



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

61 Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea Alicante, 21 y 22 de octubre de 2016

1. DERMATITIS DE CONTACTO POR PROTEÍNAS EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME AVE-HUEVO

L. Berbegal, F.J. de León y J.F. Silvestre

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

Introducción: La dermatitis de contacto a proteínas es una forma de alergia cutánea poco conocida y muchas veces infradiagnosticada. Es importante conocer esta entidad, así como el espectro de sustancias responsables de la misma. Presentamos el caso de una dermatitis de contacto a proteínas contenidas en la carne de pollo en una paciente con síndrome ave-huevo.

Caso clínico: Paciente de 30 años remitida a la consulta de alergia cutánea por un eccema crónico de manos. Como antecedentes destacaba una rinitis alérgica con prick test positivo para epitelio de animales (gato, perro, caballo), para plumas, y para ácaros del polvo. Además tenía alergias alimentarias a la yema del huevo y a las gambas (prick test e IgE específicas positivas), y estaba diagnosticada de síndrome ave-huevo. En la anamnesis refería que presentaba prurito y empeoramiento de la clínica al manipular carne de gallina para cocinarla en su domicilio. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar mostraron positividad al sulfato de níquel con relevancia pasada. El prick-by-prick con carne de pollo fue positivo. Tras la utilización de guantes y tratamiento tópico con corticoides las lesiones de las manos mejoraron.

Discusión: En el síndrome ave-huevo, los pacientes están sensibilizados a la yema del huevo a través de proteínas de origen aviar (plumas, excrementos y suero de aves). El alérgeno responsable de esta reactividad cruzada es la α -livetina, también denominada albúmina sérica del pollo. Tras el contacto con antígenos de aves aparecen síntomas de rinoconjuntivitis y asma. También pueden producirse síntomas digestivos o de alergia oral tras la ingesta de yema de huevo o carne de gallina. Nos resulta interesante destacar la implicación que esta proteína puede tener en la clínica cutánea de estos pacientes en forma de dermatitis de contacto, además de los síntomas respiratorios y digestivos ya conocidos en este síndrome.

2. SENSIBILIZACIÓN A CORTICOIDES TÓPICOS EN ESPAÑA. ¿SON REALMENTE ÚTILES LOS MARCADORES DE CORTICOIDES DE LA BATERÍA ESTÁNDAR?

P. Mercader García, J.F. Silvestre Salvador, A. Giménez Arnau, R. González Pérez, M.A. Pastor Nieto, V. Fernández Redondo, E. Serra Baldrich, S. Córdoba Guijarro, M.E. Gatica Ortega, M. Hervella Garces, I. Ruiz González, J.M. Carrascosa Carrillo, B. García Bravo, J. Sánchez Pérez, E. Gómez de la Fuente, L. Borrego Hernando, J.C. Armario-Hita, P. Sánchez-Pedreño Guillén, B. Díaz-Ley, D. Guimaraens y M. Rodríguez Serna

Miembros del GEIDAC.

Introducción: Los corticoides tópicos son uno de los medicamentos más usados en el tratamiento de enfermedades cutáneas, pero su uso repetido puede provocar una sensibilización alérgica y desencadenar una dermatitis de contacto. En la batería estándar del GEIDAC existen dos marcadores de corticoides; la budesonida y el pivalato de tixocortol, sin embargo, no son capaces de detectar todos los casos de sensibilización a estos medicamentos, por lo que la prevalencia de sensibilización es difícil de establecer. En este trabajo pretendemos estudiar las características epidemiológicas de los pacientes sensibilizados a los corticoides tópicos más usados en nuestro país y la eficacia de los marcadores de corticoides para detectar este problema.

Material y métodos: Se realizó una encuesta a los miembros del GEIDAC para determinar cuáles eran los corticoides tópicos más usados en sus centros. Se seleccionaron 6 corticoides; metilprednisolona aceponato 0,1% etanol, prednicartrato 1% etanol, mometasona furoato 0,1% etanol, betametasona-17-valerato 0,1% etanol, betametasona-17,21-dipropionato 0,1% etanol y clobetasol-17-propionato 0,1% etanol, para realizar pruebas epicutáneas adicionales entre los pacientes que acudieran a 22 centros de toda España con sospecha de eccema de contacto. Todos los pacientes fueron estudiados con la batería estándar del GEIDAC, incluyendo la budesonida y el pivalato de tixocortol, además en 15 centros se parchó de forma adicional la butirato-17-hidrocortisona.

Resultados: Desde febrero de 2015 a enero de 2016 se estudiaron 3699 pacientes, de los cuales 54 mostraron al menos una prueba epicutánea

positiva a alguno de los corticoides del estudio o a los marcadores de la batería estándar (prevalencia de sensibilización 1,46%). Encontramos 76 pruebas epicutáneas positivas a alguno de los corticoides adicionales testados en 39 pacientes (1,05%), pero 24 de estos pacientes (61,54%) no tenían ningún marcador de corticoides positivo. 22 de los 39 pacientes (56%) estaban sensibilizados solo a un corticoide, 8 (21%) estaban sensibilizados a varios corticoides un mismo grupo y 9 (23%) estaban sensibilizados a corticoides de varios grupos.

Conclusiones: Los marcadores de alergia a corticoides presentes en la batería estándar fueron incapaces de detectar la sensibilización a este grupo de medicamentos en un porcentaje importante de nuestros pacientes. Si además tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes estaban sensibilizados solo a un corticoide es muy fácil que este problema no se detecte, para evitarlo lo más sencillo es recomendar a los pacientes que traigan los medicamentos que han usado y realizar pruebas epicutáneas con ellos.

3. POLISENSIBILIZACIÓN ASOCIADA A FOTOSENSIBILIZACIÓN POR KETOPROFENO

T. Sanz Sánchez, R.M. Díaz Díaz, DM. Arranz Sánchez, C. Rubio Flores
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: El ketoprofeno es el fotoalérgeno más importante en España, no solo por su frecuencia sino por la existencia de reacciones cruzadas con otras sustancias que presentan los pacientes fotosensibilizados a este antiinflamatorio no esteroideo.

Casos clínicos: Presentamos 6 pacientes que referían una fotodermatitis alérgica de contacto a ketoprofeno. Analizamos las polisen-sibilizaciones encontradas en estos pacientes.

Discusión: El ketoprofeno es un analgésico antiinflamatorio no esteroideo, derivado del ácido propiónico, utilizado ampliamente en España de forma tópica en patologías dolorosas musculares y articulares. Los pacientes fotosensibilizados a ketoprofeno pueden presentar reactividad cruzada con otras sustancias relacionadas estructuralmente tan variadas como otros antiinflamatorios, antipiemantes, filtros solares y perfumes.

Conclusiones: El estudio de un paciente con una fotosensibilización a ketoprofeno debe incluir una prueba de fotoparche con la batería de fotoalérgenos, antiinflamatorios y fotoprotectores y unas pruebas epicutáneas con la batería estándar, recomendada por el Grupo Español de Investigación de Dermatitis Alérgica de Contacto, y la batería de fragancias. Destacamos la importancia de una correcta información respecto a la forma de uso de este medicamento tópico como medida de prevención para futuras fotosensibilizaciones a ketoprofeno y así evitar la cascada de sensibilizaciones observadas en estos pacientes.

4. ¿ES ÚTIL TESTAR LA TINTA PROPIA ANTE UNA SOSPECHA DE ALERGIA A UN TATUAJE?

I. González-Villanueva, P. Hispán, D. Romero, F. de León, L. Berbegal, B. Encabo y J.F. Silvestre

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: En la actualidad, el procesamiento y composición de las tintas de tatuaje no está regulado por la ley y su etiquetado no es obligatorio. El diagnóstico de las posibles reacciones alérgicas a alguno de los componentes de las tintas de tatuaje se hace realmente difícil, ya que las pruebas epicutáneas se llevan a cabo con potenciales alérgenos, sin la seguridad de que estén presentes en la tinta; y sin saber si otros componentes pudieran estar implicados. Comunicamos nuestra experiencia realizando pruebas epicutáneas con la tinta propia en el último año.

Casos clínicos: Hemos estudiado en la consulta de Alergia Cutánea a cinco pacientes con sospecha de dermatitis de contacto alérgica a la tinta de tatuaje. Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar

dar y la batería de textiles a los cinco pacientes, con resultados negativos o de relevancia pasada. En cuatro de ellos pudimos testar la tinta propia utilizada en el tatuaje. Tan sólo en uno de los casos se objetivó una positividad al parche de tinta propia (++/++ a las 24 y 72 horas).

Conclusiones: La utilidad de las pruebas epicutáneas en este contexto, incluida la prueba del parche con la tinta del tatuaje aportada por el paciente, no está del todo clara. En la mayoría de los casos son negativas o inconsistentes. Sin embargo, se han comunicado casos de positividad a las tintas propias que nos animan a seguir parcheándola cuando esté disponible.

5. AUTOOXIDACIÓN DEL LINALOL: HIDROPERÓXIDOS ALERGÉNICOS, REACTIVIDAD RADICALARIA Y RESPUESTA INMUNITARIA POR ACTIVACIÓN DE LA VÍA NRF2

S. Kuresepi^a, C. Raffalli^a, B. Vileno^a, S. Kerdine Römer^a y E. Giménez Arnau^b

^a*Dermatochemistry Laboratory. University of Strasbourg CNRS-UMR 7177. France.* ^b*Signalisation Immunotoxicology Immunopharmacology. University Paris Sud. INSERM-UMR 996. Francia.*

Introducción: La dermatitis de contacto inducida por fragancias es hoy en día de importancia capital y se clasifica en segunda posición después del níquel en muchos centros dermatológicos europeos. Entre todos los compuestos utilizados en las fragancias, los terpenos son capaces de oxidarse en contacto con el oxígeno molecular y formar hidroperóxidos alílicos (R-OOH) de fuerte podersensibilizante¹. Los R-OOH deben reaccionar con las proteínas epidérmicas para formar la entidad antigénica responsable de la sensibilización. Lo más probable es que los mecanismos químicos implicados en esta reacción sean de tipo radicalario, ampliamente subestimados en los procesos de inmunotoxicología cutánea. A efectos de evaluación de riesgos, es necesario elucidar cómo se produce la haptización a estos compuestos a través de mecanismos radicalarios.

