



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## 64 Reunión del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea Gerona, 27 y 28 de septiembre de 2019

### Comunicaciones orales

#### 1. EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA Y EFICACIA DE UN DISPOSITIVO MÉDICO EMOLIENTE REPARADOR EN PACIENTES CON ECZEMA PALPEBRAL

A. Ortiz Brugués<sup>a</sup>, S. Favrel<sup>b</sup>, V. Mengeaud<sup>c</sup>, A. Bacquoy<sup>d</sup>, H. Coubetergues<sup>d</sup> y B. Calvet<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Directora Médica Pierre Fabre Dermocosmética. Hospital Santa Caterina. <sup>b</sup>Innovation Unit Consumer Health. Care Pierre Fabre Médicament. Toulouse. <sup>c</sup>Ducray Medical Affairs Department. Les Cauquillous. Lavour. <sup>d</sup>Clinical Skin Research. Development Center Pierre Fabre Dermo-Cosmétique. Toulouse. Francia.

**Antecedentes.** El eczema palpebral afecta principalmente a pacientes con dermatitis atópica y/o dermatitis de contacto. El tratamiento tópico consiste en la aplicación de corticoesteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina.

**Objetivo.** El objetivo del presente estudio consiste en evaluar la tolerancia y eficacia de un dispositivo médico emoliente reparador en pacientes con eczema palpebral (MDREC).

**Método.** Estudio clínico abierto en pacientes con eczema palpebral separados en dos grupos: grupo 1 (eczema leve a moderado sin tratamiento medicamentoso) y grupo 2 (eczema moderado a grave en tratamiento tópico con corticoesteroides o inhibidores de la calcineurina). Se aplicó el MDREC sobre las lesiones dos veces al día durante 3 semanas. El objetivo principal era evaluar la tolerancia del producto a los 22 días, utilizando una escala de 5 puntos. Los objetivos secundarios incluyeron la eficacia del producto en los pacientes del grupo 1.

**Resultado.** Cincuenta y cinco pacientes fueron incluidos en el estudio. A día 22, la tolerancia global fue calificada por los investigadores como excelente o muy buena en el 71% de los pacientes, y buena en el 11%. Los efectos adversos relacionados con el producto incluyeron quemazón, picazón, prurito, y/o eritema, y duraron menos de 30 minutos. Se objetivó una mejora inmediata de la xerosis tras la primera aplicación, mantenida al cabo de 8 días (94% de los pacientes sin xerosis o xerosis leve). El edema también disminuyó a los 8 días en el 61% de los pacientes. El prurito se redujo un 63%

tras la primera aplicación. Según el Investigators Global Assessment, se objetivó una resolución total o muy marcada en el 81% de los pacientes a las tres semanas de utilizar el producto.

**Conclusión.** Los resultados de este estudio demuestran el interés del MDREC en el eczema palpebral. Tanto su buena tolerancia como eficacia podrían facilitar la adherencia terapéutica.

#### 2. USO DE CICLOSPORINA EN LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

B. Pinilla Martín, F. Tous Romero, A. Sánchez Velázquez, C. Vico Alonso, P.L. Ortiz Romero y F.J. Ortiz de Frutos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Antecedentes.** En las últimas guías europeas, el uso de ciclosporina en la urticaria crónica espontánea (UCE) está indicado tras el fracaso al tratamiento con omalizumab. Los datos reportados en la literatura de su uso son escasos. No obstante, existen cohortes y series de casos tratados con este fármaco a dosis bajas durante periodos de tiempo alargados, con buena respuesta.

**Objetivo.** Realizamos este estudio con el objetivo de conocer mejor el uso y manejo de la ciclosporina en la UCE.

**Método.** Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de UCE tratados con ciclosporina en nuestro centro, que ya habían fracasado al tratamiento con omalizumab. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de gravedad de la urticaria mediante la escala UAS7 así como sobre el tratamiento: dosis de ciclosporina (inicio, dosis máxima, final), tiempo de tratamiento, seguimiento y efectos adversos.

**Resultado.** Nuestra muestra se compone de 3 pacientes. El UAS7d al inicio del tratamiento con ciclosporina era de 24, 41 y 42, y se inició a dosis de 3,8; 3,15 y 3,85 mg/kg/día respectivamente. En los tres pacientes se alcanzó el control de la enfermedad (UAS7d <7) en el primer mes de tratamiento. En dos de los pacientes se ha suspendido el tratamiento tras 12 y 13 meses con una dosis final de ciclosporina de 0,68 y 0,62 mg/kg/día respectivamente sin observar recidiva de la urticaria. El tercer paciente actualmente está recibiendo una dosis de ciclosporina de 0,9 mg/kg/día tras 4 meses de tratamiento. No se han observado efectos adversos relevantes.

**Conclusión.** En nuestra experiencia, el uso de ciclosporina para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea es una opción eficaz tras el fracaso al tratamiento con omalizumab. El manejo que consideramos más adecuado es el del inicio a dosis de 2,5- 5 mg/kg/día, para su disminución progresiva hasta dosis muy bajas (<1 mg/kg/día).

### 3. ALERGIA DE CONTACTO A ALUMINIO TRAS VACUNACIÓN

F. Tous Romero, B. Pinilla Martín, S. Palencia Pérez, P.L. Ortiz Romero y F.J. Ortiz de Frutos

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Antecedentes.** Los compuestos de aluminio se utilizan como adyuvantes en las vacunas desde hace más de 80 años, potenciando la respuesta del sistema inmune al antígeno. Tras su administración, el 20-70% de los pacientes desarrollan reacciones inmediatas transitorias y autoinvolutivas, siendo poco frecuente la presencia de reacciones persistentes.

**Objetivo.** Presentamos 3 casos de reacciones cutáneas persistentes tras la administración de vacunas, llegándose al diagnóstico en todos ellos de alergia de contacto a aluminio.

**Método.** La presentación clínica de todos ellos fue en forma de nódulos, asociando en un caso la aparición de eczema e hipertrichosis. En dos de ellos la sospecha clínica inicial abarcó otras entidades por lo que fue la histopatología la que orientó al diagnóstico. En los tres casos se realizaron pruebas epicutáneas con cloruro de aluminio al 2%, siendo la lectura positiva a las 72 y 168h.

**Resultado.** La aparición de reacciones cutáneas persistentes tras la administración de vacunas se ha descrito en una proporción muy baja de casos, la mayoría de las cuales habiéndose atribuido a una reacción de hipersensibilidad tipo IV al aluminio. En el 77%- 95% de estos casos, las pruebas epicutáneas al aluminio son positivas, demostrando la presencia de una alergia de contacto a este metal. Ante este diagnóstico, debe recomendarse la sustitución de vacunas con aluminio a otras sin este compuesto. Sin embargo, no existen formulaciones sin aluminio para todas ellas. Se acepta, en cualquier caso, que los beneficios aportados por las vacunas superan cualquier posible complicación, y no justifica el incumplimiento del calendario vacunal.

**Conclusión.** Resulta fundamental conocer las posibles complicaciones asociadas a la administración de vacunas, facilitando realizar un diagnóstico precoz, así como recomendaciones apropiadas sobre futuras inmunizaciones. La presencia de una historia clínica sugestiva y unas pruebas epicutáneas compatibles, serán suficientes para confirmar el diagnóstico, evitando la realización de procedimientos invasivos.

### 4. ALITRETINOÍNA (TOCTINO®) EN ECZEMA CRÓNICO DE MANOS REFRACTARIO: ESTUDIO PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL DE UNA SERIE DE 15 CASOS

J. Molinero Caturla, R. Fornons Servent, A. Bauer Alonso, C. Llobera Ris, I. Figueras Nart y O. Servitje Bedate

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** La alitretinoína se considera terapia de elección<sup>1,2</sup> del eczema crónico de manos (ECM) grave refractario a corticoides tópicos potentes debido a su eficacia y seguridad evidenciadas en diversos estudios durante los últimos años<sup>2,3</sup>.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad de alitretinoína oral en el tratamiento del ECM refractario, y su respuesta mantenida a largo plazo. Todo ello tanto globalmente como parcialmente agrupando los casos según el subtipo clínico de ECM.

**Método.** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional de 15 casos de eczema crónico de manos refractario tratados con alitretinoína oral (Toctino®) a dosis de 30 mg al día 6 meses, con seguimiento posterior de 2,9 años. Control clínico, analítico e iconográfico de todos los casos analizados separadamente según subtipo de ECM (eczema de manos hiperqueratósico, 8 casos; eczema crónico fisurado, 3 casos; eczema dishidrotico, 4 casos). Las respuestas clínicas y las recidivas fueron evaluadas por el médico mediante la PGA (Physician Global Assessment), de mejoría o recaída de signos y síntomas.

**Resultado.** La alitretinoína oral es un fármaco seguro y eficaz en el ECM refractario, con respuesta de manos limpias en el 73% de los casos al finalizar el tratamiento. La tasa de respuesta de esta serie es del 86%. Las recidivas son frecuentes (67%) y suelen ser de severidad moderada (46%), apareciendo tras una media de 4,3 meses postratamiento.

**Conclusión.** De los tres subtipos de ECM analizados, el que presenta mejor tasa de respuesta y recidivas más tardías (7,4 meses postratamiento), es el eczema palmar hiperqueratósico. El fisurado crónico presenta mejoría importante pero las recidivas son algo más precoces (3 meses), mientras que el dishidrotico tiene mejorías moderadas y recidiva más rápida (2,5 meses). La tolerancia al fármaco fue excelente y no tuvo que retirarse en ningún paciente por efectos adversos. Los más frecuentes fueron la cefalea y la hiperlipidemia.

### 5. UNA SERENDIPIA EN EL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

E.M. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, J.M. Sánchez Motilla<sup>a</sup>, L.M. Moneva Léniz<sup>a</sup>, H. Gegúndez Hernández<sup>a</sup>, F.J. Melgosa Ramos<sup>a</sup>, O. Sanz Martínez<sup>b</sup> y A. Mateu Puchades<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Antecedentes.** En medicina no es infrecuente obtener un hallazgo inesperado tras una intervención llevada a cabo por otro motivo.

**Objetivo.** Así ocurrió en este caso clínico, que presentamos para proponer y analizar posibles nuevas dianas terapéuticas del omalizumab.

**Método.** Se trata de una paciente de 77 años que, entre otros antecedentes, había sido diagnosticada en nuestro hospital de pénfigo foliáceo (PF). En un seguimiento refiere presentar desde hace meses, además de lesiones de PF ocasionalmente, episodios casi diarios de lesiones eritematoedematosas evanescentes generalizadas, que duran menos de 24 horas y que persisten pese a dosis cuádruple de antihistamínicos. Con el diagnóstico de urticaria crónica espontánea (UCE), se inicia omalizumab 300mg cada 4 semanas, con un control completo no solo de las lesiones habonosas de la UCE, sino también de las eritematocostrosas del PF. Tras un año en tratamiento, se retira el omalizumab por control sintomático completo. Semanas más tarde, presenta rebrote de habones y erosiones, que vuelven ambas a controlarse al reintroducir el omalizumab.

