

presentations of primary hypothyroidism in primary care. *Aten Primaria*. 1992;10:617-9.

6. Doshi DN, Blyumin ML, Kimball AB. Cutaneous manifestations of thyroid disease. *Clin Dermatol*. 2008;26:283-7.
7. Jabbour SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: A guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:315-31.

M. Salazar-Nievas<sup>a</sup> y S. Arias-Santiago<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [salvadorarias@hotmail.es](mailto:salvadorarias@hotmail.es) (S. Arias-Santiago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.05.008>

## Dermatosis Inmunoglobulina A lineal dishidrosiforme

### Dyshidrosiform Linear Immunoglobulin A Dermatitis

Las erupciones dishidrosiformes plantean un amplio diagnóstico diferencial<sup>1</sup>. La dermatosis IgA lineal es una enfermedad ampollosa autoinmune, infrecuente y de etiología idiopática o inducida por fármacos<sup>2</sup>, que se caracteriza por un depósito lineal de IgA en la membrana basal epidérmica<sup>3,4</sup>. Describimos un caso de dermatosis IgA lineal que comenzó como una erupción dishidrosiforme.

Una mujer de 56 años acudió a urgencias por presentar vesículas y ampollas palmoplantares (fig. 1), muy dolorosas y pruriginosas, de 24 h de evolución, siendo diagnosticada de dishidrosis. Días más tarde aparecieron ampollas en el tronco y en las extremidades, sin afectación de las mucosas, por lo que realizamos una analítica y una biopsia de una de las lesiones. Tres semanas antes había tenido una infección urinaria tratada con fosfomicina oral y un cuadro diarreico secundario al tratamiento antibiótico. La analítica, incluyendo anticuerpos antinucleares, anti-transglutaminasa, antiunión intercelular y antimembrana basal mediante inmunofluorescencia indirecta fue normal. La histopatología mostró ampollas subepidérmicas, con un infiltrado en la dermis papilar compuesto por abundantes neutrófilos que formaban microabscesos en el vértice de las crestas papilares, sin presencia de eosinófilos. En la inmunofluorescencia directa (IFD) se evidenció un depósito lineal de IgA en la membrana basal epidérmica, sin detectarse depósitos de IgG ni de C3 (fig. 2). Considerando los hallazgos anteriores se diagnosticó de dermatosis IgA lineal. Se trató



Figura 1 Vesículas plantares a las 24 h de evolución.

con prednisona oral, con buena respuesta y sin recaídas a los 6 meses de suspendido el tratamiento.

La presentación inicial del cuadro con vesículas y ampollas palmo-plantares hizo plantear el diagnóstico de eccema dishidrótico. Posteriormente, la aparición de las lesiones en el tronco y las extremidades llevó a pensar en una enfermedad ampollosa. Los hallazgos histopatológicos y de IFD permitieron llegar al diagnóstico de dermatosis IgA lineal.

La dermatosis IgA lineal puede parecerse clínica e histológicamente al penfigoide ampolloso y a la dermatitis herpetiforme<sup>3</sup>. Estas 3 entidades cursan con formación de ampollas subepidérmicas, infiltrado inflamatorio y depósito de inmunoglobulinas en la membrana basal epidérmica. Pueden diferenciarse mediante el estudio histológico y de IFD. En el penfigoide dishidrosiforme el infiltrado inflamatorio está compuesto predominantemente por eosinófilos, y la IFD muestra un depósito lineal de IgG y de C3<sup>5</sup>. También se han descrito casos de penfigoide IgA, con depósito lineal de IgA y C3<sup>6</sup>. En la dermatitis herpetiforme se observan abundantes neutrófilos en el vértice de las papilas dérmicas y la IFD muestra un depósito granular de IgA<sup>5</sup>. En la dermatosis IgA lineal el infiltrado inflamatorio está compuesto predominantemente por neutrófilos, y en la IFD se observa un depósito lineal de IgA en la membrana basal epidérmica<sup>5</sup>.

Es importante destacar que, aunque escasos, se han descrito casos de dermatosis IgA lineal dishidrosiforme<sup>7,8</sup>. Esta forma clínica fue descrita inicialmente en 1988 por Barth et al., quienes publicaron 3 casos de IgA lineal dishidrosiforme<sup>7</sup>; posteriormente Duhra et al. describieron

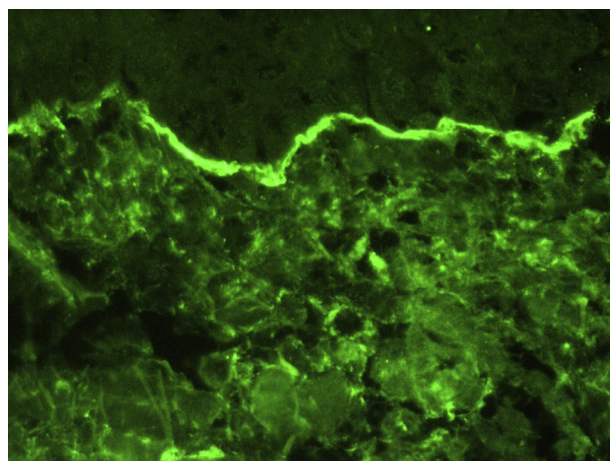


Figura 2 IFD con depósito lineal y homogéneo de IgA.