Métodos: Los estudios se han realizado con R-OOH derivados de la autooxidación del linalol, uno de los 26 ingredientes que deben ser etiquetados en los cosméticos según la directiva europea (7th amendment to the EU Cosmetics Directive, Directive 2003/15/EC, 2003). Para identificar las especies radicalarias reactivas derivadas de estos compuestos se ha utilizado la resonancia paramagnética electrónica combinada a la técnica del "spin-trapping". Condiciones experimentales óptimas han sido establecidas con variables diferentes, spin traps, concentraciones, soluciones tampón e iniciación radicalaria entre otros, con el fin de identificar los radicales formados en condiciones próximas a las fisiológicas. Como "prueba de concepto", esta metodología ha sido explorada utilizando epidermis humanas reconstituidas con el objetivo de evidenciar la formación de radicales derivados de R-OOH en un sistema biológico histológicamente similar a la piel humana. En paralelo, se estudió el vínculo reactividad-respuesta inmune vía el estudio de la activación de células dendríticas presentadoras de antígenos (THP-1) por estos compuestos. La activación de la vía de defensa antioxidante Nrf2 en estas células ha sido evaluada por medida de la expresión de genes antioxidantes (*ho-1*, *nqo1*) en presencia de R-OOH y por PCR cuantitativa en tiempo real, y por medida de acumulación de Nrf2 estudiada por Western Blot. **Discusión:** Los R-OOH derivados de la autooxidación del linalol producen fácilmente, por ruptura homolítica del enlace O-O, radicales oxigenados. Estos, inestables y debido a la presencia de dobles enlaces terpénicos, pueden formar radicales reactivos diversos centrados en átomos de carbono. En consecuencia, diferentes posiciones radicalarias reactivas son posibles así que diferentes entidades antigénicas². Los R-OOH derivados del linalol, además, activan la vía antioxidante Nrf2 en células dendríticas, como estudios anteriores han demostrado también para otro tipo de alérgenos³. Estos sensibilizantes, pues, son también moléculas oxidantes. En consecuencia, muy probablemente una sinergia existe entre su capacidad a reaccionar con los aminoácidos para formar antígenos y su poder oxidante, explicando así el fuerte poder sensibilizante.

Conclusiones: Estos estudios son un paso hacia adelante en la comprensión de los mecanismos de acción de los hidroperóxidos sensibilizantes combinando reactividad química, identificación de especies radicalarias y activación inmunológica de células dendríticas.

Bibliografía

1. Bråred C, et al. Contact Dermatitis. 2016;74:273-80.
2. Kao, et al. J Org Chem. 2011;76:6188-200. Toxicol Res. 2014;3: 278-89.
3. Migdal, et al. Toxicol Sci. 2013;133:259-74.

6. DERMATITIS DE CONTACTO POR PROTEÍNAS CAUSADA POR CARMÍN COCHINILLA (E-120) EN UN PRODUCTO CÁRNICO

C. Lloret Ruiz^a, F.J. Miquel Miquel^a, J. Montoro Lacomba^b, S. Lucas Truyols^a y E. Gimeno Carpio^a

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

Introducción: El rojo cochinilla, o carmín cochinilla (CC), es un colorante orgánico de amplio uso en la industria alimentaria y cosmética. También se usa como excipiente farmacéutico. Se extrae a partir de las hembras grávidas del insecto *Dactylopius coccus* (cochinilla). El extracto contiene aproximadamente un 50% de ácido carmínico, que es la que confiere el color rojo, y alrededor de un 20% de material proteico proveniente de las cochinillas. En la UE este colorante debe constar obligatoriamente en la lista de excipientes como E-120. El CC ha sido relacionado principalmente con asma ocupacional (trabajadores en fábricas de tintes, cosméticos, procesado de alimentos, carniceros). También se han descrito con relativa frecuencia casos de alergia alimentaria (urticaria, angioedema, anafilaxia) y de forma muy aislada algún caso de dermatitis de contacto por cosméticos. Los alérgenos causales han sido caracterizados en algunos estudios y son proteínas del insecto presentes en el extracto, y no el ácido carmínico. No se ha estudiado el alérgeno en los pocos casos descritos de dermatitis de contacto.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años sin antecedentes personales o familiares de atopia que consultó por eccema de manos que relacionaba con productos de limpieza. También refería ocasionales exacerbaciones agudas con prurito y aparición de vesículas tras manipular en su casa un preparado de carne picada para hacer hamburguesas. Había sufrido varios episodios de dolor abdominal, náuseas y diarrea líquida autolimitada al ingerir hamburguesas, morcillas y salchichas. Las pruebas epicutáneas con la serie basal española fueron negativas. El prick by prick con el preparado cárnico aportado por el paciente fue positivo. Se completó el estudio en el S. de Alergología confirmándose sensibilización a CC (E-120).

Discusión: La dermatitis de contacto por proteínas (DCP) es una de las manifestaciones cutáneas de hipersensibilidad inmediata (IgE mediada) por contacto directo con el alérgeno, junto con la urticaria de contacto. Puede asociar síntomas digestivos, síndrome de alergia oral o incluso anafilaxia cuando se ingiere el alérgeno. La lista de alérgenos descritos como causa de DCP es muy extensa, siendo en general sustancias de origen vegetal o animal. No hemos encontrado ningún caso publicado de DCP por CC, ni tampoco por otros colorantes. Presentamos, pues, el que sería el primer caso descrito de DCP por este colorante alimentario.

7. REACCIÓN LOCAL INTENSA EN ZONAS DE INYECCIÓN DE MESOTERAPIA LIPOLÍTICA

S. Córdoba^a, P. García-Montero^a, E. Rojas^a, R. Khedaoui^b, A. Garrido^a y J. Borbujo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes personales de interés que consultó por la aparición en los últimos 2-3 días, de múl-

tiples placas eritematoedematosas, purpúricas, muy pruriginosas, de gran tamaño afectando a casi toda la extensión de abdomen, caderas y muslos. Las lesiones se localizaban en las zonas de inyección subcutánea de Dermaheal LL® (fosfatidilcolina + L-carnitina) administrada 1 semana antes del inicio del cuadro. El estudio anatomopatológico de una de las lesiones demostró la presencia de espongiosis en la epidermis, intenso edema dérmico y un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial formado por linfocitos, histiocitos y numerosos eosinófilos, ocupando toda la dermis y afectando al pánículo adiposo. Se pautó tratamiento con corticoides orales y tópicos con resolución total de las lesiones en 1 mes. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, la batería de cosméticos de Marti-Tor, Dermaheal LL® tc y prick e intradermorreacción con Dermaheal LL® que resultaron negativas.

Discusión: La inyección subcutánea de sustancias lipolíticas (mesoterapia lipolítica) se utiliza con fines cosméticos para reducir acumulos grasos localizados en abdomen, cuello, glúteos y muslos. La aparición de hematomas, dolor, edema y prurito en puntos de inyección se reconocen como complicaciones posibles, pero están poco descritas. La aplicación del tratamiento por personal poco entrenado puede aumentar la aparición de complicaciones locales. Otras complicaciones infecciosas, granulomatosas o cicatriciales están mejor reflejadas en la literatura.

Conclusiones: Presentamos un caso de reacción local eccematosa en puntos de inyección de sustancias lipolíticas, posiblemente por mecanismo tóxico directo. Este tipo de reacción ha sido raramente descrita, por lo que es probable que esté siendo infradiagnosticada.

8. ECCEMA DE CONTACTO ALÉRGICO POR MÚLTIPLES ACEITES ESENCIALES EN UNA MASAJISTA

M. Herrero Moyano, T.M. Capusan, C. Martínez Mera y J. Sánche Pérez

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

Introducción: Las fragancias son un grupo amplio de sustancias que representan la segunda causa más frecuente de dermatitis de contacto alérgica en nuestro medio. La sensibilización a los aceites esenciales está aumentando los últimos años a causa del auge del sector de la aromaterapia.

Caso clínico: Mujer de 46 años, natural de Ecuador, sin antecedentes médicos de interés acudió a nuestras consultas por la aparición hace 7 meses de lesiones eccematosas en pliegues interdigitales y dorso de manos, sin afectación de palmas, que desaparecían con corticoides tópicos en 3-6 días. En ocasiones las lesiones se habían extendido a la región perioral y axilar. Aportaba fotografía de uno de los brotes previos, en la que se apreciaban microvesículas, eritema, y fisuración en dorso y pliegues interdigitales de manos. La paciente trabaja en un centro de estética hace 15 años donde realizaba masajes con aceites, cremas y depilación con cera. Desde hace 1 año en su trabajo habían incorporado el uso de productos de la marca Alquimia®, que incluye más de 20 aceites esenciales. Además refería más de 20 lavados de manos al día. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDAC y con la serie de fragancias que fueron positivas para mezcla de fragancias II y Lyril, geraniol, hidroxicitronella, lavandula, canaga odorata, geranium, citral, limoneno, limoneno hidroperóxido, y linalool hidroperóxido. Por último se parchearon los 52 productos propios que usaba habitualmente en su trabajo, siendo positivos los aceites esenciales de canela, naranja, hisopo, enebro, salvia, manzanilla, ylang-ylang, lavanda, romero, árbol del té, lemon grass, limón, pomelo, sativa, mirra, menta, mejorana y geranio. Con la historia clínica y los resultados de las pruebas epicutáneas, se llegó al diagnóstico de eccema de contacto alérgico profesional, a múltiples aceites esenciales. Se le indicó a la paciente una pauta de corticoides tópicos y las recomendaciones a seguir para evitar la reaparición del cuadro.

Discusión: Los aceites esenciales son sustancias aromáticas extraídas de diferentes plantas, secreciones de animales o sintetizadas a partir de carbón o petróleo. Su uso es extenso en la industria alimentaria, la “medicina natural” y la industria de los cosméticos y las fragancias. Estas últimas contienen entre un 5% y 10% de aceites esenciales, siendo los más usados el de naranja, bergamota, limón, lavanda patchouli y cedro. La prevalencia de dermatitis de contacto entre los masajistas es alta, entre un 15 y un 23% ya que se encuentra expuestos a múltiples factores de riesgo para desarrollarla: humedad, lavados frecuentes, detergentes, látex, fragancias y otros irritantes y alérgenos encontrados en aceites de masajes, cremas y lociones. Esta prevalencia es aún mayor en los que además presentan dermatitis atópica previa. En la literatura, hasta 79 aceites esenciales se han descrito como causantes de dermatitis de contacto demostradas con pruebas epicutáneas positivas. El mejor indicador de alergia de contacto a éstos es la mezcla de fragancias I. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes con alergia de contacto a aceites esenciales, pueden tener resultados negativos en las series estándar y de fragancias, por lo que es necesario complementar estas pruebas con un parcheo específico para un correcto diagnóstico.