**Resultado.** El omalizumab se ha posicionado como un tratamiento efectivo y seguro en la UCE. También se ha utilizado recientemente con éxito en casos aislados de pénfigoide ampuloso. Estudios de investigación básica al respecto parecen relacionar este mecanismo de acción con el papel patogénico activo de la IgE en la autoinmunidad de las enfermedades ampollosas.

**Conclusión.** Aunque los datos en práctica clínica son limitados, la implicación de la IgE en el mecanismo fisiopatológico de las enfermedades ampollosas y los primeros casos tratados con éxito, sugieren que el omalizumab puede ser una herramienta terapéutica eficaz y con pocos efectos adversos en este tipo de enfermedades, como ya ocurre en la UCE.

## 6. ALÉRGICOS DERIVADOS DE LA AUTOOXIDACIÓN DE TERPENOS USADOS EN LAS FRAGANCIAS: COMPRENDER EL POTENCIAL DE SENSIBILIZACIÓN Y EL ESTRÉS OXIDATIVO EN UN ENTORNO EPIDÉRMICO

E. Giménez-Arnau

*Université de Strasbourg. Francia.*

**Antecedentes.** La dermatitis alérgica de contacto es la manifestación clínica de la sensibilización cutánea, una de las cuestiones de salud ocupacional y ambiental más importantes. Las fragancias, ingredientes en hasta el 60% de productos cosméticos y domésticos, siguen siendo los alérgenos más detectados en pacientes en Europa. Entre ellos, los hidroperóxidos (ROOH) derivados de la autooxidación de terpenos odorantes naturales como el linalol y el limoneno. Para mejorar la predicción de su toxicidad, se requieren investigaciones para comprender los mecanismos moleculares implicados en las reacciones alérgico-inflamatorias inducidas por estos compuestos. **Objetivo.** Creemos que los ROOH forman los desencadenantes antigénicos de la sensibilización reaccionando con las proteínas de la piel a través de procesos mediados por radicales. Aún así, el vínculo entre los radicales libres que se forman en la epidermis y sus mecanismos de acción está lejos de ser desentrañado.

**Método.** Presentamos una nueva técnica de resonancia paramagnética electrónica combinada con "spin-trapping" que permite identificar los radicales libres derivados de los ROOH en un modelo 3D de epidermis humana reconstruida en una situación próxima a la exposición en la vida real. Examinamos también sus propiedades para activar el sistema inmunitario, concretamente células dendríticas en su contexto natural de queratinocitos.

**Resultado.** Nuestros estudios confirman la formación de radicales centrados en el átomo de carbono en el modelo epidérmico, lo que sugiere un papel clave en el proceso de formación de antígenos. Estudios con el cocultivo COCAT constituido por queratinocitos Ha-CaT y células dendríticas THP1 mostró la regulación positiva de CD86/CD54 siendo esta dependiente de la concentración en ROOH. **Conclusión.** Por primera vez, la formación de radicales libres a partir de ROOH ha sido probada en la epidermis y puede estar relacionada con el estrés oxidativo conocido por inducir la activación de las células dendríticas de la piel en la dermatitis alérgica de contacto.

## 7. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO CLÍNICO DE LA CONJUNTIVITIS ASOCIADA A DUPILUMAB

J. Roca Ginés<sup>a</sup>, M. Rahhal Ortuño<sup>b</sup>, I. Torres Navarro<sup>b</sup>, J. Sánchez Arraez<sup>b</sup> y M. Rodríguez Serna<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Oftalmología. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>c</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

**Antecedentes.** Dupilumab es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-severa. Los efectos adversos más frecuentes descritos son reacciones en el punto de inyección (13,2%) y conjuntivitis (8,6- 28%). No obstante, el tipo de manifestaciones oculares asociadas al tratamiento, sus causas así como su manejo y/o tratamiento permanecen todavía controvertidos, siendo estos efectos secundarios una de las principales causas de abandono del fármaco.

**Objetivo.** Definir el tipo de afectación ocular asociada al tratamiento con dupilumab y proponer un algoritmo diagnóstico-terapéutico.

**Método.** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con dupilumab en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe en el periodo de noviembre de 2017 a enero de 2019. Se registraron los efectos adversos oculares y se elaboró un algoritmo diagnóstico-terapéutico.

**Resultado.** Se incluyeron un total de 21 pacientes, 5 mujeres (28,3%) y 16 varones (76,19%) con una edad media de 33,3 años. Diez pacientes (47,61%) presentaron efectos adversos oculares: 5 pacientes (23,8%) manifestaciones leves, 1 paciente afectación ocular moderada y 4 pacientes (19%) presentaron claramente una conjuntivitis moderada-severa. Las características observadas a la exploración oftalmológica de los 4 pacientes con conjuntivitis moderada-severa fueron hiperemia preferentemente en el limbo esclerocorneal junto con una reacción papilar fina en párpado superior, ausente en párpado inferior. Se elaboró un algoritmo diagnóstico-terapéutico y en ningún caso hubo que suspender el tratamiento con dupilumab a consecuencia de los efectos adversos oculares.

**Conclusión.** Los pacientes con conjuntivitis asociada a dupilumab muestran características clínicas similares. Proponemos un manejo conjunto con oftalmología con buena respuesta ocular y posibilidad de mantener tratamiento con dupilumab.

## 8. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA

M. Blanco de Tord, M. Munera-Campos, A. Plana, I. Bielsa, V. Morillas y J.M. Carrascosa

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** La sulfadiacina argéntica se emplea en el tratamiento de úlceras y quemaduras cutáneas. El uso prolongado de Silverderma® puede asociarse al desarrollo de dermatitis de contacto atribuible habitualmente a sulfadiacina.

**Objetivo.** Se presenta un caso que desarrolló lesiones en la extremidad superior derecha tras aplicación prolongada de este producto.

**Método.** Paciente de 42 años con antecedentes de una distrofia simpática refleja tras neurorrafia de los nervios cubital y radial derecho lesionados en accidente laboral. Consultó por lesiones pruriginosas y dolorosas, persistentes, de tres años de evolución en el brazo de la fractura. Desde el inicio se aplicaba Silverderma®. En la exploración se objetivaron lesiones eritematosas y exudativas en toda la extremidad con adenopatías axilares.

**Resultado.** Con la sospecha de DAC se realizaron pruebas epicutáneas según recomendaciones del GEIDAC (TRUE Test® y Marti Tor) que fueron + para mercaptobenzotiazol, de relevancia posible en relación con guantes empleados para las curas, pero improbable en el contexto de la magnitud del cuadro. Se amplió la batería a productos propios empleados en las curas, con +/- a Silverderma® (as is) a las 96 h, consideradas de relevancia presente. Tras suspender Silverderma® las lesiones mejoraron aunque persistían en algunas zonas donde la paciente se aplicaba parches de Mepilex plata®. Se ampliaron las pruebas epicutáneas incluyendo parches de nitrato de plata (Allergeaze®) que resultó positiva. Se indicó conducta de evitación y corticoterapia tópica con resolución de las lesiones. **Conclusión.** El nitrato de plata representa un agente alérgico infrecuente "6 casos en la literatura" a pesar de su amplio uso en nuestro medio en la cura de úlceras, quemaduras e infecciones cutáneas. En nuestro caso, la sensibilización a la plata podría haberse debido al uso continuado de Silverderma® y acentuado por la aplicación de parches de Mepilex plata®.

## 9. SENSORES DE GLUCOSA Y ACRILATOS. NUEVAS TECNOLOGÍAS, NUEVOS ALÉRGICOS

F.J. Navarro Triviño y R. Ruiz Villaverde

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Antecedentes.** Los sensores de glucosa para los pacientes con DM tipo I han ido evolucionando a lo largo de los últimos años. De la misma forma que han mejorado la calidad de vida de estos pacientes, también han ido apareciendo diferentes artículos demostrando

la relación existente entre las reacciones eczematosas en la zona de oclusión de estos dispositivos, y la positividad a distintos alérgenos.

**Objetivo.** Se presentan casos vistos en nuestro hospital con diferentes tipos de sensores de glucosa.

**Método.** Los pacientes han sido derivados desde la consulta de Endocrinología pediátrica y de adultos a la consulta de eczema de contacto e inmunología. Se han registrado las variables edad, sexo, antecedentes personales de dermatitis atópica, tipo de sensor de glucosa (Freestyle Libre, Enlite o Dexcom), tiempo de uso hasta el primer episodio de eczema, antecedentes personales de eczema de contacto alérgico. Se han realizado pruebas epicutáneas dirigidas en función del tipo de sensor de glucosa utilizado, parcheando principalmente colofonia, isobornyl acrilato, etil cianocrilato, y en casos seleccionados, serie de metacrilatos.

**Resultado.** Actualmente se está completando el estudio de los pacientes derivados a la consulta de eczema de contacto. Serán presentados en la reunión en septiembre/2019.

**Conclusión.** Los sensores de glucosa han mejorado la calidad de vida de los pacientes con DM tipo I. El creciente uso de estos sensores y la descripción de nuevos casos de eczema de contacto alérgico obligan a un correcto estudio de estos pacientes, así como la necesidad por parte de la industria de fabricar sensores de glucosa con otros componentes menos alergogénicos. El trabajo multidisciplinar entre las unidades de diabetes y la consulta de eczema de contacto es crucial para el manejo de estos pacientes.

## 10. DERMATITIS DE CONTACTO FOTOALÉRGICA CAUSADA POR LA BENZOFENONA CONTENIDA EN LAS GAFAS DE NATACIÓN

G. Melé-Ninot<sup>a</sup>, M.M. Sancho<sup>a</sup>, O. Bergendorff<sup>b</sup>, A.I. Lázaro Simó<sup>a</sup>, M. Quintana Codina<sup>a</sup>, J. Arandes Marcocci<sup>a</sup>, N. Setó Torrent<sup>a</sup> y M. Salleras Redonnet<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.* <sup>b</sup>*Department of Occupational and Environmental Dermatology. Skåne University Hospital. Malmö. Swede.*

**Antecedentes.** La dermatitis de contacto fotoalérgica (DCFA) es una reacción de hipersensibilidad IV habitualmente causada por fotoprotectores y AINE.

**Objetivo.** Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años que consultó por la aparición de un rash pruriginoso que relacionaba con el uso en piscina descubierta de sus nuevas gafas de natación Arena modelo Orbit-2. A la exploración física presentaba eritema con vesiculación en la zona periocular y en el cuero cabelludo, dibujando claramente la forma del objeto sospechoso.

**Método.** Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC 2012 Martitor y al producto propio presentando hipersensibilidad a quaternium-15 1%, a resina p-tert butilfenol formaldehído 1% y positividad dudosa al plástico de sus gafas. Se amplió con la batería de caucho y de plásticos y colas Martitor presentando positividad al peróxido de benzoilo 1%. El análisis de las gafas mediante cromatografía únicamente identificó benzofenona. Se interrogó al paciente por la aplicación de fotoprotector con la sospecha de una contaminación del producto propio, pero negaba su uso debido a reacciones a los mismos anteriormente. Se realizó un fotoparche con la batería de fotoprotectores Chemotecnique Diagnostics y al producto propio. En la lectura de las 96h presentó positividad a la benzofenona-10 y al producto propio únicamente en la parte irradiada, siendo negativa en 5 controles.