**Tabla 1** Diagnóstico diferencial de las erupciones dishidrosiformes

Acropustulosis de la infancia	Erupción fija medicamentosa
Linfoma de células T del adulto	Ampollas por fricción
Impétigo ampolloso	Pénfigo vulgar
Penfigoide dishidrosiforme	Erupción polimorfa del embarazo
Dermatitis IgA lineal	Psoriasis pustulosa
Epidermolisis ampollosa	Síndrome sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis (SAPHO)
Eritema multiforme	Escabiosis
Síndrome boca-mano-pie	Dermatitis pustulosa subcórnea
Infección herpética	Vasculitis de pequeños vasos

Fuente: Wollina<sup>1</sup>.

otro caso<sup>8</sup>. Todos los casos descritos tenían afectación palmar. Esta enfermedad puede ser inducida por medicamentos, principalmente por vancomicina<sup>2,9,10</sup>. Respecto a la fosfomicina como posible desencadenante no se ha descrito la asociación entre este antibiótico y la dermatitis IgA lineal, aunque en el presente caso no podemos descartar que haya actuado como tal. El tratamiento se basa en la administración de dapsona, asociada a corticoides en los casos refractarios<sup>4</sup>.

Hemos querido presentar este caso para considerar la dermatitis IgA lineal dentro del amplio diagnóstico diferencial de las erupciones dishidrosiformes (tabla 1)<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Wollina U. Pompholyx: A review of clinical features, differential diagnosis, and management. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11:305–14.
2. Montagnac R, Reguiñ Z, Méhaut S, Bressieux JM, Schillinger F. Drug induced linear IgA bullous dermatosis. *Nephrologie*. 2003;24:287–92.

3. Chorzelski TP, Jablonska S. Diagnostic significance of the immunofluorescent pattern in dermatitis herpetiformis. *Int J Dermatol*. 1975;14:429–36.
4. Ingen-Housz-Oro S, Bernard P, Bedane C, Prost C, Joly P. Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes. Société Française de Dermatologie. Linear IgA dermatosis. Guidelines for the diagnosis and treatment. *Ann Dermatol Venerol*. 2011;138:267–70.
5. Campos-Domínguez M, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Métodos diagnósticos en las enfermedades ampollas subepidérmicas autoinmunes. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:485–502.
6. Mihályi L, Kiss M, Dobozy A, Kemény L, Husz S. Clinical relevance of autoantibodies in patients with autoimmune bullous dermatosis. *Clin Dev Immunol*. 2012;2012:369546.
7. Barth JH, Venning VA, Wojnarowska F. Palmo-plantar involvement in auto-immune blistering disorders-pemphigoid, linear IgA disease and herpes gestationis. *Clin Exp Dermatol*. 1988;13:85–6.
8. Duhra P, Charles-Holmes R. Linear IgA disease with haemorrhagic pompholyx and dapsone-induced neutropenia. *Br J Dermatol*. 1991;125:172–4.
9. Nousari HC, Kimyai-Asadi A, Caeiro JP, Anhalt GJ. Clinical, demographic, and immunohistologic features of vancomycin-induced linear IgA bullous disease of the skin. Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1999;78:1–8.
10. Fortuna G, Salas-Alanis JC, Guidetti E, Marinkovich MP. A critical reappraisal of the current data on drug-induced linear immunoglobulin A bullous dermatosis: A real and separate nosological entity. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:988–94.

H.A. Borja-Consigliere<sup>a,\*</sup>, N. Ormaechea-Pérez<sup>a</sup>,  
C. Lobo-Morán<sup>b</sup> y A. Tuneu-Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sección de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: hborja@uc.cl,  
hernanborja@hotmail.com (H.A. Borja-Consigliere).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.05.010>

## Allergic contact dermatitis due to acrylates in acrylic gel nails: a report of 3 cases

### Dermatitis alérgica de contacto a acrilatos por uñas artificiales acrílicas: estudio de 3 casos

To the Editor:

Acrylates in artificial nails are a well-known cause of allergic contact dermatitis (ACD).<sup>1</sup> The recent emergence of photo-bonded acrylic gel nails has resulted in a growing number of cases of ACD in both manicurists and clients.<sup>2</sup> As the number of beauty salons offering these new type of nails

in Spain is increasing, we might soon see an increase in the incidence of ACD due to acrylates. We describe the case of 3 women, 2 manicurists and a client, with ACD induced by acrylic gel nails. The clinical presentation was different for each patient. Interestingly, 1 of the manicurists experienced an airborne reaction to nail sanding dust.

The epidemiological data, clinical manifestations, and patch test results are summarized in Table 1.

Patch tests were performed according to the International Contact Dermatitis Research Group criteria using the Spanish baseline series (T.R.U.E. TEST and allergEAZE) and an extended series of acrylates (Chemotechnique Diagnostics AB). Positive reactions were observed for 2-hydroxyethyl methacrylate (2-HEMA) and ethylene glycol dimethacrylate (EGDMA) in all 3 patients and for 2-hydroxyethyl