Conclusiones: La dermatitis de contacto ocupacional por aceites esenciales está en aumento debido al auge de la aromaterapia y a la práctica de masajes. En nuestra paciente la irritación provocada por el exceso de lavado de manos durante años fue seguida de una sensibilización de contacto múltiple a diferentes aceites esenciales. La sensibilización cruzada y/o concomitante de sus componentes puede explicar la sensibilización de contacto a numerosos alérgenos en nuestra paciente.

9. HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA A CORTICOESTEROIDES TÓPICOS Y SISTÉMICOS: APORTACIÓN DE UN CASO

S. Santos Alarcón^a, F.C. Benavente Villegas^a, R. Farzanegan Miñano^b, C. Pérez Francés^b, J.M. Sánchez Motilla^a y A. Mateu Puchades^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Alergología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción: Los corticosteroides pertenecen al grupo de fármacos más utilizados tanto tópicos como de forma sistémica. La hipersensibilidad a corticoides es un fenómeno, que aunque infrecuente, se viene describiendo con frecuencia en la literatura médica.

Resumen: Presentamos el caso de una mujer de 54 años en seguimiento por reumatología por rizartritis bilateral y bursitis peritrocanterea. Sin antecedentes personales ni familiares de asma ni atopia. En estudio por nuestro servicio por destaca cuadro pruriginoso de lesiones eccematosas generalizadas en relación a inyección intrarticular de triamcinolona por bursitis, que fue catalogado como toxicodermia. Además refiere episodios de lesiones similares en relación a cremas utilizadas por crisis hemorroidales. No empeoramiento durante período laboral. Se realizó estudio inmunológico que incluía pruebas epicutáneas con batería de corticoides, siendo estas positivas tanto en lectura a 96 horas, como en lectura tardía a los 7 días. Se derivó al paciente al Servicio de Alergología, se realizaron pruebas de intradermorreacción (siendo positiva para triamcinolona en lectura tardía) y pruebas de provocación oral (siendo positivas para deflazacort 30 mg a las 24 horas; y a las 48 horas positiva para metilprednisolona) confirmándose tolerancia para hidrocortisona.

Conclusiones: En el estudio de hipersensibilidad retardada a corticoides tanto tópicos como sistémicos es necesario completar el estudio inmunológico de hipersensibilidad inmediata con el fin de confirmar la sensibilización/tolerancia del paciente.

10. SENSIBILIDADES MÚLTIPLES EN DERMATITIS DE CONTACTO

E.M. Morales Conde, J. Raya Maldonado y B. García-Bravo

UGC Dermatología. Hospital Universitario V. Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La positividad a varios alérgenos de la serie estándar es un hecho habitual. La mayoría de ellas se consideran sensibilidades cruzadas, originadas por compuestos relacionadas químicamente pero otras muchas se consideran concomitantes al estar causadas por alérgenos que se contactan en el mismo objeto.

Material y métodos: Se analizan los pacientes con pruebas positivas en todos los testados con la serie estándar del GEIDC durante los años 2013 y 2014. Se valora la sensibilización única o múltiple y los alérgenos cuyas positividades se asocian más frecuentemente. Los datos se analizaron mediante el test exacto de Fisher en tablas de contingencia 2 x 2.

Resultados: De entre los 537 pacientes con alguna positividad en la serie estándar, 138 mostraron sensibilidad a solo un alérgeno, 80 a dos alérgenos, 48 a 3 alérgenos, 26 a 4 alérgenos, 19 a 5 alérgenos, 6 a 6 alérgenos, 3 a 7 alérgenos y 1 a 8 alérgenos. Las alergias a mercurio, cáinas y níquel fueron únicas en el 50, 40,6 y 32,3 % de los casos respectivamente. Las asociaciones más frecuentes y estadísticamente significativas se dieron entre metales, Kathon CG y Níquel, FMI y FMII, FMI y Lyral, FMI y Au, FMI y Bálsamo del Perú, FMII con Lyral, FMII y B. Perú, y PPDA con Níquel

Discusión: La sensibilización a más de un alérgeno es un hecho frecuente y mayor de lo esperado. La sensibilización cruzada y concomitante entre metales es bien conocida pero en este estudio llama la atención la asociación entre perfumes y metales y de PPDA con níquel. Similares trabajos han mostrado co-sensibilización entre B. Perú y cobalto, BP y colofonia, cromo y colofonia, fragancias con formaldehído o liberadores de formaldehído y Kathon CG con liberadores de formaldehído.

Bibliografía

Landeck L, González E, Baden L et al. Positive concomitant test reactions to allergens in the estándar patch test series. *Int J Dermatol.* 2010;49:517-9.

Pontén A, Bruze M, Engfeldt M et al. Concomitant contact allergies to formaldehyde, methylchlorothiazolinone/methylisothiazolinone, methylisothiazolinone, and fragrances mixes I and II. *Contact Dermatitis.* 2016 May 3. doi: 10.1111/cod.12598.

11. REACCIÓN ADVERSA POR DISPOSITIVOS EN HIPOACUSIA MARCADA

A. Varela Veiga^a, M. Rodríguez Rodríguez^b, M. Pousa Martínez^b y V. Fernández Redondo^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La dermatitis alérgica de contacto (DAC) a dispositivos de ayuda en hipoacusia marcada es una entidad poco frecuente, siendo más prevalente en aquellos pacientes con dispositivos en contacto directo con el pabellón auricular con respecto a los que se integran en moldes. Los dispositivos colocados mediante intervención quirúrgica como los implantes cocleares también pueden estar implicados en esta entidad, siendo esto último extremadamente raro.

Material y métodos: Presentamos pacientes remitidos desde Otorrinolaringología con antecedentes de hipoacusia marcada sometidos a la implantación de dispositivos de ayuda, como son los implantes cocleares o las prótesis auditivas externas, que presentaban reacción cutánea tardía compatible con un eccema de contacto en la localización de estos.

Resultados: Todos ellos fueron remitidos a la Unidad de Dermatología de Contacto de nuestro centro para descartar o confirmar una posible alergia a los elementos que conforman dichos dispositivos. Tras realizar pruebas epicutáneas, incluyendo los componentes enviados por el fabricante, no se pudo demostrar positividad para ninguno de los elementos que forman parte de estos aparatos de forma individual.

Discusión: La DAC a dispositivos auditivos constituye una complicación poco descrita en la literatura. Los agentes más frecuentemente implicados son los acrilatos y suele presentarse tras un contacto prolongado con dichos dispositivos. El primer caso descrito de DAC a estos aparatos fue en 1978, debida al monómero metil metacrilato que se encontraba en contacto con el CAE. Las agentes sensibilizantes más frecuentemente implicados son los fármacos tópicos, seguidos de las resinas y productos químicos empleados en la fabricación de las prótesis, aunque también pueden verse involucradas las suturas empleadas para su colocación, por lo que resulta esencial realizar pruebas que descarten hipersensibilidad retardada a estos materiales. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen entidades como una forma localizada de dermatitis seborreica, psoriasis o una causa irritativa exacerbada por la oclusión del dispositivo, así como una infección de la herida quirúrgica o una otitis media serosa secretora en el caso de los implantes cocleares. Revisada la literatura, los casos de DAC en el contexto de implantes cocleares son escasos, siendo debidos en gran parte a la silicona LSR-30, sin haber demostrado en nuestros pacientes hipersensibilidad retardada a estos materiales.

Conclusiones: Presentamos unos casos remitidos con sospecha de dermatitis de contacto en pacientes portadores de dispositivos de ayuda auditiva, no habiéndose demostrado su origen alérgico, siendo imprescindible la realización de pruebas que permitan descartar esta etiología en todos los casos, dada la complejidad diagnóstica.

12. AZATIOPRINA COMO TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE

M. Hervella Garcés, A. Larumbe Irurzun, I. Mitxelena Eceiza, A. Valcayo Peñalba, M. Larrea García e I. Yanguas Bayona

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

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad en nuestra práctica clínica de la azatioprina (AZA) como tratamiento a largo plazo de la dermatitis atópica grave.

Métodos: Se identificaron los pacientes con dermatitis atópica del adulto grave tratados con AZA en los últimos 10 años en una Consulta especializada de un hospital terciario. Se estudiaron variables clínicas, analíticas, diagnósticos concomitantes, tratamientos previos, dosis y respuesta a AZA (SCORAD, PGA), efectos adversos y motivos de suspensión.

Resultados: Treinta y un pacientes fueron incluidos en este estudio: 52% varones, edad media 38 años (rango 17-56), duración media de síntomas de 16,7 años, SCORAD medio de 52, y el 74% con valores de IgE elevados. Tratamiento previo: 87% corticoides orales, 55% ciclosporina, 29% otros sistémicos, 16% fototerapia. AZA indujo respuesta completa (mejora SCORAD \geq 75%) en 16,1% de pacientes, respuesta moderada (\geq 50%) en 51,6%; respuesta pobre 12,9% y nula o empeoramiento 19,4%. El tiempo medio de respuesta fue de 4 meses, y la duración media del tratamiento 28 meses.

Diez pacientes suspendieron AZA, la mayoría por ineficacia o efectos adversos. Once pacientes (35%) refirieron efectos adversos (más frecuentes intolerancia digestiva e infecciones), y en 4 motivaron su suspensión.

Discusión: En nuestra serie AZA mostró una eficacia algo mayor y una proporción similar de efectos adversos a lo previamente publicado. Son ventajas innegables de AZA que permite el tratamiento prolongado, es relativamente segura y tiene un protocolo de moni-

torización sencillo. Inconvenientes: toxicidad potencial, ocasionalmente impredecible y grave, necesidad de seguimiento clínico estrecho, y su ocasional ineficacia, no predecible, y que en nuestra experiencia ocurre en un tercio de casos. En esta serie 39% de pacientes recibieron dosis mayores que las recomendadas según valores de TPMT, y estos pacientes asociaron peor respuesta clínica al fármaco, al igual que aquellos con los niveles de IgE más altos. Sin embargo, las variables sexo, edad y tiempo evolución no fueron predictivas de la respuesta al fármaco.

Conclusiones: AZA es un fármaco útil en la dermatitis atópica grave, y en nuestra experiencia seguro si se administra según un protocolo, de acción lenta pero duradera, y eficaz en más de la mitad de los pacientes tratados.

Palabras clave: Dermatitis atópica grave. Azatioprina. Tratamiento sistémico.

13. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR PROPYLENGLICOL. REVISIÓN DE NUESTROS CASOS

V. Zaragoza Ninet, R. Blasco Encinas, A. Esteve Martínez, I. Sierra Talamantes, A. Pérez Ferriols y J. de la Cuadra Oyanguren

Sección de Alergia Cutánea; Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El propilenglicol es una sustancia muy ubicua empleada como solvente, emulsionante y humectante en productos terapéuticos tópicos y en cosméticos. Tiene escaso poder sensibilizante y en muchos casos los parches positivos se interpretan como "irritativos". No obstante, la dermatitis alérgica de contacto a propilenglicol es una entidad bien establecida, habiéndose reportado casos desde los años 50.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los parches positivos a propilenglicol en los pacientes estudiados con pruebas epicutáneas en la Sección de Alergia Cutánea del Hospital General de Valencia desde enero 1980 a junio 2016.

Resultados: Se han encontrado 36 pacientes sensibilizados a propilenglicol. El 68,6% eran hombres, con una edad media 55,5 años en su mayoría (88,6%) sin antecedentes de atopía. La clínica más frecuente fue de eccema de piernas, seguido de eccema de cara y generalizado. En todos los pacientes el parche positivo de propilenglicol se consideró de relevancia presente. El origen de la sensibilización en el 77,1% de los casos fue iatrogénico, relacionándose especialmente con productos cicatrizantes empleados para las curas tópicas de úlceras de piernas y con corticoides tópicos. Tres cuartas partes de los pacientes presentaron co-sensibilizaciones asociadas especialmente a fragancias y otros emulsionantes.

Conclusiones: Aunque la incidencia de sensibilización a propilenglicol es baja, se trata de un alérgeno ubicuo, especialmente relacionado con dermatitis alérgica de contacto iatrogénica y por cosméticos. Deben realizarse estudios para determinar la concentración y el vehículo óptimos para optimizar el diagnóstico.

14. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ÁCIDO BENZOICO Y LAURIL-GLUCÓSIDO PRESENTES EN UN PROTECTOR SOLAR

M.I. Martínez González, S. Heras González y R. González Pérez

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

Introducción: Paralelamente al aumento en el uso de fotoprotectores durante los últimos años, se ha observado un incremento en la incidencia de la sensibilización a los mismos.

Caso clínico: Varón de 72 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento en nuestras consultas por daño actínico. En una de las visitas de control acude con un eccema en dorso de ambos antebrazos que, según refiere, le apareció tras la aplicación de un fotoprotector

pediátrico de la marca Avène®. Comenta haber presentado episodios similares con anterioridad tras la aplicación de distintos fotoprotectores de varias marcas comerciales. Se realizaron pruebas epicutáneas (parches y fotoparches) con la batería estándar del GEIDAC, la batería de filtros solares (Chemotechnique, Suecia) y el producto propio. En la lectura a las 96 horas, se objetivó una respuesta alérgica positiva (++) únicamente frente al fotoprotector propio. Se amplió el estudio epicutáneo desdoblado sus componentes, demostrándose positividad frente a ácido benzoico y lauril-glucósido.

Discusión: El uso de fotoprotectores está cada vez más extendido en la población debido a la concienciación social sobre los efectos perjudiciales de la radiación ultravioleta. Los filtros solares se clasifican en filtros físicos y químicos, siendo estos últimos los que con mayor frecuencia producen alergia cutánea. Los principales alérgenos implicados suelen ser la benzofenona-3, DL-alfa-tocoferol y las fragancias. El ácido benzoico es un ácido carboxílico aromático con propiedades conservantes. El lauril-glucósido es un surfactante biodegradable no iónico elaborado a partir de vegetales. Ambos se utilizan de manera habitual en la formulación cosmética, sin embargo, resulta excepcional encontrar en la literatura casos de alergia a filtros solares en los que estén implicados dichos alérgenos.

15. PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BOCA URENTE

S. Heras González, M.I. Martínez González y R. González Pérez

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

Introducción: El síndrome de la boca urente es una sensación de dolor, ardor o escozor, localizado en la lengua o en otra zona de la cavidad oral en ausencia de signos clínicos objetivables. Algunos autores sugieren que el síndrome de la boca urente puede estar causado por metales utilizados en prótesis dentales así como por monómeros de acrilato, aditivos, aromatizantes y otros alérgenos. **Objetivos:** Determinar las positividads más frecuentes y la relevancia clínica de las mismas en los pacientes con síndrome de boca urente.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda retrospectiva de los casos con síndrome de boca urente estudiados mediante pruebas epicutáneas durante un periodo de 15 años (2001-2015), empleando para ello la base de datos disponible en la Unidad de Alergia Cutánea de nuestro Servicio.

Resultados: Durante un periodo de 15 años se han parchado 67 pacientes con síndrome de boca urente, colocándose en 65 de ellos además de la serie estándar del GEIDAC, otras series adicionales que incluían la batería de metales (44,7%), dental (52,23%), panadería (23,8%) así productos propios (10,44%), cosméticos (1,5%) y gomas (1,5%). La edad media de estos pacientes fue de 75 años, de los cuales el 79,1% eran mujeres. De los 67 pacientes estudiados tan solo en 2 casos (2,9%) se ha evidenciado una relevancia presente de las positividads, que por otro lado, fueron detectadas con la batería estándar del GEIDAC.

Conclusiones: En nuestra experiencia de los 67 pacientes estudiados con pruebas epicutáneas tan solo 2 presentaban positividads relevantes, lo cual representa un porcentaje claramente inferior a lo descrito en la literatura. Destacar por otra parte que las relevancias encontradas han sido demostradas con la batería estándar por lo que las baterías adicionales no resultaron útiles en el estudio del síndrome de boca urente.

16. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON ECCEMA NUMULAR

D. Santiago Sánchez-Mateos, F. Heras Mendaza y L. Requena Caballero

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: El eccema numular es una variante de eccema endógeno, aunque ocasionalmente se observa en el eccema atópico, suele debutar en la edad adulta y tener curso crónico recidivante. El estudio con pruebas epicutáneas puede resultar interesante para intentar aclarar su etiopatogenia.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo de casos de eccema numular estudiados en una Unidad de Dermatología de Contacto durante el periodo comprendido entre enero 2013 a junio 2016. En base a los picos de incidencia descritos, dividimos a los pacientes en dos grupos de edad: < 50 años y ≥ 50 años. Hemos analizado la presencia de antecedentes personales de atopia, de sensibilizaciones a alérgenos y su posible relevancia.

Resultados: Se han incluido 26 pacientes: 20 varones y 6 mujeres, de edades entre los 8 y los 82 años. El grupo de < 50 años está constituido por 6 varones y 6 mujeres, 3 de ellos y 3 de ellas con antecedentes de atopia. Se ha encontrado sensibilización a alérgenos en 3 casos, sin relevancia actual. El grupo de ≥ 50 años está constituido por 14 varones, 2 de ellos con antecedentes de atopia. Se ha encontrado sensibilización a alérgenos en 7 casos, con relevancia actual en 4 casos.

Discusión: Hemos observado que la mayoría de los pacientes con edad ≥ 50 años no tienen antecedentes de atopia y las pruebas epicutáneas pueden resultar útiles en la identificación de posibles alérgenos relevantes, entre los que se han identificado conservantes y fragancias presentes en los cosméticos.

17. DERMATITIS ATÓPICA DEL ADULTO: DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PERFIL TERAPÉUTICO EN NUESTRO CENTRO

G. Castillo, J.M. Carrascosa, F. Ballejà, I. Bielsa, H. Collgrós y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.

Introducción: La dermatitis atópica grave del adulto (DAGA) es una dermatosis crónica inflamatoria, con frecuentes exacerbaciones y un marcado impacto en la calidad de vida del paciente.

Objetivos: Presentamos el perfil clínico, epidemiológico y el curso terapéutico de los pacientes visitados con el diagnóstico DAGA en nuestro servicio, reclutados a partir del registro en bases de datos y en tratamiento y seguimiento activo en la actualidad.

Material y métodos: En total se reclutaron 32 pacientes (V/M) con una edad media de 36 años (16-72). La edad media al diagnóstico fue de 16 años, aunque en el 47% de los pacientes estaba presente desde o pocos después del nacimiento. El 84% presentaba otros componentes de estatus atópico. Todos los pacientes habían realizado tratamiento con antiinflamatorios - corticoides/inhibidores de la calcineurina - tópicos y pautas de corticoides orales en algún momento de la enfermedad. Los tratamientos más empleados fueron fototerapia UVB o UVB+UVA (78%; 25/32), Azatioprina (14/32; 43%), CsA (11/32; 34%), MTX (4/32; 12%) y micofenolato mofetilo (4/32; 12%). Sólo en unos pocos pacientes se registraron parámetros cuantitativos de la enfermedad (EASI, SCORAD). En su conjunto, la respuesta al tratamiento fue satisfactoria (PGA 0/1-aclaramiento, casi aclaramiento- o 2 - marcada mejoría-) en el 28%, 42%, 18%, 50% y 25% de pacientes tratados con fototerapia, azatioprina, CsA, MTX y MMF, respectivamente.

Discusión: El perfil del paciente con dermatitis atópica grave seguido en nuestro centro se corresponde con un individuo con una larga historia personal de dermatitis atópica, a menudo desde la infancia, que ha recibido, además de tratamiento tópico, fototerapia y a menudo diversos ciclos de tratamiento sistémico. Los tratamientos empleados con mayor frecuencia fueron la fototerapia y la azatioprina, seguidos de CsA y, en menor medida, MTX y micofenolato

mofetilo. El curso episódico de la enfermedad y el escaso empleo de parámetros cuantitativos dificultan la monitorización del curso del proceso inflamatorio y la respuesta al tratamiento.

18. SÍNDROME DE BABOON POR ESTEROIDES SISTÉMICOS

P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, M.J. Moreno Ramos^b,
T. Martínez Menchón^a, B. Ferri Níguez^c, M. Lova Navarro^a,
A.M. Victoria Martínez^a, R. Corbalán Vélez^a y J. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Reumatología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: La dermatitis alérgica de contacto por esteroides tópicos ocurre aproximadamente en el 0,2% al 5% de los pacientes estudiados mediante pruebas epicutáneas. Sin embargo, se desconoce la frecuencia de presentación de la dermatitis de contacto por la administración sistémica de estas sustancias. Describimos un paciente con eczema alérgico de contacto a esteroides tópicos que desarrolló un síndrome de baboon por prednisona oral.