**Resultado.** Diagnosticamos al paciente de una DCFA a la benzofenona contenida en el plástico de sus gafas de natación previamente sensibilizado por el uso de fotoprotectores.

**Conclusión.** Las benzofenonas son compuestos que absorben la luz ultravioleta por lo que son utilizados en los fotoprotectores así como en cosméticos y plásticos. Fueron nombradas alérgeno del año 2014 por la American Contact Dermatitis Society debido a las reacciones

cutáneas que producen. Existen pocos casos descritos de dermatitis de contacto por gafas de piscina, siendo nuestro caso el primero descrito de DCFA.

## 11. LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE DíMERO-D SE CORRELACIONAN DIRECTAMENTE CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (UCE)

M. Hervella Garcés, J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora, I. Martínez-Espronceda Ezquerro, J. Aróstegui Aguilar, M. Azcona Rodríguez e I. Yanguas Bayona

*Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.*

**Antecedentes.** Varios estudios han demostrado una activación de la cascada de coagulación en pacientes con UCE.

**Objetivo.** Saber si los niveles de dímero-D permiten monitorizar actividad y respuesta de la enfermedad.

**Método.** Todo paciente diagnosticado de UCE desde enero de 2015 fue sometido a análisis con niveles de dímero-D en la primera visita. Se repitió semestralmente en aquellos que precisaron seguimiento. Se excluyeron del estudio los casos de urticaria inducible o con datos incompletos. UAS7 fue calculado en cada visita, y junto a los datos clínicos se estudiaron parámetros como VSG, triptasa, IgE, proteína-C reactiva, TSH, anticuerpos antitiroideos, en busca de otros potenciales biomarcadores de enfermedad.

**Resultado.** El estudio incluyó a cuarenta pacientes (26M/14V; edad media 52,5±5,1; rango 20-82 años). Once sufrían UCE grave (UAS7 28-42): dímero-D 2011±703 ng FEU/ml (IC 95%); 11 UCE moderada (UAS7 16-27), dímero-D 944±214; 12 UCE leve (UAS7 7-15), dímero-D: 440±181; y 6 en remisión-controlada (UAS7 0-6), dímero-D 271±119. Los niveles de dímero-D se correlacionaron directamente con la gravedad (p= 0,02, si UAS7>16). Omalizumab indujo una mejoría media UAS7 de 22,8 puntos (76,8%), y un descenso medio de dímero-D del 69,3%: de 1470±354,5 ng FEU/ml pretratamiento a 450,6±150,7 posttratamiento (p= 0,001). Los demás parámetros sanguíneos analizados no se correlacionaron con gravedad, dímero-D, ni tampoco con respuesta a Omalizumab. La activación de la coagulación representaría un marcador de gravedad, y no sería significativa en UCE leves, pero sí en las moderadas-severas; en ellas la correlación UAS7-dímero-D fue notable. A diferencia de estudios publicados, en nuestra serie todos los pacientes con UCE grave mostraron elevación del dímero-D. Los niveles basales de dímero-D, sin embargo, no se asociaron a una mejor o peor respuesta a omalizumab.

**Conclusión.** El dímero-D parece el mejor biomarcador de la UCE; en nuestra experiencia sus niveles plasmáticos se correlacionan de forma directa con el grado de actividad de la enfermedad.

## 12. DETECCIÓN DE LA SENSIBILIZACIÓN A METILISOTIAZOLINONAS. ¿QUÉ ALÉRGENOS PARCHEAR?

M. Matellanes Palacio, L. Bou, J. Sabater, J. Montoro y J. Miquel

*Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

**Antecedentes.** La alergia de contacto a metilisotiazolinonas sigue siendo muy frecuente, a pesar de las medidas legislativas (a todas luces insuficientes) que se han tomado recientemente. En la última década se ha discutido mucho sobre la concentración óptima de los alérgenos y la conveniencia de parchear metilisotiazolinona sola (MI) además de la mezcla de metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (MCI/MI).

**Objetivo.** Correlacionar las positividades a MCI/MI detectadas por el TrueTest con las detectadas por MCI/MI 0,02% aq, así como valorar la importancia de MI 0,2% aq para detectar el máximo número posible de pacientes sensibilizados a metilisotiazolinonas.

**Método.** En los últimos 3 años hemos parcheado 740 pacientes sucesivos con la serie estándar del GEIDAC (utilizando el TrueTest + 5 alérgenos

nos suplementarios, incluyendo MI 0,2% aq), y añadiendo también MCI/MI 0,2% aq (Martí Tor) en paralelo con MCI/MI (4 mcg/cm<sup>2</sup>) contenido en el TrueTest. Se recogieron las características clínicas y demográficas de todos los pacientes con especial atención al índice MOHALFA.

**Resultado.** De los 740 pacientes incluidos en el estudio, 106 (14,3%) mostraron positividad al menos a uno de los tres alérgenos parcheados en paralelo. Ochenta y dos pacientes (11,1%) fueron positivos a MI 0,2% aq, 86 (11,6%) lo fueron a MCI/MI 4 mcg/cm<sup>2</sup> (TrueTest) y 77 (10,4%) a MCI/MI 0,02% aq. En 13 de los 106 pacientes (12,3%) fueron negativas ambas mezclas MCI/MI y pudieron ser detectados gracias al parche de MI.

**Conclusión.** La elevada tasa de positividad a MI apoya la teoría de que en los últimos años, la mayoría de las sensibilizaciones nuevas a metilisotiazolinonas se deben a MI, y no a MCI. Aunque MCI/MI 0,02% aq. y el TrueTest detectan la gran mayoría de los casos, es importante parchear también MI 0,2 aq. para optimizar la detección. En nuestro estudio, el TrueTest mostró una sensibilidad comparable, o incluso superior, a MCI/MI 0,02% aq.

### 13. RESULTADOS DE LA BATERÍA ESTÁNDAR ESPAÑOLA DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN EN DERMATITIS Y ALERGIA CUTÁNEA (GEIDAC) BASADO EN UN REGISTRO CENTRALIZADO ON LINE

L. Borrego Hernando<sup>a</sup>, P. Mercader García<sup>b</sup>, J. Miquel Miquel<sup>c</sup>, I. Ruiz González<sup>d</sup>, J. Ortiz de Frutos<sup>e</sup>, J.F. Silvestre Salvador<sup>f</sup>, A.M. Giménez Arnau<sup>g</sup>, R. González Pérez<sup>h</sup>, J. Sánchez Pérez<sup>i</sup>, E. Serra Baldrich<sup>j</sup>, T. Sanz Sánchez<sup>k</sup>, S. Córdoba Guijarro<sup>l</sup>, V. Zaragoza Ninet<sup>m</sup>, F. Heras Mendaza<sup>n</sup>, J.M. Carrascosa Carrillo<sup>o</sup>, M.A. Descalzo Gallego<sup>o</sup> e I. García Doval<sup>o</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>b</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. <sup>c</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>d</sup>Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>e</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

<sup>f</sup>Hospital General de Alicante. <sup>g</sup>Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

<sup>h</sup>Hospital Universitario de Araba. Álava. <sup>i</sup>Hospital Universitario de La Princesa. <sup>j</sup>Hospital Sant Pau. Universitat Autònoma Barcelona.

<sup>k</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. <sup>l</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. <sup>m</sup>Hospital General

Universitario. Valencia. <sup>n</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

<sup>o</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>o</sup>Unidad

de Investigación. Fundación Piel Sana. Madrid. España.

**Antecedentes.** Las pruebas epicutáneas son fundamentales para el diagnóstico de las dermatitis de contacto. La batería estándar española agrupa la serie mínima de alérgenos recomendados por el GEIDAC que debieran ser parcheados. Internet ofrece la capacidad de registrar eficientemente la información de los enfermos a los que se les ha realizado pruebas epicutáneas. El GEIDAC ha creado un registro centralizado en la Academia Española de Dermatología y Venereología cuya información permitirá realizar recomendaciones específicas relacionadas con la dermatitis de contacto.

**Objetivo.** Valorar la viabilidad y eficiencia de un registro centralizado basado en Internet de dermatitis de contacto.

**Método.** Se creó un registro online basado en la plataforma Open Clínica. Todo el desarrollo informático se realizó a través de la Unidad de Investigación de la Fundación Piel Sana. Los datos clínicos registrados se basaron en las recomendaciones de la ESSCA. Se recogieron los datos del primer año del registro (1 de junio de 2018 - 1 de junio de 2019) y se compararon con los publicados anteriormente.

**Resultado.** Participaron 18 centros con 2654 pacientes. El registro aportó los siguientes datos que no se disponían: índice MOAHLFA (Male: 30, Occupational: 19, Atopy: 17, Hand: 29, Leg. 6 Face:27, Age: 70), los dos diagnósticos más frecuentes fueron dermatitis alérgica de contacto (26,3%) y dermatitis irritativa de contacto (24,4%), la media de duración de los síntomas previamente al diagnóstico fue de 12 años, la localización principal fue la mano y pre-

dominaron los jubilados. Con la misma frecuencia que en estudios anteriores, el níquel (26%) y la cloro/metilisotiazolinona (8%) son los alérgenos positivos más frecuentes; sin embargo hay un aumento significativo en la metil-isotiazolinona (de 5,2 pasa a 9%) y en la mezcla de fragancias II (de 2,87 pasa a 4%) del 2012 a la actualidad. **Conclusión.** El registro centralizado propuesto es un método eficiente de recogida de datos epidemiológicos en dermatitis de contacto.

### 14. DERMATITIS AEROTRANSPORTADA EN GERENTE DE EMPRESA DE INFUSIONES

H. Perandones González, I. Ruiz González, C. Olmos Nieva, R. Linares Navarro, J. Castiñeiras González, S. Delgado Vicente, L.M. Valladares Narganes, M.A. Rodríguez Prieto y J.L. Estrada Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

**Antecedentes.** Numerosos tipos de dermatosis han sido descritos en relación con las plantas: urticaria de contacto, dermatitis de contacto irritativa, dermatitis de contacto alérgica, fitofotodermatitis etc. La familia asteraceae (compuestas) engloba unas 23.500 especies y es la causa principal de dermatitis de contacto alérgica por plantas en el mundo. Aunque puede afectar a las manos, el patrón aerotransportado es característico. Hemos encontrado una referencia en relación con la industria textil en el que se señala que es más frecuente el patrón aerotransportado en los gerentes que en los operarios.

**Objetivo.** Presentamos un caso de dermatitis de contacto alérgica aerotransportada por plantas (compuestas y sus alérgenos) en un gerente de fábrica de infusiones y alimentos solubles. Analizamos las manifestaciones clínicas en relación al puesto de trabajo y al tiempo de evolución.

**Método.** Se realizó historia clínica detallada, biopsia cutánea y pruebas del parche a serie estándar, serie fragancias, serie plantas y productos propios (infusiones).

