid cream. *Contact Dermatitis.* 1979;5:53-4.
3. Archer CB, Mac Donald DM. Chlorocresol sensitivity induced by treatment of allergic contact dermatitis with steroid creams. *Contact Dermatitis.* 1984;11:144-5.
4. Lewis PG, Emmet EA. Irritant dermatitis from tributyl tin oxide and contact allergy from chlorocresol. *Contact Dermatitis.* 1987;17:129-32.
5. Camarasa JG, Serra-Baldrich E. Dermatitis de contacto por cremas conteniendo propionato de clobetasol. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1988;16:328-30.
6. Raipar SF, Foulds IS, Abdullah A, Maheswari M. Severe adverse cutaneous reaction to insulin due to cresol sensitivity. *Contact Dermatitis.* 2006;55:119-20.
7. Hancock BW, Naysmith A. Hypersensitivity to chlorocresol-preserved heparin. *BMJ.* 1975;27:746-7.
8. Freitas JP, Brandão FM. Contact urticaria to chlorocresol. *Contact Dermatitis.* 1986;15:252.

9. Yamano T, Shimizu M, Noda T. Allergenicity evaluation of *p*-chloro-*m*-cresol and *p*-chloro-*m*-xylenol by non-radioactive murine local lymph-node assay and multiple-dose guinea pig maximization test. *Toxicology*. 2003;190:259–66.

E. Gómez de la Fuente*, M. Andreu-Barasoain,
A. Nuño-González y J.L. López-Estebanz

Servicio Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: egomezf@fhacorcon.es
(E. Gómez de la Fuente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.026>

Dermoscopy of Early Dissecting Cellulitis of the Scalp Simulates Alopecia Areata

La dermatoscopia de la celulitis disecante precoz del cuero cabelludo es similar a de la alopecia areata

To the Editor:

Dissecting cellulitis of the scalp (DCS) is a follicular occlusion disorder that may progressively lead to scarring alopecia. It presents as multifocal painful nodules and boggy plaques with alopecia which is reversible in early disease, but can become scarring in longstanding lesions.¹ Dermoscopy is a useful non-invasive method for diagnosis and management of hair and scalp disorders, including cicatricial alopecia, such as lichen planopilaris, lupus erythematosus, and folliculitis decalvans.^{2–5}

We first report here the dermoscopy features in 6 patients with DCS. The patients included 5 males and 1 female aged 26–46 years. These included 1 Caucasian male and 5 African Americans. All patients presented with multiple patches of alopecia overlying painful scalp nodules (Fig. 1). Duration of the disease ranged from 3 months to 3 years.

Dermoscopy of the alopecic patches showed yellow dots, red dots, empty follicular openings, black dots and cadaverized hairs (Fig. 2a). Exclamation mark hairs were absent.



Figure 1 Alopecic patches with discrete nodules of DCS, resembling AA.

All patients used oral and topical antibiotics. Follow-up revealed partial hair regrowth in all cases. Dermoscopy was also useful in the short-term follow-up, showing short regrowing hairs and variable dystrophic hairs (Fig. 2b).

The dermoscopic patterns observed were very similar to those observed in non-scarring alopecias, simulating active

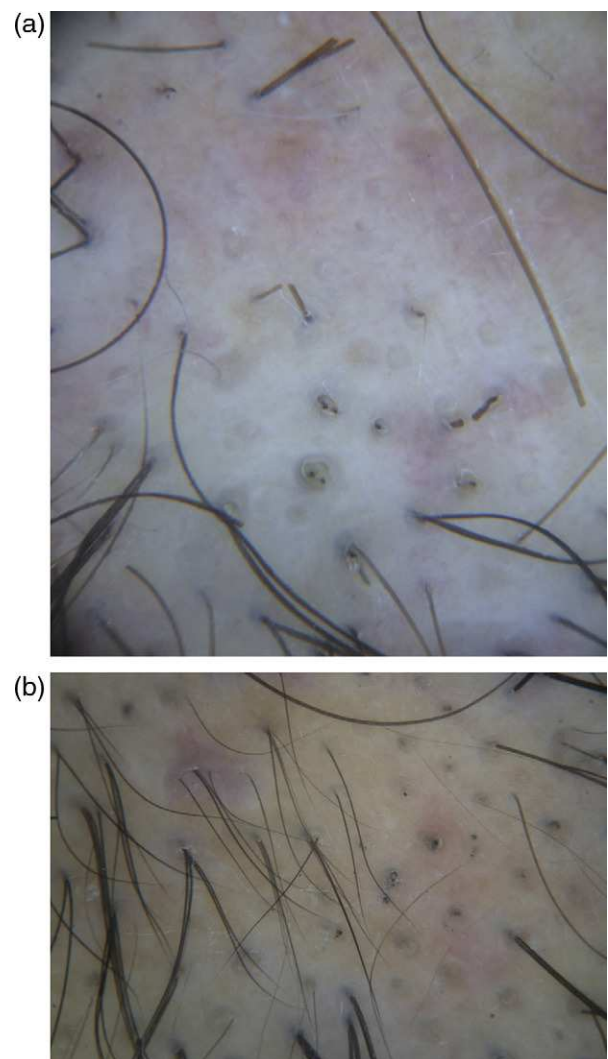


Figure 2 (a) Dermoscopy showing yellow dots, empty follicular openings, black dots and cadaverized hairs, very similar to AA. Exclamation mark hairs were absent. (Dermoscopy, at 40× magnification.) (b) Dermoscopy of follow-up, showing short regrowing hairs and dystrophic hairs. (Dermoscopy, at 70× magnification.)