Caso clínico: Varón de 76 años de edad, con antecedentes de psoriasis y eczema alérgico de contacto por colirios. En las pruebas epicutáneas standard GEIDAC se observó positividad a dicromato potásico, sulfato de neomicina y pivalato de tixocortol. En la serie de corticoides (Chemotechnique) se demostró positividad a 21-fosfato de dexametasona. El colirio usado (Tobradex[®]) fue, asimismo, positivo a las 96 horas. En septiembre de 2015 comenzó con lesiones esclerosas localizadas en abdomen, miembros superiores e inferiores, siendo diagnosticado de esclerodermia-fascitis eosinofílica. El estudio de extensión no demostró ningún hallazgo relevante. Se administró tratamiento con prednisona a dosis de 60 mg. al día. A las 48 horas de la administración de prednisona se observó eritema violáceo localizado en glúteos, abdomen y miembros inferiores, tipo baboon. Tras la resolución del cuadro ha sido tratado con deflazacort oral y metotrexato subcutáneo sin presentar ningún efecto adverso.

Discusión: Se desconoce la frecuencia de la dermatitis de contacto sistémica en pacientes con sensibilización a esteroides tópicos tras la reexposición a estas sustancias por vía oral o parenteral. Además no está claro si todos los pacientes sensibles a esteroides tópicos reaccionan tras la administración sistémica. El cuadro clínico de la dermatitis de contacto sistémica es variado, desde eczema generalizado, en ocasiones a nivel de pliegues tipo baboon, exantema maculopapuloso o eritema polimorfo-like. Es necesario estudiar de forma individualizada a estos pacientes para determinar el perfil de sensibilización a esteroides.

Conclusiones: Describimos el caso de un paciente sensible a esteroides tópicos del grupo 1 y 3 que presentó un cuadro de eczema de contacto sistémico tras la administración oral de prednisona (grupo 1).

Palabras clave: Dermatitis de contacto sistémica. Síndrome de Baboon. Prednisona.

19. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA POR BEMIPARINA

F. Heras^a, A. Gómez^b, D. Santiago^a, S. Machan^a, J.L. Díaz^a,
L. Requena^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Alergología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: Las reacciones generalizadas por heparinas son muy raras. Presentamos el caso de un paciente que sufrió una pustulosis exantemática por bemparina, en el que las pruebas epicutáneas fueron clave para llegar al diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 44 años, con antecedentes de trombosis de arteria retiniana y malformación en válvula tricúspide. Es intervenido en noviembre de 2015 por liposarcoma de pared abdominal. A los dos días de la intervención comienza tratamiento con bemparina subcutánea (Hibor[®] 3500), para prevención de tromboembolismos.

Seis días después desarrolla un exantema maculoso en extremidades superiores y tronco, que en pocas horas se generaliza y asocia multitud de pequeñas pústulas. Se realizó una biopsia cutánea, que observó signos congruentes con una pustulosis exantemática. Tres meses después se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, diversos cosméticos, antisépticos y con bemparina Hibor[®] 3500, diluida al 5% en agua y aplicada sobre la espalda tras escarificación de la córnea. Con esta heparina se observó una prueba positiva a las 48 horas, cuya intensidad aumentó a las 96 horas. La prueba reproducía la toxicodermia pasada, consistiendo en una mancha eritematosa jalonada con pápulas y algunas pústulas. Se realizaron 15 controles en voluntarios con esta dilución de bemparina Hibor[®], mediante la misma técnica, resultando todos ellos negativos. Posteriormente se realizaron diversas pruebas epicutáneas, pruebas de prick, intradermorreacciones y pruebas de provocación con distintas heparinas: tinzaparina, enoxaparina, fraxiparina y fondaparinux. Se observó positividad a la provocación subcutánea con tinzaparina. El paciente toleró todas las demás pruebas, incluida la provocación con fondaparinux.

Discusión: La pustulosis exantemática aguda generalizada es una toxicodermia psoriasiforme secundaria a diversos fármacos. Entre ellos también deben tenerse en cuenta las heparinas, como el caso que describimos. Las pruebas epicutáneas pueden ayudar a su diagnóstico. Es importante conocer las posibles reacciones cruzadas entre distintas heparinas, a la hora de recomendar al paciente la que puede emplear en el futuro con seguridad.

20. LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T E HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA DE CONTACTO POR COSMÉTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Morales-Raya^a, A.M. Delgado Márquez^a, V. Gargallo Moneva^a,
E. Riveiro Falkenbach^b, M. Garrido Ruiz^b, J.L. Rodríguez Peraltó^b,
P.L. Ortiz Romero^a y J. Ortiz de Frutos

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Mujer de 59 años diagnosticada de micosis fungoide en 2014 (estadio Ib) confirmado con múltiples biopsias. Derivada en 2015 a consulta de eczema de contacto por placas eritematoedematosas no evanescentes que aparecen en relación con aplicación de cosméticos, biopsiadas en varias ocasiones con diagnóstico de micosis fungoide. Se realizaron pruebas epicutáneas apareciendo positividad para metilisotiazolinona, quanterium 15 y dodecil galato; observándose fenómeno de "angry back" que dificultó la lectura. Se apreciaban placas eritematoedematosas de bordes bien definidos que fueron biopsadas con histología de micosis fungoide, demostrándose un infiltrado monoclonal coincidente con los hayados en las biopsias previas. Se discuten los casos publicados en la literatura de linfoma y pseudolinfoma en paciente sometidos a pruebas epicutáneas.

21. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA SENSIBILIZACIÓN A LA PARAFENILENDIAMINA EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL DISTRITO BAHÍA DE CÁDIZ (PERIODO 2000-2015)

M.J. Riego Ramos^a, D. del Ojo Cordero^b, M.A. Romero Cabrera^b,
A. González Cabrerizo^b y J.C. Armario Hita^b

^aDepartamento de Medicina; ^bUnidad de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

Introducción: La dermatitis de contacto es una enfermedad frecuente que comprende la dermatitis de contacto irritativa y la dermatitis de contacto alérgica. Presenta una prevalencia poblacional estimada de un 20% de sensibilización al menos a un alérgeno. La

parafenilendiamina es una amina aromática presente en múltiples sustancias y conocida por su extrema potencia de sensibilización.

Objetivos: Determinar la frecuencia de sensibilización a la parafenilendiamina en nuestro área y establecer las características epidemiológicas del paciente con sensibilización a la misma, además de comparar nuestros resultados con los obtenidos en otras regiones.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional longitudinal y retrospectivo, que incluye a todos los individuos estudiados en la Unidad de Alergia del Hospital Universitario de Puerto Real por sospecha de dermatitis de contacto alérgica entre los años 2000-2015.

Resultados: Fueron incluidos un total de 2.323 individuos, de los cuales un 3.22% resultaron positivos para parafenilendiamina. Afecta principalmente al sexo femenino ($p < 0,02$), y se asocia al eccema en cuero cabelludo ($p < 0,0001$). La sensibilización a PPD se asocia con sensibilización a sulfato de níquel ($p = 0,02$), bálsamo del Perú ($p = 0,04$) PTBP ($p < 0,0001$), IPPD ($p < 0,0001$), mezcla de parabeno ($p < 0,0001$) y benzocaina ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El patrón más habitual de paciente con sensibilización a la parafenilendiamina, es el de una mujer de edad media, ama de casa, con eczema de manos y asociación a otras sensibilizaciones como el bálsamo del Perú y los alcoholes de lana.

22. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA SENSIBILIZACIÓN POR CONTACTO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

A. Burgos Rodríguez^a, D. del Ojo Cordero^b, M.A. Romero Cabrera^b, A. González Cabrerizo^b y J.C. Armario Hita^b

^aDepartamento de Medicina; ^bUnidad de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción: Se estima que la prevalencia de la DCA en la edad pediátrica es similar a la de la edad adulta, y representa el 20% de todos los casos de dermatitis en los niños. Sin embargo, su verdadera prevalencia e incidencia son desconocidas.

Objetivos: determinar la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes con dermatitis alérgica de contacto en edad pediátrica.

Material y métodos: hemos realizado un estudio epidemiológico, descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, sobre los pacientes estudiados en la unidad de Alergia Cutánea de la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario de Puerto Real (HUPR) entre los años 2000 y 2015. Las principales variables que han valorado son: sexo, edad, procedencia, localización, antecedentes personales de atopia, positividad de las PE, relevancia clínica, diagnóstico, número de sensibilizaciones, alérgenos más relevantes, etc.

Resultados: el estudio abarcó a 96 pacientes con una edad media de $8,60 \pm 4,02$ años. Las zonas más frecuentemente afectadas por DCA fueron las manos (23% de los pacientes), seguida de cara (22%) y difusa (22%). Encontramos relevancia positiva en el 68% de los casos. Los alérgenos más frecuentes fueron sulfato de níquel (12,55%), thiomersal (6,25%) y metil/isotiazolinona (4,16%). Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la edad de menos de 14 años y la respuesta positiva al thiomersal ($P = 0,01$; OR = 2,92; IC95 = 1,18-7,22) y menor frecuencia de positividad para sulfato de níquel ($P = 0,03$; OR = 0,48; IC95 = 0,23-0,97).

Conclusiones: Al aumentar la edad, níquel toma el lugar del thiomersal como el principal alérgeno implicado en la DCA.

23. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A OMALIZUMAB A LAS 12 SEMANAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Spertino, E. Rozas, L. Puig y E. Serra-Baldrich

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

Introducción: Omalizumab se utiliza para el tratamiento de pacientes con Urticaria Crónica Espontánea que no responden a antihistamínicos de nueva generación administrados hasta 4 veces la dosis de ficha técnica.

Materiales y métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con UCE tratados con Omalizumab.

Resultados: Se obtuvieron respuestas UAS7 en práctica clínica comparables con las reportadas en los ensayos clínicos.

Discusión: En los ensayos clínicos ASTERIA I y II y GLACIAL el porcentaje de pacientes que consigue una respuesta UAS7 < 6 (Urticaria controlada) varía entre un 52 y un 66%, la mayoría de los artículos publicados con datos en práctica clínica no se pueden comparar con los ensayos clínicos debido a que no utilizan UAS7 para evaluar la respuesta. En nuestra serie de pacientes los datos son superponibles a los de los ensayos clínicos.

24. URTICARIA SOLAR. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

M. Rodríguez-Serna^a, A. Sahuquillo^a, I. Andreu^b, y R. Botella^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Unidad Mixta de Investigación. IIS La Fe-UPV. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. España.