**Resultado.** Biopsia cutánea: dermatitis espongiótica subaguda compatible con dermatitis alérgica de contacto. Inmunohistoquímica negativa. Serie estándar y serie fragancias: narciso absoluto (+) y lactonas serquiterpénicas (+++). Los parches de plantas se desprendieron por intenso calor. Serie plantas: Chamaemelum nobile (++) , Achillea Millefolium (+++), Própolis (+), Tanaceto Cinerarifolium (+), Tanaceto Vulgar (++) y Partenolide (+++) 20 mezclas de plantas y plantas: Edensan digestivo 0,5® (++) : Achillea millefoium 45%, Mentha piperita 30%, Foeniculum vulgare 15% y Melissa officinalis 10% y ++ Milenrama.

**Conclusión.** Las plantas pueden producir dermatitis en áreas de contacto directo, indirecto y de manera aerotransportada por contener el ambiente particulado de las plantas. Nuestro paciente trabajaba en una fábrica donde se procesaban y empaquetaban cientos de kilos diarios de plantas. La anamnesis rigurosa fue clave para el diagnóstico.

### 15. ¿SON “HIPOALERGÉNICOS” LOS GELES DE ECOGRAFÍA?

T. Sanz Sánchez, M. Martín Santa-Olalla y Llanes y R.M. Díaz Díaz

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España.

**Antecedentes.** Las dermatitis de contacto alérgicas en relación con los geles de ecografía son escasas y existen casos aislados publicados en la literatura. La mayoría se describen como eccemas pero se ha publicado un caso de angioedema y anafilaxia.

**Objetivo.** Caso clínico. Presentamos un varón de 52 años remitido de la consulta de urología por lesiones localizadas en región genital que aparecieron 2 días después de realizar una ecografía en esa localización. Las lesiones regresaron en una semana tras una pauta de corticoides orales.

**Método.** Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar recomendada por el GEIDAC y el gel de ecografía aportado por el paciente, que resultaron negativas excepto la mezcla de fragancias II y el gel de ecografía. Posteriormente, se realizaron nuevas pruebas epicutáneas con la batería de fragancias y los componentes del gel de ecografía que aportó el laboratorio que lo fabricaba y solo se observó positividad para el aldehído hexil cinámico y el carbomer contenido en el gel de ecografía a las 48 y 96 horas.

**Resultado.** Los alérgenos más frecuentemente implicados en las dermatitis alérgicas de contacto en relación con el uso de geles de ecografía son el propileno glicol y los conservantes. Tras revisar la bibliografía no hemos encontrado ningún caso asociado al carbomer. El carbomer es un polímero hidrofílico, reticulado del ácido acrílico. Sus propiedades químicas le permiten aumentar su volumen en presencia de agua y así formar geles. Muy utilizado en cosméticos como espesante, desde geles fijadores de cabello a dentífricos, al igual que en la industria farmacéutica como en geles desinfectantes o medicamentosos.

**Conclusión.** Presentamos el primer caso de dermatitis de contacto a carbomer en relación con el uso de un gel de ecografía.

## 16. DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

C. DAmelio, A. Carvallo, P. Quan, M.J. Goikoetxea, M. Ferrer y G. Gastaminza

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.*

**Antecedentes.** La exposición a sustancias en el lugar de trabajo es una causa frecuente de dermatitis de contacto.

**Objetivo.** Determinar las características de los pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto ocupacional y sus sensibilizaciones más frecuentes.

**Método.** De forma retrospectiva, se revisaron los pacientes estudiados en la consulta de Alergología de la Clínica Universidad de Navarra entre mayo de 2017-mayo de 2019, en los que el diagnóstico final fue de dermatitis ocupacional. En todos ellos se realizaron pruebas epicutáneas. Los datos fueron analizados por SPSS.

**Resultado.** Entre los 39 pacientes estudiados, 24 (62%) eran hombres y 15 (38%) mujeres, con una edad promedio de 40 años (DE 10,9). Seis (15%) de los pacientes tenían antecedentes de atopia. En 25 (64%) de los casos la dermatitis ocupacional fue de etiología alérgica y en 9 (23%) fue irritativa. La sensibilización clínicamente relevante más frecuente fue a resinas epoxi (7 [18%]), y la ocupación con mayor riesgo fue la industria mecánica y automotriz (14 [36%]). La localización más frecuente de las lesiones fue en las manos (28 [72%]). Treinta (77%) pacientes utilizaban guantes como medida de protección.

**Conclusión.** La mayoría de los casos de dermatitis de contacto ocupacional en nuestra muestra fue de causa alérgica. Este dato, que coincide con lo descrito en estudios similares en nuestro país, resalta la importancia de realizar un estudio alergológico en este tipo de pacientes.

## 17. EL RETRATAMIENTO CON LIGELIZUMAB TIENE UNA ALTA EFICACIA EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

E. Serra<sup>a</sup>, M. Maurer<sup>b</sup>, A.M. Giménez-Arnau<sup>c</sup>, G. Sussman<sup>d</sup>, E. Hua<sup>e</sup>, T. Severin<sup>f</sup> y R. Janocha<sup>f</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Dermatología. Hospital Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.* <sup>b</sup>*Department of Dermatology and Allergy. Charité. Universitätsmedizin. Berlin, Alemania.*

<sup>c</sup>*Department of Dermatology. Hospital del Mar. IMIM. Universitat Autònoma. Barcelona.* <sup>d</sup>*Division of Allergy and Clinical Immunology. University of Toronto. Canadá.* <sup>e</sup>*Shanghai Novartis Trading Ltd., Shanghai. China.* <sup>f</sup>*Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.*

**Antecedentes.** Resultados previos han demostrado que un elevado porcentaje de pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) logra el control completo de los síntomas con ligelizumab.

**Objetivo.** Presentamos la eficacia del retratamiento con ligelizumab 240mg en la fase de extensión abierta (NCT02649218).

**Método.** En el ensayo principal de Fase IIb (NCT02477332), los pacientes con UCE moderada-grave (puntuación de actividad de urticaria de 7 días [UAS7] >16) se aleatorizaron a ligelizumab 24, 72 o 240mg, omalizumab 300mg o placebo cada 4 semanas (c4s) durante 20 semanas. Tras el período de tratamiento doble-ciego, los pacientes iniciaron 24 semanas sin tratamiento. Tras el periodo de lavado (semana 32), los pacientes con evidencia de actividad de la enfermedad (UAS7-12) eran elegibles para entrar en el estudio de extensión abierto de un solo brazo (ligelizumab 240mg c4s). La respuesta del retratamiento se evaluó con la UAS7; se presentan los resultados de los pacientes del estudio principal que continuaron en la extensión del estudio.

**Resultado.** El 70,6% (226/320) de los pacientes fueron incluidos en la extensión. Se observó eficacia sostenida (tasas de respuesta completa [proporción de pacientes que alcanzaron UAS7=0] y cambio en UAS7 desde basal) tras 12 semanas de tratamiento (ligelizumab 240 mg c4s), independientemente de la dosis recibida durante el estudio principal (tabla 1). Se observó una tendencia similar para las tasas de respuesta completas HSS7=0 e ISS7=0, así como para el cambio medio en HSS7 e ISS7 desde el inicio.

**Conclusión.** La eficacia del retratamiento con ligelizumab es elevada en pacientes con urticaria crónica espontánea, que han obtenido un beneficio del tratamiento inicial con ligelizumab y han tenido una recaída tras la interrupción del tratamiento.

## 18. LIGELIZUMAB PRESENTA BUENA TOLERANCIA Y UN PERFIL DE SEGURIDAD SIMILAR A OMALIZUMAB Y PLACEBO EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

J. Ortiz-Frutos<sup>a</sup>, M. Maurer<sup>b</sup>, G. Sussman<sup>c</sup>, A. Giménez-Arnau<sup>d</sup>, E. Hua<sup>e</sup>, T. Severin<sup>f</sup> y R. Janocha<sup>f</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

<sup>b</sup>*Department of Dermatology and Allergy. Charité.*

<sup>c</sup>*Universitätsmedizin. Berlin. Alemania.* <sup>d</sup>*Division of Allergy and Clinical Immunology. University of Toronto. Canadá.*

<sup>e</sup>*Department of Dermatology. Hospital del Mar. IMM. Universitat Autònoma Barcelona.* <sup>f</sup>*Shanghai Novartis Trading Ltd., Shanghai. China.*

<sup>f</sup>*Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.*

**Antecedentes.** Ligelizumab, AcMo anti-IgE de alta afinidad proporciona rapidez de acción y control sostenido de los síntomas, así como mayor eficacia en comparación a omalizumab en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE).

**Objetivo.** Análisis de seguridad estudio fase IIb con ligelizumab en pacientes con UCE cuyos síntomas estaban incontrolados y comparado con omalizumab y placebo.

**Método.** Pacientes adultos con UCE moderada-grave (UAS7>16) se aleatorizaron a ligelizumab subcutáneo 24/72/240mg, omalizumab 300mg o placebo cada 4 semanas durante 20 semanas. La seguridad se analizó durante 20 semanas de tratamiento y 24 semanas de seguimiento.

**Resultado.** Todas las dosis de ligelizumab del estudio fueron bien toleradas y el perfil de seguridad fue comparable a omalizumab y placebo. Acontecimientos adversos más frecuentes (total AAs -10%): infección vírica del tracto respiratorio superior (20,2%), infección del tracto respiratorio superior (12,8%) y cefalea (11,3%). El AA infección vírica del tracto respiratorio superior fue más frecuente en placebo (30,2%) vs. ligelizumab (15,5% a 23,8%) y omalizumab (20,0%). El 11,6%/21,4%/28,2% presentó AAs posiblemente relacionados con ligelizumab 24/72/240mg vs. omalizumab, 8,2% vs. placebo, 27,9%. Tasa observada más elevada ligelizumab 72/240mg vs.

omalizumab: reacción en el lugar de la inyección (3,6% [72 mg]/5,9% [240 mg] vs. 0%) y eritema en la zona de punción (2,4% [72mg]/4,7% [240mg] vs. 0%). No se observaron diferencias significativas entre grupos para otros AAs posiblemente relacionados. La mayoría de los AAs fueron leves (39,8%) o moderados (30,6%). La incidencia de AAs graves fue superior en placebo (16,3%) vs. ligelizumab (3,5% a 9,3%) y omalizumab (5,9%). No se detectaron AAs graves relacionados con ligelizumab. No hubo fallecimientos ni anafilaxis.

**Conclusión.** Todas las dosis testadas en el estudio de ligelizumab fueron bien toleradas. Si bien se observaron diferencias numéricas en las frecuencias de AAs entre los grupos de ligelizumab y omalizumab, en general, los datos de seguridad para los dos compuestos parecían ser comparables y similares a placebo.

### 19. LIGELIZUMAB LOGRÓ UN INICIO DE ACCIÓN RÁPIDO, UNA EFICACIA MEJORADA Y SOSTENIDA EN COMPARACIÓN CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA INADECUADAMENTE CONTROLADA CON ANTIHISTAMÍNICOS H1

A. M. Giménez-Arnau<sup>a</sup>, M. Maurer<sup>b</sup>, G. Sussman<sup>c</sup>, J. Loeffler<sup>d</sup>, A. Barve<sup>e</sup>, E. Hua<sup>f</sup>, M. Balp<sup>d</sup>, T. Severin<sup>d</sup> y R. Janocha<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Department of Dermatology. Hospital del Mar. IMIM. Universitat Autònoma Barcelona. Barcelona. <sup>b</sup>Department of Dermatology and Allergy. Charité. Universitätsmedizin. Berlín. Alemania. <sup>c</sup>Division of Allergy and Clinical Immunology. University of Toronto. Canadá. <sup>d</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>e</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. Estados Unidos. <sup>f</sup>Shanghai Novartis Trading Ltd. Shanghai. China.

**Antecedentes.** Ligelizumab es un anticuerpo monoclonal que presenta mayor afinidad por IgE que omalizumab. En este estudio fase IIb se evalúa la eficacia y seguridad de ligelizumab en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) con síntomas incontrolados.

**Objetivo.** Objetivo principal: porcentaje de pacientes con respuesta completa de habones (puntuación gravedad habones [HSS7]=0) a la semana 12. Otros objetivos: cambio desde basal (BL) en HSS7, puntuación gravedad prurito (ISS7), puntuación de la actividad de urticaria (UAS7; HSS7+ISS7) y pacientes que alcanzaron ISS7=0 y UAS7=0.

**Método.** Pacientes con UCE moderada-grave (UAS7-16) aleatorizados a ligelizumab subcutáneo 24, 72 o 240mg, omalizumab 300mg o placebo cada 4 semanas (c4s) durante 20 semanas. El período de tratamiento doble-ciego, se siguió de 24 semanas sin tratamiento. Tras la semana 32, los pacientes con UAS7-12 se incluyeron en fase de extensión administrándose 240 mg de ligelizumab.

**Resultados.** Se incluyeron 382 pacientes en el estudio. Ligelizumab demostró una relación dosis-respuesta con respecto a HSS7 (semana 12) ( $p < 0,001$ ). Se observaron elevadas tasas UAS7=0 (sem 4); mayor número de pacientes no presentaban síntomas con ligelizumab 72/240mg vs. omalizumab a las 20 semanas. UAS7=0 (sem 20): ligelizumab 24/72/240mg: 18,6%/39,3%/40,0%; omalizumab: 30,6% y placebo: 4,7%. Figura 1: mejoría desde BL en HSS7, ISS7 y UAS7 (ligelizumab 72/240mg vs. omalizumab y ligelizumab 24mg); cambios medios desde BL en UAS7 (tras sem 20): -15,2/-23,1/-22,5 (ligelizumab 24/72/240mg), -18,2 (omalizumab 300mg) y -13,6 (placebo). Mediana de tiempo hasta recaída (UAS7>12): ligelizumab 240mg 10,5 sem; ligelizumab 72mg y omalizumab 300mg: 4 sem; ligelizumab 24mg: 3 sem. Las mejoras de ligelizumab 72mg y 240mg se mantuvieron hasta la sem 32. Seguridad: incidencias similares de acontecimientos adversos. No hubo eventos de seguridad nuevos o inesperados ni casos de anafilaxis (ligelizumab).

**Conclusión.** Ligelizumab 72mg y 240mg c4s se demostró superior a ligelizumab 24mg, omalizumab 300mg y placebo para todas las variables clínicas estudiadas a la semana 20. Ligelizumab 240mg demostró un efecto más duradero que omalizumab.

### 20. EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIHISTAMÍNICOS DURANTE EL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

G. Melé Ninot<sup>a</sup>, E. Serra Baldrich<sup>b</sup>, M. Guilarte Clavero<sup>c</sup>, P. Ribó González<sup>d</sup>, R. Lleonart Bellfill<sup>e</sup>, I. Figueras Nart<sup>f</sup>, N. Depreux<sup>g</sup>, M.C. Díaz Sarrió<sup>h</sup>, I. Bielsa Marsol<sup>i</sup>, C. Baliu Piqué<sup>j</sup>, V. Expósito Serrano<sup>k</sup>, V. Sanmartín Novell<sup>l</sup>, D. Garnica Velandia<sup>m</sup>, S. Gómez Armayones<sup>n</sup>, I. Gich Saladich<sup>o</sup> y A. Giménez Arnau<sup>o</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor. <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. <sup>c</sup>Servicio de Alergología. Hospital Vall d'Hebron. <sup>d</sup>Sección de Alergología. Servicio de Neumología. Hospital Clínic. <sup>e</sup>Unidad de Alergología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Bellvitge. <sup>g</sup>Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>h</sup>Sección de Alergología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. Consorci Alt Penedès-Garraf. Vilanova i la Geltrú. <sup>j</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>k</sup>Servicio de Dermatología. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia. <sup>l</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. <sup>m</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>n</sup>Unidad de Alergología. Hospital Universitari Santa María. Lleida. <sup>o</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. <sup>p</sup>Servicio de Epidemiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. <sup>q</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** La 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> línea de tratamiento recomendadas en el algoritmo terapéutico de las últimas guías de la urticaria crónica espontánea (UCE) son los antihistamínicos de 2.<sup>a</sup> generación hasta dosis cuádruples. Si estos fallan, se recomienda añadir omalizumab como 3.<sup>a</sup> línea de tratamiento.

**Objetivo.** Evaluar el uso de los antihistamínicos durante el tratamiento con omalizumab en pacientes con UCE en la práctica clínica real.

**Método.** Se trata de un estudio observacional transversal y multicéntrico llevado a cabo por la Xarxa d'Urticària Catalana i Balear. Se diseñó un cuestionario con preguntas que evaluaban el uso de los antihistamínicos durante el tratamiento con omalizumab y que debía de ser respondido por parte del paciente. El médico cumplimentaba si el paciente presentaba una urticaria inducible asociada y si fue respondedor a omalizumab (UAS7-6 y/o UCT -12).

**Resultado.** Se recogieron los datos relativos a 289 pacientes, de los cuales, hasta un 23,5% refería no tomar antihistamínicos durante el tratamiento con omalizumab debido, en su mayor parte, a la gran efectividad del mismo. Se presentarán los resultados del estudio estadístico sobre la relación con otras variables como el angioedema y la pauta de antihistamínicos, entre otras.

**Conclusión.** A pesar que las guías recomiendan tomar antihistamínicos durante el tratamiento con omalizumab, un porcentaje no desestimable de pacientes dejan de tomarlos. Creemos que son necesarios estudios prospectivos para evaluar la necesidad del uso de antihistamínicos en la 3.<sup>a</sup> línea de tratamiento de la UCE.

### 21. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PROFESIONAL EN UN JOYERO

S. Córdoba Guijarro, E. Esteban Garrido, F.E. Rojas Farias, M. Blanco Calvo, A. Huerta Vena, A.A. Garrido Ríos, C. Martínez Morán y J. Borbujo

*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Antecedentes.** Hombre de 53 años sin antecedentes personales de interés.

**Objetivo.** Consultaba por presentar desde hace más de 10 años brotes de lesiones papulosas, eritematosas, muy pruriginosas en cara anterior de muñecas y antebrazos, que aparecían con periodicidad variable y que habían ido aumentando en intensidad y frecuencia

en los últimos años. Durante este tiempo había realizado diversos tratamientos con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, con mejoría. El paciente relacionaba la aparición de los síntomas con su trabajo como fabricante de joyería, ya que cuando delegaba el manejo de determinadas piedras preciosas no presentaba lesiones.

**Método.** Varias biopsias de las lesiones mostraron la presencia de un infiltrado linfocitario perivascular superficial con eosinófilos, con grados variables de espongiosis suprabasal.

**Resultado.** Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC y la batería de metales de Marti-Tor con positividad solo para el cloruro de berilio. Las pruebas epicutáneas con las piedras preciosas aportadas por el paciente mostraron una dudosa positividad con el aguamarina y la esmeralda. La biopsia del parche del aguamarina mostró hallazgos histológicos en todo idénticos a los de las biopsias de las lesiones.

**Conclusión.** Aunque las reacciones alérgicas debidas a ornamentos de joyería o bisutería son muy frecuentes, suelen estar producidas por los metales que los componen (níquel, cromo, cobalto) siendo excepcionales las reacciones a los minerales. El aguamarina y la esmeralda son variedades minerales de ciclosilicato de berilio y aluminio muy apreciados en joyería. En este caso la relación temporal claramente descrita por el paciente entre el manejo de las piedras preciosas y la aparición de las lesiones, y las semejanzas entre las biopsias del parche del aguamarina y de las lesiones cutáneas, nos lleva a considerar relevante la positividad al cloruro de berilio y llegar al diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica profesional.

## 22. UN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS CON LIGELIZUMAB NO PRESENTAN ANGIOEDEMA EN COMPARACIÓN CON OMALIZUMAB: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO DE FASE II

F.J. Miquel Miquel<sup>a</sup>, G. Sussman<sup>b</sup>, M. Maurer<sup>c</sup>, E. Hua<sup>d</sup>, K. Kobayashi<sup>e</sup>, R. Janocha<sup>f</sup>, T. Severin<sup>f</sup> y M.M. Balp<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Arnau Vilanova. Valencia.

<sup>b</sup>Division of Allergy and Clinical Immunology. University of Toronto. Canadá. <sup>c</sup>Department of Dermatology and Allergy. Charité.

Universitätsmedizin. Berlin. Alemania. <sup>d</sup>Shanghai Novartis Trading Ltd., Shanghai. China. <sup>e</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. Estados Unidos. <sup>f</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

**Antecedentes.** El angioedema en la urticaria crónica espontánea (UCE) puede causar deterioro importante de la calidad de vida relacionada con la salud. Ligelizumab, una nueva generación de AcMo anti-IgE de alta afinidad, se evaluó en un estudio de fase IIb en pacientes con UCE inadecuadamente controlados con antihistamínicos H1 solos o en combinación con antihistamínicos H2 y/o antagonistas de los receptores de leucotrienos.

**Objetivo.** Análisis del impacto del tratamiento con ligelizumab (72 y 240mg) vs. placebo y omalizumab (300mg) en la aparición de angioedema.

**Método.** Los pacientes adultos elegibles recibieron ligelizumab subcutáneo 72 o 240mg, omalizumab 300mg o placebo cada 4 semanas (5 administraciones), como terapia complementaria a su medicación-base. La aparición de angioedema fue registrada en el Diario del paciente con urticaria durante los 7 días previos a cada visita.