Introducción: La urticaria solar es una fotodermatosis idiopática poco común que se manifiesta por la aparición de lesiones habonosas pruriginosas tras la exposición al sol, otras fuentes de luz artificial (UVA, UVB), luz visible y en raros casos radiación infrarroja. Las lesiones desaparecen en minutos/ horas tras cesar la exposición a la luz responsable. El diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente y se confirmará mediante la realización de un fototest para determinar el espectro lumínico responsable. Es una enfermedad muy limitante para el paciente y de difícil tratamiento. Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti IgE humanizado usado en el tratamiento de los casos severos de urticaria crónica espontánea, recogiendo la literatura algunos casos de urticaria solar con buena respuesta a este tratamiento.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 53 años. Urticaria solar de 8 años de evolución en el momento del diagnóstico. Longitud de onda responsable tras fototest: Luz visible. Tras falta de respuesta a bilastina 20 mg x 4, respuesta a Omalizumab a dosis de 300 mg c/15 días. Caso 2: mujer de 30 años. Urticaria solar de 6 meses de evolución en el momento del diagnóstico. Longitud de onda responsable tras fototest: Luz visible. Tras falta de respuesta a bilastina 20 mg x 4 y CyA a dosis de 3,5 mg/kg respuesta a Omalizumab a dosis de 450 mg c/15 días. Caso 3: varón de 35 años. Urticaria solar de 3 meses de evolución en el momento del diagnóstico. Longitud de onda responsable tras fototest: Luz visible. Tras falta de respuesta a bilastina 20 mg x 4, respuesta a Omalizumab a dosis de 300 mg mensual. Caso 4: mujer de 36 años. Urticaria solar de 2 años de evolución en el momento del diagnóstico. Longitud de onda responsable tras fototest: Luz visible. Tras falta de respuesta a bilastina 20 mg x 4, respuesta a Omalizumab a dosis de 300 mg mensual.

Discusión: Se presentan los resultados de tratamiento con Omalizumab en 4 pacientes dos varones y dos mujeres afectos de urticaria solar provocada por luz visible, sin respuesta a antihistamínicos no sedantes a dosis cuatro veces la lícita con tiempos de evolución variables en el momento del diagnóstico desde 3 meses a 8 años. Se comenta la variabilidad tanto en el tiempo de respuesta al tratamiento como en las dosis utilizadas.

Conclusiones: Omalizumab debe ser considerado como una alternativa de tratamiento en pacientes con urticaria solar.

Palabras clave: Urticaria solar. Omalizumab.

25. PACIENTE POLISENSIBILIZADA A LA PARAFENILENDIAMINA, A MÚLTIPLES COMPONENTES DEL GRUPO PARAAMINO Y AL NARANJA DISPERSO 1

I. Ruiz González, E. Varas Meis, A. Espasandín Arias, S. Delgado Vicente, L.M. Valladares Narganes y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El estudio de la relevancia en el paciente polisensibilizado es un reto para el dermatólogo. En éste caso la visita al lugar de trabajo nos condujo a una mejor interpretación de los resultados.

Caso Clínico: Paciente de 56 años, sin antecedentes de interés y peletera de profesión. Acudió a nuestra consulta por un episodio de lesiones faciales, 6 meses antes de la visita, que remitieron tras dos meses de corticoterapia oral y tópica. Además, presentaba lesiones interdigitales en las manos, de dos meses de evolución. Se realizaron pruebas epicutáneas, en una 1ª fase: serie estándar española (True test ampliada), serie cosméticos y cosméticos propios. En una 2ª fase: serie colorantes textiles, serie acrilatos y los componentes de los parabenos. En la última fase, tras la visita al lugar de trabajo, se parchearon las pieles que utilizaba la paciente "tal cual" y se realizó un "test semiopen" con anilina negra propia y el tinte del pelo.

Resultados: Se objetivó una sensibilización a múltiples compuestos para-amino: mezcla cainas, parafenilendiamina (PPDA), mezcla parabenos y mezcla de gomas negras; así como a la mezcla de colorantes textiles 6,6%, al colorante naranja disperso 1, al níquel y al cobalto.

Discusión: Tras estudiar el entorno laboral de la paciente y los productos propios aportados, consideramos como alérgeno con relevancia actual a la parafenilendiamina (presente en el tinte capilar) y relevancia actual probable al naranja disperso 1 (probablemente presente en las pieles que maneja). Si bien, no podemos descartar una reacción cruzada entre ambos componentes, debido a la posible degradación del naranja disperso 1 por bacterias cutáneas en metabolitos estructuralmente similares a la PPDA.

Conclusiones: Presentamos el caso de una paciente polisensibilizada donde la visita al lugar de trabajo nos ayudó a dilucidar la relevancia de las positividades. Consideramos que se debería plantear la visita al entorno laboral en este tipo de casos.

26. SENSIBILIZACIÓN AL NÍQUEL EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA. TENDENCIA 2005-2015

G. Marrero Alemán, E. López Jiménez, S. Ponce de la Cruz y L. Borrego Hernando

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción y objetivos: La sensibilización al níquel continúa siendo un problema a pesar de la normativa para su control implantada en 2001. El objetivo de nuestro estudio es estimar la frecuencia de sensibilización al níquel y su tendencia en los últimos años en el área sur de Gran Canaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los pacientes estudiados en la Unidad de Dermatitis de Contacto parcheados entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2015. Se valoró la sensibilización a níquel mediante el empleo del True Test®. Se analizaron la edad, el sexo, la fecha de diagnóstico así como la relevancia, esta última considerada según la historia clínica.

Resultados: Se realizaron pruebas epicutáneas a 1291 pacientes. La frecuencia global de sensibilización al níquel fue un 35,24% (31,13% en mujeres y 4,10% en hombres). El rango de edad más frecuente

fue entre 30 y 60 años (25,45%). Se observó una tendencia descendente desde un 48,48% en 2005 hasta un 36,87% en 2015, siendo similar ese descenso en la estratificación por sexo y rango de edad. La relevancia presente se encontró en un 21,31% de los casos positivos (7,5% del total de pacientes), y la pasada en un 65,49%.

Discusión: A pesar de la tendencia descendente de la tasa de sensibilización, nuestra población presenta niveles superiores al resto de los estudios publicados tanto a nivel nacional como internacional. El sexo femenino fue la única variable independiente que influyó de forma significativa en la sensibilización a níquel. El estudio de relevancias muestra que en un 7,5% del total de los pacientes, la clínica estaba directamente relacionada con la sensibilización al níquel.

27. LOS HIDROPERÓXIDOS DE LIMONENO Y DE LINALOL SON UN ALÉRGENO DE CONTACTO FRECUENTE EN ESPAÑA: ESTUDIO PROSPECTIVO DEL GEIDAC

G. Deza y A.M. Giménez-Arnau, en nombre de todos los miembros del GEIDAC

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: Limonene y Linalool son compuestos ampliamente utilizados en productos cosméticos, fragancias, productos domésticos y de limpieza. Los hidroperóxidos, productos derivados de la oxidación química de estos compuestos tras la exposición con aire, se han reconocido como importantes alérgenos de contacto.

Objetivos: Investigar la prevalencia de alergia de contacto de los hidroperóxidos de limonene (Lim-OOHs) y Linalool (Lin-OOHs) en población Española y definir las características clínicas de los pacientes afectados.

Material y métodos: 3639 pacientes fueron testados utilizando Lim-OOHs 0,3% pet. y Lin-OOHs 1,0% pet. durante mayo 2015 a mayo 2016 en 22 Servicios de Dermatología en España.

Resultados: 187 (5,1%) y 179 (4,9%) pacientes presentaron pruebas positivas para Lim-OOHs 0,3% pet. y Lin-OOHs 1,0% pet, respectivamente. Un escaso porcentaje de reacciones irritantes (1,5%) y reacciones dudosas (0,5%) fueron detectadas para ambos compuestos. La edad media de los pacientes con pruebas positivas fue de 46 años (rango: 18-90). El 70% fueron pacientes del sexo femenino, y el 18% presentaba exposición ocupacional. Los sitios anatómicos más frecuentemente afectados fueron la cara y las manos. En el 50% de los pacientes se demostró una relevancia clínica (presente o pasada) de la reacción positiva. El 33% de los pacientes con reacciones positivas presentaban reacción concomitante con algún marcador de fragancia presente en la Serie Estándar Europea.

Conclusiones: Lim-OOHs y Lin-OOHs pueden ser considerados actualmente como causas frecuentes de alergia de contacto, y por tanto, su inclusión en la serie estándar parece recomendable.

28. DERMATITIS ECZEMATOSA FLAGELADA POR INGESTA DEL HONGO SHIITAKE: ESTUDIO DE HIPERSENSIBILIDAD MEDIANTE PRUEBAS DE PROVOCACIÓN CUTÁNEA

P. Cordero Romero, A.M. Giménez Arnau, M. Bertolín-Colilla, G. Deza, R. Pujol Vallverdú

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia.

Introducción: Las setas del género *Shiitake* constituyen actualmente la segunda especie de setas más consumida en todo el mundo. Inicialmente cultivadas en Asia, se les atribuyen propiedades anticancerosas, antilipemiantes y antihipertensivas, motivo que ha favorecido su expansión al mundo occidental. La ingesta de este

hongo crudo se ha relacionado con la aparición de un exantema pruriginoso, conocido como dermatosis flagelada.

Caso clínico: Presentamos los casos de dos pacientes que, a raíz del consumo de setas shiitake, desarrollaron una reacción eczematosa flagelada. Ambos pacientes fueron estudiados mediante pruebas de provocación cutáneas. Tras la realización de las pruebas epicutáneas y el prick test, pudimos objetivar una reacción positiva tardía al hongo crudo tanto en el patch test como en el prick test.

Conclusiones: El eritema flagelado por setas shiitake se ha relacionado con varios componentes del hongo, entre ellos el polisacárido lentinan y un compuesto de azufre que guarda similitud desde el punto de vista bioquímico con la bleomicina. La patogenia de esta reacción no ha sido bien establecida. Los resultados obtenidos en nuestro estudio y la baja incidencia de casos en relación con el elevado consumo de la seta, apuntan más hacia una reacción de tipo alérgico que una de tipo tóxico.

29. URTICARIA POR FRÍO ADQUIRIDA TRATADA CON TERAPIA ANTI-IGE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FENOTIPO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

M. Bertolín Colilla, G. Deza, L. Curto Barredo, R.M. Pujol y A.M. Giménez Arnau

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

La urticaria inducida por frío adquirida (urticaria *a frigore* [UF]), representa una forma de urticaria crónica desencadenada por la exposición a diferentes tipos de estímulos fríos (sólidos, líquidos, aire...). La primera línea de tratamiento consiste en evitar la exposición a desencadenantes reconocidos por el paciente junto con antihistamínicos de segunda generación para conseguir alivio sintomático. Sin embargo, un 15-20% de los pacientes requieren tratamientos alternativos para control de la enfermedad, como por ejemplo Omalizumab (anticuerpo monoclonal anti-IgE aprobado en Europa para su uso en urticaria crónica espontánea) cuya experiencia en el tratamiento de la UF es escasa en la actualidad. Con el objetivo de valorar la eficacia terapéutica de Omalizumab en el tratamiento de la UF, se realiza una revisión de los datos demográficos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de estos pacientes controlados en un centro de referencia de urticaria.