**Resultado.** Al inicio del estudio, el 47,6% (n=40/84), 45,9% (n=39/85), 52,9% (n=45/85) y el 58,1% (n=25/43) de los pacientes fueron aleatorizados a ligelizumab 72 y 240mg, omalizumab y placebo, respectivamente. El cambio alcanzado a la semana 4, por ligelizumab 72 y 240mg fue superior: -30,9% y -31,1%, respectivamente, vs. -24,0% con omalizumab y -12,9% con placebo. A la semana 12, el cambio alcanzado fue: -35,1% y 40,8% para ligelizumab 72 y 240mg, respectivamente, y -29,2% para omalizumab y 26,4% para placebo. Estos resultados se reflejaron en el porcentaje de pacientes libres de angioedema durante el período de tratamiento. A la semana 12, el 87,5% y el 94,9% de los pacientes trata-

dos con ligelizumab 72 y 240mg no presentaban angioedema, respectivamente, vs. 76,3% para omalizumab y 68,3% para placebo.

**Conclusión.** Ligelizumab alcanzó mayores reducciones en el porcentaje de pacientes que informaron de angioedema vs. omalizumab y placebo. Ligelizumab 240mg logró el mayor porcentaje de pacientes sin angioedema y este beneficio se mantuvo durante todo el período de tratamiento.

## 23. ECCEMA DE CONTACTO ALÉRGICO AL PIGMERISE®

A. Reymundo, A. Fernández Bernáldez, J. Sánchez Pérez y A. Reolid  
*Hospital de la Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La piperina o Piper nigrum L, principal alcaloide de la pimienta negra, utilizada en el tratamiento del vitiligo, puede producir eccemas de contacto. Presentamos una paciente con este diagnóstico secundario al uso de Pigmerise®.

**Caso clínico.** Mujer de 28 años con antecedente de vitiligo que había recibido tratamiento con tacrolimus 0,1% en pomada con respuesta clínica parcial, por lo que se cambió a Pigmerise® en Fitalite® en abril del 2019. Acude por reacción eccematosa pruriginosa localizada en las zonas de aplicación del producto una semana después del inicio de la aplicación. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia cutánea (GEIDAC), serie de cosméticos, de fragancias (Chemotechnique) y con los diferentes componentes del producto: el cremagel hidrófilo en el que viene formulado (Fitalite®), el principio activo, Pigmerise® al 1% y 2% en vaselina, y los excipientes, vitamina E, ácido sórbico y polisorbato. Los resultados mostraron positividad a las 48 y 96 horas para el extracto de pimienta negra (Pigmerise®) a ambas concentraciones, mientras que el Fitalite® y los excipientes resultaron negativos. Los resultados fueron clínicamente relevantes. Veinte controles a los que se les parcheó el Pigmerise® al 1% y 2% en vaselina fueron negativos.

**Discusión.** El eccema de contacto alérgico por extracto de pimienta negra es inusual, habiéndose descrito 3 casos con el mismo diagnóstico. La creciente utilización de los derivados de la pimienta negra en la patología dermatológica puede condicionar la aparición de numerosos casos de eccema de contacto. El parcheo del Pigmerise® al 1% en vaselina puede ser la concentración y el vehículo adecuados para realizar la prueba, aunque se han utilizado concentraciones más elevadas. Los alérgenos del Pigmerise® implicados en el eccema de contacto no se conocen.

## 24. DERMATITIS DE CONTACTO A PRODUCTO TÓPICO “NATURAL”

A. Sánchez-Gilo<sup>a</sup>, J. Sanz Bueno<sup>a</sup>, M. Gutiérrez Pascual<sup>a</sup>, E. Gómez de la Fuente<sup>b</sup>, C. Lázaro Covarrubias<sup>a</sup> y F.J. Vicente Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos. <sup>b</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

**Antecedentes.** Presentamos el caso de un varón de 60 años, que presentó una lesión pruriginosa en miembro inferior derecho. El paciente decide aplicarse por cuenta propia un producto “natural” que contenía aceite de árbol de té “puro”. A los 10 días de aplicación el paciente presenta un empeoramiento de la lesión con aparición de exudación y costras y diseminación de las lesiones a miembro contralateral, tronco y miembros superiores.

**Objetivo.** Ante la sospecha de eccema alérgico de contacto se suspenden ambos productos y se pauta prednisona oral con resolución de las lesiones hasta la fecha.

**Método.** Se realizan pruebas epicutáneas con batería estándar según GEIDAC y el producto propio, obteniendo positividad para el hidroperóxido de limoneno (++) y para el producto propio (+++), con relevancia presente para el caso.

**Resultado.** Cada vez es más frecuente el uso de sustancias “naturales” derivadas de plantas por parte de los pacientes. Estas sustancias son ampliamente usadas en la fabricación de cosméticos y medicamentos tópicos. La población interpreta como sinónimos natural e inocuo. Pero esto no es real, ya que estos “productos naturales” causan con frecuencia dermatitis alérgica de contacto, dermatitis sistémica de contacto, incluso alergia con síntomas sistémicos. Además es de extrema importancia parchear el producto tópico y sus componentes, ya que la dermatitis de contacto puede estar causada tanto por el extracto de origen botánico como los ingredientes asociados (perfumes, conservantes...). Entre los derivados de plantas que causan dermatitis de contacto de forma frecuente se encuentra el árbol de té, ampliamente usado debido a sus propiedades antisépticas, antiinflamatorias y antineoplásicas.

**Conclusión.** Presentamos el caso de un paciente que desarrolla un eccema alérgico de contacto a un producto natural tópico en cuya composición se incluye el aceite de árbol de té y el hidroperóxido de limoneno.

## 25. QUEILITIS ALÉRGICA DE CONTACTO DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN

P. Sánchez-Pedreño Guillén, A.M. Victoria Martínez, T. Salas García, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez y J. Frías Iniesta

*Servicio Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca. Murcia. España.*

**Antecedentes.** Presentamos un caso de queilitis alérgica de contacto de evolución crónica y recidivante. Sospechamos que los alérgenos responsables son de origen alimenticio.

**Objetivo.** Mujer, 39 años de edad, de profesión enfermera. Acudió a consultas externas por lesiones eczematosas en labios y región peribucal de un año de evolución. Entre los antecedentes personales, destaca atopia. A la exploración se observaron lesiones eczematosas en labio superior e inferior, junto a edema y lesiones eczematosas peribucales.

**Método.** Realizamos estudio con pruebas epicutáneas: batería estándar del GEIDAC, serie de perfumes, cosméticos, pasta de dientes y alérgenos relacionados con queilitis de contacto.

**Resultado.** En las lecturas efectuadas a las 96 horas se observó positividad a caínas mix, sulfato de níquel, bálsamo del Perú, fragance mix I, butilfenol formaldehído resina, isoeugenol, vanilina y anetol. La pasta de dientes usada por la paciente demostró una positividad débil. No fue posible realizar pruebas epicutáneas con los componentes de la pasta de dientes propia. Las pruebas cutáneas a panalérgenos y alimentos comerciales fueron negativas. Prick by prick a cerveza, negativo. IgE total, dentro de límites normales.

**Conclusión.** La evolución de la paciente ha sido muy irregular, con brotes incluso sin el uso de pasta de dientes. Las causas más frecuentes de queilitis de contacto son los cosméticos y los productos de higiene. Otras causas menos frecuentes son los fármacos tópicos, el contacto con instrumentos musicales y los alérgenos alimenticios. En nuestro caso la positividad a caínas mix y sulfato de níquel no tiene relevancia en el cuadro de la paciente. No se ha podido encontrar la relevancia de butilfenol formaldehído resina. Los alérgenos claramente implicados son bálsamo del Perú, perfumes, vanilina y anetol, y su origen podría ser alimenticio. Se ha instaurado una dieta libre de bálsamo del Perú para observar evolución.

## 26. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ISOTIAZOLINONAS: ¿DÓNDE ESTAMOS?

J. Magdaleno Tapial, C. Valenzuela Oñate, J.M. Ortiz Salvador, M. García Legaz, A. Martínez Domenech, C. Sierra Talamantes y V. Zaragoza Ninet

*Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes.** Tras las recientes epidemias de dermatitis alérgica de contacto (DAC) por isotiazolinonas y la consiguiente reglamentación regulando su concentración máxima, son escasos los estudios epidemiológicos describiendo cambios en su incidencia.

**Objetivo.** Conocer la tendencia de DAC por isotiazolinonas en la última década, así como determinar las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes.

**Método.** Estudio de cohortes retrospectivo analizando todos los pacientes parchados en la Consulta de Alergia Cutánea entre enero de 2010 y junio de 2019, seleccionando los pacientes con positividad para los parches con la mezcla metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (MCI/MI) y/o MI aislada.

**Resultado.** Se incluyeron 2544 pacientes (media 282 por año), de los cuales 243 (9,55%) tuvieron una positividad para los parches de MCI/MI y/o de MI. La incidencia aumentó desde el 4,5% en 2010 hasta alcanzar su punto máximo en 2015 con un 18,9% de positividades, para posteriormente decrecer paulatinamente hasta alcanzar el valor mínimo de 3,1% en 2019 (n = 167 pacientes). El índice MOAHLFA muestra que la positividad para isotiazolinonas se relaciona con los antecedentes de atopia (p = 0,04), el origen de sensibilización laboral (p = 0,03) y el eccema de manos (p = 0,006). El 87,7% de los pacientes alérgicos a isotiazolinonas presenta cosensibilizaciones (2,3 parches positivos/paciente), siendo los metales los alérgenos más frecuentes, seguido del grupo de fragancias.

**Conclusión.** Nuestros resultados de prevalencia de DAC por isotiazolinonas desde 2010 muestran una incidencia creciente hasta un valor máximo de 18,9% en 2015, para posteriormente decrecer hasta la actualidad con valores del 3%. Esto se explica por las regulaciones establecidas en Europa a través de la Directiva de Cosméticos de la Comisión Europea en 2015 y posteriormente en 2017, restringiendo el uso de isotiazolinonas a los productos leave-on y limitando su concentración a 15 ppm en los productos rinse-off.

## 27. REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO IV TRAS INFILTRACIÓN INTRALESIONAL DE ANTIMONIATO DE MEGLUMINA (GLUCANTIME) USADO COMO TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA

J. Martín Alcalde, E. Gómez de la Fuente, H. Sanz Robles, L. González Bravo, M. Vela Ganuza, U. Floristan Muruzabal y J.L. López Esteban

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Antecedentes.** La leishmaniasis cutánea es endémica en ciertas regiones de España. La administración intralesional de antimoniales pentavalentes es el tratamiento de elección de la leishmaniasis cutánea localizada para minimizar los efectos secundarios. Uno de dichos efectos puede ser una reacción alérgica. Presentamos un caso de hipersensibilidad tipo IV por antimonio de meglumina. La leishmaniasis cutánea es endémica en ciertas regiones de España. La administración intralesional de antimoniales pentavalentes es el tratamiento de elección de la leishmaniasis cutánea localizada para minimizar los efectos secundarios. Uno de dichos efectos puede ser una reacción alérgica.