30. "PASTILLAS JUANOLA CONTRA LA TOS; ACLARAN LA VOZ, REFRESCAN LA BOCA" Y ALGO MÁS...

E.R. Martínez Lorenzo^a, M. Martínez Camacho^b, M.A Pastor Nieto^b, O. García Olmedo^a, S. H. Guerra^a, A.B. Gargallo Quintero^a, O. Ampuero Palma^a, C. Schöendorff^a y M.E. Gatica Ortega^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Farmacia. Hospital Virgen del Valle. Complejo Hospitalario de Toledo. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Introducción: El propóleo es un producto elaborado por las abejas a partir de una resina obtenida de algunas especies vegetales. Las abejas lo utilizan para sellar posibles orificios de entrada de la colmena. Es muy utilizado como remedio en medicina naturista por sus múltiples propiedades como antiséptico, antimicótico, antiinflamatorio y anestésico. Está presente en múltiples productos de uso tópico tales como cremas, lociones, enjuagues bucales, pasta de dientes y chicles. Puede provocar dermatitis alérgica de contacto que fue originalmente descrita como enfermedad profesional en apicultores y en la actualidad se observa en pacientes que utilizan cremas o productos de higiene que contienen propóleo con fines cosméticos o terapéuticos.

Caso clínico: Paciente de 49 años de edad remitida del servicio de alergología por presentar síntomas orales en relación con una férula

de descarga. En diciembre de 2013 la paciente comenzó con sintomatología oral tras haber acudido al dentista para una limpieza dental y realizar el molde para una férula de descarga. El cuadro fue en aumento progresivo por lo que la paciente dejó de utilizar la férula sin mejoría. Realizó tratamiento con múltiples tópicos como Aftex®, Mycostatin®, Oralsone®, Listerine® sin mejoría del cuadro. En dos ocasiones acudió a urgencias por empeoramiento. En el servicio de alergía se realizaron pruebas de alergía a alimentos siendo todas negativas.

Material y métodos: Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC (Grupo Español de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea), batería de cosméticos, batería dental screening y 25 productos propios. Se realizó lectura a las 48, 96 hs y 7 días siendo positivo sulfato de níquel (++) y própolis (++) . Se realizó un extracto con pastillas Juanola® y agua con el que se realizaron pruebas epicutáneas y un test del uso siendo negativos. La paciente dejó de consumir pastillas Juanola® y los síntomas remitieron por completo por lo que rechazó continuar realizando pruebas. La paciente recordaba haber comenzado a consumir pastillas Juanola® de limón y luego de naranja por una faringitis crónica dos meses antes del inicio de los síntomas.

Conclusiones: Se presenta un caso de síntomas orales inespecíficos durante 1 año en relación con la ingesta de pastillas Juanola® en cuya composición se encuentra el própolis siendo esta sustancia positiva en las pruebas epicutáneas y resolviéndose el cuadro tras evitar la ingesta de dichas pastillas.

31. ECCEMA ALÉRGICO EN UNA USUARIA DE LENTES DE CONTACTO

M.A. Pastor Nieto^a, P. González Muñoz^a, R. Pérez Mesonero^a, V. Melgar Molero^a, F. Alcántara Nicolás^a, E. Martín Alcalde^b y E. de Eusebio Murillo^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

La molécula poli (hexameten) biguanida hidrocloreto (PHMB) (CAS Nos. 32289-58-0/27083-27-8/28757-47-3/133029-32-0; INCI Polya-minopropyl Biguanide), es un conservante autorizado en cosméticos a una concentración máxima de 0,3%, (Annex V of the Regulation (EC) No. 1223/2009). Polihexanida es un término utilizado como abreviatura. Su solubilidad en agua lo convierte en agente ideal para preservar productos con base acuosa. Su amplio espectro de acción incluye bacterias Gram positivas, Gram negativas, hongos y levaduras. Es un agente especialmente eficaz en gérmenes difíciles de controlar tales como Pseudomonas. Se han descrito casos de sensibilización, tanto inmediata como retardada, a polihexameten biguanida. Se describe un caso de eczema alérgico secundario a polihexameten biguanida en jabón limpiador de lentes de contacto con afectación de la mano no dominante de la usuaria. Se realiza una revisión de la literatura y se evalúa la presencia de este conservante en limpiadores de lentes de contacto y otros productos de uso tópico (cosméticos y medicamentos), disponibles en nuestro país.

32. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR EL CALZADO EN NIÑOS

M.E. Gatica Ortega, E.R. Martínez Lorenzo, A.I Sánchez Moya, S. Honorato Guerra, A.B. Gargallo Quintero y C. Schöendorff

Servicio de Dermatología. Hospital Virgen del Valle. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) en la infancia ha sido considerada poco frecuente hasta hace unos años. Sin embargo, en la actualidad, cada vez hay más estudios que demuestran lo contrario

y recomiendan realizar pruebas epicutáneas en la población infantil cuando esto sea necesario. Por otro lado, la dermatitis en los pies es un reto tanto diagnóstico como terapéutico. Diagnóstico ya que existen múltiples diagnósticos diferenciales a tener en cuenta como dermatitis irritativa de contacto, dermatitis alérgica de contacto, dishidrosis, psoriasis, tiña pedis, liquen plano, dermatitis plantar juvenil. Es un reto terapéutico porque a pesar de que en la población infantil las erupciones de los pies suelen ser autolimitadas o de fácil tratamiento en ocasiones los síntomas persisten y son resistentes al tratamiento, además, cuando se trata de una DAC, en muchas ocasiones es difícil encontrar el calzado adecuado. En cuanto a los alérgenos que con mayor frecuencia se encuentran implicados en la DAC al calzado en algunas series son los compuestos derivados del tratamiento de las pieles (dicromato potásico y como alérgeno concomitante el cloruro de cobalto) y en otras series son los componentes de las gomas; seguidos de los adhesivos, colorantes y colofonia. Se presenta una serie de casos clínicos de dermatitis alérgica de contacto al calzado en edad pediátrica detectados en el servicio de dermatología del Complejo Hospitalario de Toledo.

33. NADA ES PERFECTO: NEGATIVIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

E. Rozas Muñoz, J. Spertino, X. Cubiró, J. Mir y E. Serra Baldrich
Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La Dermatitis de alérgica de contacto (DAC) es una reacción inflamatoria cutánea causada por el contacto con una sustancia que desencadena una reacción de hipersensibilidad o alergia. Aun cuando la historia clínica es clave en el proceso diagnóstico, las pruebas más utilizadas para su confirmación son las pruebas epicutáneas. Éstas no sólo confirman el diagnóstico de DAC sino que además permiten determinar el posible alérgeno causal. En algunas ocasiones a pesar de una historia clara de DAC las pruebas epicutáneas presentan resultados falsos negativos. Presentamos dos casos de pacientes con historia clara de DAC y positividad para productos propios, pero que el desglose de sus componentes y las baterías adicionales estandarizadas mostraron negatividad en las pruebas epicutáneas. En el primer caso la paciente mostró una positividad a un producto cosmético, que en el desglose de sus Componentes por separado facilitados por la firma comercial el resultado fue negativo. La serie de cosméticos Alergeaze completa tampoco nos ofreció información de ninguna sensibilización. En el segundo caso, la paciente fue testada con virutas de sus gafas, que le creaban una dermatitis por contacto alérgica, siendo éstas positivas, pero cuando se estudió con la batería estándar, las series de resinas, colas y plásticos Alergeaze y los posibles alérgenos indicados por el fabricante como materia prima fueron negativos. Estos casos ilustran situaciones no habituales en nuestra práctica diaria, pero que, cuando aparecen, impiden que consigamos detectar el agente causal, objetivo principal de nuestro estudio.

34. ERUPCIÓN LIQUENOIDE POR OMEPRAZOL

P. Manrique^a, M.I. Albizua^a, P. Cea^a, I. Imaz^b y A. Sainz^b

*Servicio de Dermatología^a; Sección de Anatomía Patológica^b.
Hospital de Galdakao. Bilbao. España.*

Mujer de 78 años, que desarrolla lesiones cutáneas de morfología liquenoide y pruriginosas en zona lumbar y pared abdominal. La biopsia cutánea reveló hallazgos compatibles con erupción liquenoide por drogas. Se suspende Omeprazol y Simvastatina como fármacos de sospecha y se realiza tratamiento tóxico con una crema de corticoides con resolución completa de las lesiones. No presentó alteraciones analíticas ni elevación de IgE. Las pruebas alérgicas epicutáneas al fármaco desencadenante, Omeprazol tal cual, fue negativa. La reintroducción oral del fármaco, omeprazol, reprodu-

jo las mismas lesiones y prurito. La reintroducción con esomeprazol produjo prurito.

Caso clínico: Mujer de 68 años, con antecedentes personales de Leucemia Linfática crónica, Hipertensión arterial, Hiperlipemia, síndrome ansioso-depresivo y osteoartritis. En tratamiento habitual con Hidroclorotiazida, Prazodona, Alprazolam, Simvastatina, Paracetamol y ocasionalmente Omeprazol 20 mgs/día. Acude a consulta por aparición progresiva de lesiones pruriginosas en zona lumbar y pared abdominal en el último mes, que no responden al tratamiento instaurado con Hidoxicina 25 mgs/día. No refiere lesiones cutáneas previamente.

Exploración dermatológica: Lesiones papulosas de 3-4 mm violáceas, localizadas en zona lumbar y pared abdominal. No lesiones en C Cabelludo, mucosas accesibles ni uñas. No alteración del estado general, fiebre ni adenopatías.

Biopsia cutánea: Dermatitis de interfase con exocitosis e infiltrado linfocitario en banda con eosinófilos.

Estudio alérgico epicutáneo: Todo negativo incluidos los fármacos que toma la paciente. Reintroducción oral de omeprazol a dosis de 10 mg, con reaparición de lesiones similares a las previas y prurito. Se realiza biopsia cutánea, encontrándose los mismos hallazgos que en la biopsia previa. Posteriormente se realiza administración oral de Esomeprazol a dosis de 10 mg, con aparición de prurito a las 24 horas.

Diagnóstico: Erupción liquenoide por Omeprazol.