**Objetivo.** Presentamos un caso de hipersensibilidad tipo IV por antimonio de meglumina.

**Método.** Varón de 68 años que acude a consultas por lesión dolorosa en antebrazo derecho. A la exploración presentaba nódulo ulcerado de 15 mm. La biopsia mostró una dermatitis granulomatosa no necrotizante y presencia de microorganismos concordantes con Leishmanias. Se inició tratamiento semanal con infiltraciones intralesionales de antimonio de meglumina (Glucantime). Un día después de la tercera infiltración presentó intensa inflamación y dolor junto con ampollas con líquido seroso. Ante sospecha de hipersensibilidad a antimonio de meglumina se inicia estudio. El prick test con el fármaco que fue negativo así como las pruebas epicutáneas con lectura a las 48 horas y 96 horas. Posteriormente se realizaron pruebas intradérmicas con diluciones a 1/10, 1/100 y 1/1000, con

lecturas a los 20 minutos negativas. Presentó reacción a las 48 y 96 a la dilución 1/10

**Conclusión.** Existen pocos casos publicados en la literatura acerca de reacciones locales de estos fármacos. Algunas series defienden tales reacciones como consecuencia de una probable reacción de hipersensibilidad tipo IV, presentando como en nuestro paciente, un Prick test negativo en todos ellos y una mayoría de ellos con positividad en la intradermorreacción a las 48 y 96 horas. Aunque este tipo de reacciones no son frecuentes hay que tenerlas en cuenta.

## 28. URTICARIA DE CONTACTO POR MIEL

E. Gómez de la Fuente<sup>a</sup>, A. Sánchez Gil<sup>b</sup>, L. González Bravo<sup>a</sup>, J. Martín Alcalde<sup>a</sup>, C. Sarró Fuente<sup>a</sup> y J.L. López Esteban<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>b</sup>Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España.

**Antecedentes.** La miel es una sustancia con una composición compleja y heterogénea de extractos de flores, azúcares y proteínas. Las reacciones e hipersensibilidad tipo I son raras y están descritas sobre todo tras su ingesta.

**Objetivo.** Presentamos un caso de urticaria de contacto por miel. **Método.** Caso clínico. Mujer de 25 años, con antecedentes de polinosis, y dermatitis atópica, con pruebas epicutáneas negativas (batería estándar GEIDAC, plantas y cosméticos). Refería lesiones habonosas al manipular la miel de las colmenas (León, de encinas o castaños) que desaparecen en 10 minutos, únicamente en las zonas de contacto con la piel en antebrazos y cara. No se acompañaba de síntomas sistémicos. Ha ingerido pequeña cantidad sin clínica y había recibido múltiples picaduras de abeja sin clínica sistémica. Se realizó prick test a diversos tipos de mieles, própolis y malezas (Artemisa, Amarantho, Chenopodium, Salsola, Parietaria, Plántago), gramíneas, olivo, platanero, y arizónicas, siendo solo positivo para plántago y miel. La determinación de IgE específica a diversos pólenes, profilina, veneno de abeja y miel mostró valores levemente elevados para veneno de abeja (1,77 kU/L) y elevados para miel (5,93 kU/L).

**Conclusión.** Las reacciones de hipersensibilidad tipo I a la miel son poco frecuentes y la urticaria inmunológica de contacto es excepcional. No obstante hay que tener en cuenta esta posibilidad y realizar el adecuado estudio etiológico cuando se sospeche, descartando alergia a otras sustancias presentes en la miel o con posibilidad de reacción cruzada.

## 29. IMPACTO DE UNA ESCUELA DE FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR ESPECÍFICA DE URTICARIA CRÓNICA PARA PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

A. Sala Cunill<sup>a</sup>, A. Izquierdo Domínguez<sup>b</sup>, A. Sansosti<sup>c</sup>, M. Álvaro<sup>d</sup>, S. Ros Abarca<sup>e</sup>, P. Galván Blasco<sup>f</sup>, N. Depreux<sup>g</sup>, Y. Jurgens<sup>h</sup>, P. Saura<sup>i</sup>, B. Delavalle<sup>j</sup>, S. Garriga Companys<sup>j</sup>, S. Ranea<sup>k</sup> y E. Serra Baldrich<sup>l</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Alergología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Consorci Sanitari de Terrassa. Unidad de Alergología. Centro Médico Teknon. <sup>b</sup>Servicio de Alergología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>c</sup>Hospital San Joan de Deu. <sup>d</sup>Sección de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues. <sup>e</sup>Psicóloga Adjunta. Servei de Dermatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. <sup>f</sup>Hospital Santa Creu i Sant Pau. Institut de Recerca Vall d'Hebron. <sup>g</sup>Sección Alergología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>h</sup>Sección Alergología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>i</sup>Servicio de Alergología. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital de Badalona. <sup>k</sup>Servei de Dermatologia. Clínica Juaneda Miramar. Palma. <sup>l</sup>Cap Unitat Inmunoal·lergia Cutània. Hospital Sant Pau. Universitat Autònoma Barcelona. Barcelona. España.

**Antecedentes.** La urticaria crónica espontánea (CSU) se caracteriza por la aparición espontánea de habones pruriginosos, angioedema o ambos, por un periodo superior a 6 semanas. La CSU está asociada a una gran afectación en la calidad de vida de pacientes.

**Objetivo.** Valorar qué impacto tiene para los pacientes y acompañantes, referente a la satisfacción y conocimiento de la CSU, asistir a una Escuela de formación multidisciplinar específica para CSU.

**Método.** Se trata de un estudio observacional transversal y multicéntrico realizado por el Comité de Alergia Cutánea de la Sociedad Catalana de Alergia e Inmunología Clínica donde participaron miembros de distintas especialidades (Alergología, Dermatología, Pediatría, Psicología) sobre el impacto de una Escuela de formación sobre CSU para pacientes y acompañantes de toda Cataluña. Se recogieron datos demográficos y se realizó un cuestionario a pacientes y acompañantes el día de la escuela y a los 6 meses: Satisfacción global, con EVA (0-100) y preguntas específicas sobre si la formación ayudó a entender mejor la enfermedad, utilidad del abordaje multidisciplinar, si pensaban que era una alergia, como afectaba el estrés/ansiedad CSU, falsos mitos y si recomendarían esta escuela. Respuestas categóricas (nada/algo/indiferente/bastante/mucho).

**Resultado.** Se recogieron datos de 26 pacientes y 15 acompañantes. Un 73,33% mujeres, media de edad 43 años. La satisfacción global fue de 92/100, y 22 pacientes (84,6%) encontraron muy útil esta escuela para entender mejor su enfermedad. Todos los pacientes valoraron de forma muy satisfactoria el abordaje multidisciplinar, y el poder compartir dudas con los distintos especialistas y otros pacientes. Todos recomendarían esta escuela a otros pacientes. El 88,4% (23) lo recomendaría también para acompañantes. A los 6 meses, la satisfacción seguía igual sin cambios significativos comparándola previamente.

**Conclusión.** Se demuestra que realizar una escuela de formación multidisciplinar en CSU para pacientes y acompañantes tiene un gran alto impacto positivo en la satisfacción y entendimiento de su enfermedad.

## 30. SENSIBILIZACIÓN AL GERANIOL EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE FRAGANCIAS DEL GEIDAC

A. Sánchez Herrero<sup>a</sup>, J.F. Silvestre Salvador<sup>b</sup>, P. Mercader García<sup>c</sup>, R. González Pérez<sup>d</sup>, M. Hervella-Garcés<sup>e</sup>, T. Sanz Sánchez<sup>f</sup>, S. Córdoba Guijarro<sup>g</sup>, J. Sánchez Pérez<sup>h</sup>, F. Heras Mendaza<sup>i</sup>, A.M. Giménez-Arnau<sup>j</sup>, M.E. Gatica Ortega<sup>k</sup>, M.A. Pastor Nieto<sup>l</sup>, V. Zaragoza Ninet<sup>m</sup>, B. García Bravo<sup>n</sup>, L. Borrego Hernando<sup>o</sup>,

P. Sánchez-Pedreño<sup>p</sup> y F.J. Ortiz de Frutos<sup>q</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>c</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. <sup>d</sup>Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. <sup>e</sup>Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. <sup>f</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. <sup>g</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. <sup>h</sup>Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>i</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>j</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>k</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. <sup>l</sup>Hospital General Universitario de Guadalajara. <sup>m</sup>Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>n</sup>Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. <sup>o</sup>Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas. <sup>p</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>q</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Antecedentes.** La dermatitis de contacto por fragancias es frecuente en la práctica clínica diaria. Dentro de las muchas fragancias que hay, el geraniol parece ser un alérgeno muy importante en la población española, con tasas de sensibilización elevadas.

**Objetivo.** Analizar la prevalencia de sensibilización al geraniol en pacientes parcheados con batería específica de fragancias y las características de estos pacientes. Demostrar la utilidad de los dife-

rentes marcadores de fragancias en la detección de esta alergia y la relación con el resto de alérgenos presentes en la batería de fragancias.

**Método.** Estudio retrospectivo descriptivo a 5 años (2011-2015) realizado en 23 centros españoles miembros del GEIDAC. Se incluyen a todos los pacientes con algún marcador de fragancias positivo de la serie estándar (TRUE Test, Chemotechnique y Allergeaze) a los que posteriormente se les parchó con la batería específica de fragancias (Chemotechnique y Allergeaze).

**Resultado.** De 1590 pacientes positivos a algún marcador de fragancias en la serie estándar, 1013 pacientes fueron parchados con una batería específica de fragancias. De ellos, 152 pacientes estaban sensibilizados al geraniol (15%). Ciento trece pacientes (74,3%) fueron positivos para la MF I y 102 pacientes (67,1%) positivos para la MFII. Combinando ambas MF resultan positivos el 96,1% de los pacientes sensibilizados a geraniol. La MF I de Chemotechnique y Allergeaze tienen menor tasa de falsos negativos. Cuando se parcha con geraniol al 2% se obtienen mayores positivos que con la concentración al 1% (17,1% vs. 11,8%). Los pacientes sensibilizados a geraniol tienen de media 3,25 alérgenos positivos de la batería de fragancias, siendo los más frecuentes: citral, geranium oil, hydroxycitronellal y citronellol.

**Conclusión.** La alergia al geraniol es frecuente en la población española. Para detectar todos los casos es conveniente utilizar en la serie estándar MF I y II. Aumentar la concentración del geraniol puede ayudar a aumentar los diagnósticos de esta sensibilización.

### 31. DERMATITIS DE CONTACTO Y ESCLERODERMIA, UNA RELACIÓN ESTRECHA

I. Torres Navarro, J. Roca Ginés, N. Chaparro Aguilera y M. Rodríguez Serna

*Hospital La Fe. Valencia. España.*

**Antecedentes.** Mujer de 32 años que acudió a urgencias por edema de manos que dificultaba su extensión y lesiones digitales descamativas fisuradas, de dos meses de evolución. Como antecedente destacaba un reflujo gastroesofágico en 2016 que trató intermitentemente con IBPs. No tenía síntomas sistémicos ni historia de acrocianosis.