35. DERMATITIS DE CONTACTO POR POVIDONA IODADA TRAS CIRUGÍA: APORTACIÓN DE 2 CASOS

D. González Vilas^a, J. García Gavín^b, F. Allegue Rodríguez^a, J.L. Caeiro^a, C. Marcos Bravo^c y A. Zulaica^a

^aServicio de Dermatología; EOXI Vigo Pérez&Gavín.

^bDermatólogos-Vigo. ^cServicio de Alergia. EOXI Vigo Pérez&Gavín. Vigo. Pontevedra. España.

La dermatitis de contacto por soluciones con povidona iodada, tras cirugía, es una reacción adversa relativamente frecuente, pero pocas veces achacada a la misma por el personal de quirófano. Probablemente por este hecho esté más infradiagnosticada de lo que se ha considerado. Se presentan dos casos, ambos varones, con dermatitis de contacto tras cirugía en relación con povidona iodada. Se describe su clínica asociada, así como las pruebas epicutáneas realizadas. Los casos expuestos ilustran la necesidad de un adecuado estudio de los enfermos postquirúrgicos que presenta reacciones cutáneas las horas siguientes a los procedimientos realizados. Con esto queremos llamar la atención y hemos tratado de concienciar desde nuestros respectivos Servicios la existencia del problema, dar la facilidad de estudio de los casos sospechosos; pero sobre todo para concienciar al resto del personal de un uso adecuado de la povidona en las cirugías, sobre todo en aquellos procedimientos más prolongados.

36. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR POLICRILENO

A.D. Agulló Pérez, S. Ocoz Jaime, M. Azcona Rodríguez, M. Larrea García, M. Hervella Garcés y J.I. Yanguas Bayona

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

Introducción: Existen numerosos casos en la literatura sobre dermatitis alérgica de contacto a componentes de filtros solares o de cremas hidratantes con filtro solar. Sin embargo sólo existe un precedente de dermatitis alérgica de contacto al polyester-8 (Policrileno). Presentamos un caso diagnosticado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 36 años sin antecedentes de interés, que presentaba episodios de dermatitis eritematodescamativa prurigi-

nosa, localizada en sienes, párpados, pabellón auricular, mentón y cuello de 3 años de evolución. Había realizado tratamiento con glucocorticoides tópicos y orales, pimecrolimus y antihistamínicos con mejoría parcial y posterior recaída. La paciente relacionaba el empeoramiento del cuadro con la exposición a la radiación ultravioleta y con el uso de fotoprotectores y cremas cosméticas. Se realizaron pruebas de parche con TRUE test: serie estándar ampliada del GEIDAC, serie cosméticos, serie fragancias especial, serie peluquería, serie filtros solares (por duplicado: parche y fotoparche), serie plantas, serie cosméticos especial y productos propios: Biotherm sun, Clinique (Clinique S), Clinique eye creme y Fotoprotector isdin. Además se llevó a cabo un "repeat open application test" (ROAT) para Clinique S. A las 96 horas se observaron reacciones positivas para el benzoato sódico ++, la parafenilendiamina base +, el parche de Clinique S + y el ROAT de Clinique S +. Desde Clinique nos facilitaron los componentes del producto, separados y diluidos al 10% en agua o vaselina. Estos componentes fueron parcheados, encontrándose positividad al poliéster-8 en la lectura a las 96 horas ++.

Discusión: El Polyester-8 (Policrileno) es un copolímero de ácido adípico y neopentilglicol terminado con un ácido cianofenil-propenoico. Este compuesto actúa como fotoestabilizador de la avobenzona (molécula que absorbe la radiación ultravioleta A) y del octocrileno, y aumenta la resistencia al agua del fotoprotector o crema cosmética del que forme parte. Su grupo funcional cianofenil-propenoico tiene capacidad de filtrar la radiación ultravioleta B con un pico en los 303 nm (aunque la baja concentración del compuesto en las cremas comerciales hace que el efecto sea prácticamente nulo). Por estas propiedades, el Polyester-8 ha sido introducido recientemente en productos cosméticos y fotoprotectores. Parte de su estructura molecular, presenta similitudes importantes con el Octocrileno, por lo que existe riesgo teórico de reacciones cruzadas, aunque no existen casos descritos en la literatura. El elevado peso molecular del Polyester-8, limita su capacidad como sensibilizante y se piensa que algún componente aún desconocido de su estructura actuaría como hapteno. La aparición los últimos años de varios casos de DAC a copolímeros, cuestiona sin embargo esta postura. Presentamos el segundo caso de la literatura de DAC por Policrileno, un nuevo alérgeno a tener en cuenta.

FE DE ERRORES

Fe de errores del suplemento "Resúmenes de las reuniones de las Secciones y de los Grupos de Trabajo de la Academia Española de Dermatología y Venereología" de 2016

En el suplemento "Resúmenes de las reuniones de las Secciones y de los Grupos de Trabajo de la Academia Española de Dermatología y Venereología" de 2016 (Actas Dermosifiliogr. 2016;107[Esp. Secciones y Grupos de Trabajo]:1-218) no se incluyeron los siguientes resúmenes de comunicaciones, que se deberían haber incluido.

26. REACCIONES RETARDADAS Y PERSISTENTES EN LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS. DIFICULTAD EN SU INTERPRETACIÓN

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

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: Las reacciones retardadas son aquellas que aparecen a partir de los 7-10 días, habiéndose postulado que puedan tratarse de verdaderas sensibilizaciones activas. Por otra parte, se define como reacción persistente aquella que se mantiene positiva durante más de dos semanas, habiéndose descrito casos con metales, conservantes, fragancias y colorantes textiles.

Material y métodos: Durante un período de 18 meses (1 de enero de 2014 - 30 de junio de 2015) se parchearon un total de 418 pacientes derivados a la Unidad de Alergia Cutánea. Se plantea un estudio observacional prospectivo con el objetivo de destacar el hallazgo de determinadas reacciones persistentes o retardadas y las dificultades de interpretación que surgen con ciertos alérgenos, como las sales de oro.

Resultados: De todos los pacientes testados, 237 (56,7%) mostraron positividad a algún alérgeno. En 8 pacientes se detectó una respuesta persistente: 5 con tiosulfato sódico de oro, 2 con minoxidil y 1 con budesonida. En estos 2 últimos se realizó estudio histopatológico, demostrándose una hiperplasia linfocítica de células T. La persistencia más prolongada fue de 6 meses, resolviéndose espontáneamente tras este período. Se detectó una respuesta retardada y persistente al oro en 1 paciente, que apareció a los 3 meses de haber realizado las pruebas y persistía positiva 4 meses después. Por otra parte se constató algún tipo de repuesta al oro en 24 pacientes, considerándose como relevante únicamente en 2 de ellos y como irritativa en 10.

Discusión: Existen estudios que confirman la necesidad de una lectura adicional entre los días 7 y 10 cuando se trata de alérgenos como metales y antibióticos tópicos, que pueden producir respuestas retardadas. Se ha planteado que pueda tratarse de sensibilizaciones activas, sin embargo otros autores lo consideran muy poco probable e infrecuente. En nuestra revisión hemos detectado solo 1 caso de respuesta retardada al oro, que también resultó persistente, y en la cual no existía relevancia clínica. Por otra parte, de los 8 casos detectados de respuesta persistente destacamos aquellos con minoxidil y budesonida, ya que no hemos encontrado ningún caso similar en la literatura revisada. En ambos llama la atención la histología en la zona del parche, compatible con pseudolinfoma, hecho que solo hemos encontrado referido en la literatura en un paciente con DAC por oro. Se desconoce la patogenia de este tipo de reacciones, habiéndose relacionado con un defecto en la regulación de la reacción de hipersensibilidad o con una estimulación antigénica continuada. Por último, resaltamos las dificultades de interpretación con el oro, que puede presentar con relativa frecuencia respuestas irritativas, retardadas, persistentes y sin relevancia clínica.

Conclusiones: Existen determinadas circunstancias en las que la correcta interpretación de las pruebas epicutáneas resulta más compleja de lo habitual, como son aquellos casos de respuesta retardada o persistente, así como cierta controversia en torno a algunos alérgenos, entre los que destacan las sales de oro.

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

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

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

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

Caso clínico: Mujer de 78 años, diagnosticada de Herpes zóster torácico a tratamiento con brivudina oral. Acudió a urgencias por cuadro de tres días de evolución, consistente en lesiones pruriginosas en zona glútea y raíz de extremidades, y que coincidió con el tercer día tras haber iniciado esta medicación antiviral. No presentó fiebre, malestar general ni otra clínica sistémica. No relató cambios en fármacos previos. A la exploración física se evidenció la presencia de placas eritematosas no infiltradas ni descamativas, de límites precisos que afectaban zona baja de tronco, región glútea,

raíz de extremidades y flexuras de éstas. Tras suspender medicación antiviral, se realizó estudio complementario que no demostró alteraciones analíticas significativas. El estudio histopatológico arrojó datos de dermatitis de interfase, compatible con toxicodermia. Su evolución fue favorable con corticoides tópicos, al tiempo que se mantuvo su medicación habitual. Se realizaron pruebas epicutáneas con la medicación sospechosa tras un periodo de 2 meses. **Discusión:** El síndrome del babuino (SB) fue descrito por primera vez en 1984 como una forma sistémica de dermatitis de contacto que ocurre en individuos previamente sensibilizados a la administración de ciertos alérgenos. Los primeros casos se asociaron a mercurio, níquel y algunos antibióticos. Su nombre guarda relación con la disposición que adoptaban las lesiones en zona genital y perianal, asemejando el aspecto de la cola de un babuino. Por otro lado, el SDRIFE se presenta en individuos sin historia de sensibilización previa. Este término fue utilizado por primera vez en 2004 y ha sido descrito en relación con el uso de ciertos antibióticos, agentes qui-

mioterapéuticos y otros. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y consiste en un cuadro de eritema en región perianal y zonas flexurales, en el contexto de exposición a alguna droga sistémica, ya sea por primera vez o bien de forma repetida. No presenta afectación sistémica y las pruebas de laboratorio suelen ser normales. El estudio histológico es poco específico y puede mostrar infiltrado inflamatorio perivascular superficial. El test de parche sólo es positivo en la mitad de los casos. El diagnóstico diferencial debe incluir las dermatitis de contacto, psoriasis invertida, intertrigo infeccioso, entre otros. De buen pronóstico, el tratamiento se fundamenta en la supresión del fármaco sospechoso, pudiéndose añadir el uso de emolientes y corticoides tópicos, así como corticoides sistémicos en casos de mayor afectación.

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