**Resultado.** Fue valorada por un reumatólogo que interpretó las lesiones como pitting scars y procedió al ingreso de la paciente por sospecha de debut de esclerosis sistémica, iniciando tratamiento con bolos de metilprednisolona 60mg iv. y amlodipino 5mg/día. Se solicitó una analítica completa en la que destacaba una PCR de 8mg/L [0-5 mg/L]. También se solicitaron serologías para descartar gonococcia diseminada, infección viral o brucelosis. Se realizó una radiografía de tórax que resultó normal, por lo que se solicitó un TC de alta resolución para descartar fibrosis pulmonar. También se realizó una analítica completa con autoinmunidad y blot de esclerosis sistémica. Las radiografías de manos, lumbar y sacro-ilíacas no mostraron alteraciones, así como con una ecografía de manos y muñecas. Por último, se realizó una capilaroscopia cuyos hallazgos fueron compatibles con la normalidad. Casualmente, había un residente de dermatología de guardia que, tras sugerir otro diagnóstico, aconsejó solicitar una interconsulta a su servicio. En Dermatología, tras realizar la anamnesis dirigida, que reveló que la paciente trabajaba como esteticista y micropigmentadora y realizaba manicuras, se remitió a la paciente para realizar pruebas epicutáneas una vez finalizado el tratamiento esteroideo. Dichas pruebas confirmaron sensibilización a acrilatos de relevancia presente.

**Conclusión.** Los hallazgos demostraron la complejidad del diagnóstico de esclerosis sistémica y la necesidad de valorar la presencia de un servicio de dermatología de guardia. Aunque la dermatitis de contacto por acrilatos es una entidad de fácil reconocimiento por los dermatólogos especializados en dermatitis de contacto, quizás

sería importante expandir el conocimiento de esta disciplina entre el resto de especialistas.

### 32. URTICARIA POR CALOR: ¿RARA O INFRADIAGNOSTICADA?

A. López Mateos<sup>a</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>b</sup>, A. Docampo Simón<sup>b</sup>, C. Faura Berruga<sup>a</sup> y J.F. Silvestre Salvador<sup>b</sup>

*Hospital General de Albacete. <sup>b</sup>Hospital General de Alicante. España.*

**Antecedentes.** Dentro de las urticarias inducibles, la urticaria por calor se considera extremadamente rara, con menos de 100 casos publicados en la literatura y ningún caso publicado de urticaria por calor asociado a urticaria crónica espontánea.

**Objetivo.** Presentamos una serie de pacientes con urticaria crónica que asocian urticaria por calor con otros tipos de urticaria, ya sea espontánea o inducible.

**Método.** La introducción en la práctica diaria de test de provocación está permitiendo detectar urticarias inducibles en los pacientes en seguimiento por urticaria crónica, reflejando que hasta ahora podríamos haber estado infradiagnosticando dicho componente inducible. Así, en nuestra experiencia, estamos encontrando más casos de urticaria por calor de lo esperable por la incidencia reportada en la literatura, lo que podría tener importantes implicaciones en el manejo de nuestros pacientes con urticaria, dado el riesgo de síntomas sistémicos severos que se asocia con la urticaria por calor. Por otra parte, los pacientes con urticaria crónica espontánea que asocian una urticaria inducible tienen peor pronóstico y mayor duración de la enfermedad.

**Resultado.** En cualquier caso, puede que haya que revisar los tiempos de exposición al estímulo de calor estandarizados en los test de provocación para desencadenar la urticaria por calor. Hay pacientes con urticaria por calor que requieren más de cinco minutos de exposición, pero aumentar el tiempo hace que los controles también presenten prurito y/o eritema en la zona, dando falsos positivos.

**Conclusión.** En conclusión, creemos que la urticaria por calor es una entidad infradiagnosticada, presente de forma más frecuente en nuestros pacientes con urticaria crónica de lo reportado hasta ahora, lo que tiene implicaciones pronósticas y de manejo de la urticaria.

### 33. DERMATITIS DE CONTACTO LIQUENOIDE POR MERCURIO CON MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

B. Roque Quintana<sup>a</sup>, Ana S. G., Laura R. L.<sup>a</sup>, Julio R. L.<sup>a</sup>, Miguel A. S.<sup>b</sup>, Leopoldo B. H.<sup>a</sup> y Javier H. S.<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

*<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Antecedentes.** La dermatitis de contacto liquenoide por mercurio es una complicación clásica tras la colocación de amalgamas dentales metálicas, siendo posible también en estos pacientes la presencia de síntomas sistémicos. La falta de empleo de estas amalgamas ha ocasionado la desaparición de las complicaciones. Sin embargo, estos efectos secundarios siempre tienen que ser tenidos en cuenta tras la rotura o fragmentación de amalgamas viejas.

**Método.** Mujer de 38 años, portadora de empastes de amalgama desde los 14 años. Consulta porque tras la rotura de uno de los empastes comienza con lesiones orales urentes asociadas a astenia, algia facial, faríngea, torácica y abdominal, artromialgias, sensación urente generalizada y parestesias faciales. La exploración otorrinolaringológica, cardiológica, neurológica y reumatológica,

incluyendo pruebas de imagen, fue negativa. Clínicamente presentaba en mucosa yugal bilateral dos placas leucoplásicas en contacto directo con empastes de amalgama. La biopsia mostró un infiltrado en banda con borramiento de la unión dermoepidérmica y presencia de cuerpos apoptóticos. El estudio inmunohistoquímico evidenció un predominio de linfocitos CD8+. Se realizaron pruebas epicutáneas de contacto según normativa del GEIDAC con batería estándar española y batería de metales (Chemotechnique®) que leídas a las 48 y 96 horas resultaron positivas para mercurio, cloruro de mercurio y amidocloruro de mercurio. Dos meses tras la retirada de los empastes presentaba resolución de las lesiones orales y sistémicas.

**Conclusión.** La toxicidad sistémica del mercurio en los portadores de empastes de amalgamas es variable y poco conocida. Aunque este cuadro sea actualmente inusual, siempre debe valorarse la posible asociación con síntomas sistémicos evitando la catalogación de estos enfermos dentro del ámbito psiquiátrico.

### 34. DERMATITIS DE CONTACTO TIPO “CHICHÓN” POR ACEITE DE BERGAMOTA

F. Heras Mendaza<sup>a</sup>, E. Sotomayor López<sup>a</sup>, L. Baptista Serna<sup>b</sup>, O. Ayerdi Aguirrebengoa<sup>c</sup> y D. Santiago Sánchez-Mateos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Alergología. <sup>c</sup>Servicio de Urgencias. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

**Antecedentes.** El aceite de bergamota (*Citrus bergamia*) se emplea principalmente en perfumería y alimentación. Es conocida su capacidad de producir eccemas por un mecanismo fototóxico, con frecuente hiperpigmentación residual. A continuación, describimos un caso de sensibilización por contacto a la bergamota con una clínica peculiar.

**Resultado.** Caso clínico. Una mujer de 54 años y sin antecedentes de interés fue remitida desde el Servicio de Urgencias a nuestras consultas por presentar desde hace cuatro días un intenso edema en ambas sienes, formando sendas placas elevadas y muy bien delimitadas, de unos 3 cm. Asociaba prurito y sensación de tirantez. No presentaba síntomas generales ni antecedentes de traumatismos o inyecciones en la zona. Tres días antes había aplicado en las sienes aceites de bergamota, menta y lavanda, tras una sesión de yoga. La clínica se resolvió en 10 días, ayudándose de metilprednisolona aceponato en crema. Un mes después, se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, batería de perfumes (Allergeaze®) y los aceites esenciales aportados por la paciente. Las lecturas a las 48 y 96 horas mostraron positividades al sulfato de níquel (+++), aceite de bergamota 100% empleado por la paciente (++), aceite de bergamota 2% (+), geraniol (+) y salicilaldehído (+). Se diagnosticó una dermatitis de contacto alérgica por aceite de bergamota, recomendando a la paciente evitarlo en el futuro.

**Conclusión.** La clínica de edema intenso y muy bien localizado en el cráneo tras un traumatismo se conoce vulgarmente como “chichón”. La ausencia de tejidos blandos parece explicar este fenómeno. En el caso estudiado, este tipo de edema delimitado se debía a una dermatitis de contacto por la bergamota aplicada en masajes sobre las sienes, sin necesidad de luz ultravioleta.

### 35. REACCIÓN GRANULOMATOSA A TINTA DE TATUAJE COMO FENÓMENO DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA

D.I. Santiago Sánchez-Mateos, D. Cullen Aravena, J.L. Díaz Recuero, C. Santonja y F. Heras Mendaza

Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Antecedentes.** La reacción inflamatoria tardía delimitada a un área de color es una de las posibles complicaciones derivadas de la de-

coración corporal con tatuajes y puede orientar hacia una reacción alérgica a la tinta. Se han descrito varios patrones clínicos e histológicos en este tipo de reacciones, aunque no son específicos. El estudio con pruebas epicutáneas suele ser complicado, pues en la mayoría de los casos no disponemos de la tinta utilizada ni conocemos la composición del pigmento.

**Objetivo.** Varón de 27 años, consultó por la aparición de una placa infiltrada y con descamación, persistente desde hacía 2 años, afectando al área de color rojo de un tatuaje realizado 3 años antes en cara posterior de pierna derecha. La biopsia cutánea mostraba inflamación granulomatosa en dermis superficial con focos de necrosis y focal eliminación transepidérmica, en relación a material granular de variable tamaño y coloración parduzca compatible con pigmento exógeno.

**Método.** Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, la batería de colorantes textiles de Martí Tor® y la tinta propia.

**Resultado.** La lectura a las 96h mostraba positividad para la tinta propia (++).

**Conclusión.** Las reacciones inflamatorias tardías en los tatuajes pueden desarrollarse con una latencia variable de meses a años, ocurren con mayor frecuencia frente al pigmento rojo y el patrón histológico más frecuente está asociado a las reacciones de tipo alérgico que es el liquenoide. La realización de pruebas epicutáneas, a pesar de su baja rentabilidad diagnóstica es aconsejable en el estudio de reacciones inflamatorias tardías en tatuajes con clínica y/o biopsia compatible, si disponemos de la tinta propia.

### 36. HERPES LABIAL RECIDIVANTE DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

C. García Melendo, C. López Sánchez, L. Puig Sanz y E. Serra Baldrich

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

**Antecedentes.** Mujer de 30 años con antecedentes de herpes labial recidivante que consultó en 2014 por unas lesiones eritematoedematosas con costras en los labios. Inicialmente eran unas vesículas en labio inferior que trató con aciclovir tópico y un labial hidratante. Con la sospecha de quelitis de contacto se realizaron pruebas epicutáneas incluyendo la batería estándar española GEIDAC (True Test), la serie de vehículos y antioxidantes Allergeaze® y los productos propios aportados. Resultaron positivas para bálsamo Perú ++, resina butilfenol formaldehído 1% ++, diazolidil urea +, imidazolidinil urea +, el aciclovir comercial aportado ++ y negativas para el polvo puro de aciclovir en vas y resto de productos propios. La paciente reconsultó en 2018 por un nuevo episodio orientado como herpes simple sobreinfectado. Tras el interrogatorio refirió que había estado usando una barra labial. Por tal motivo se repitieron las pruebas epicutáneas que fueron positivas de nuevo a las 96h para bálsamo del Perú, diazolidil urea e imidazolidinil urea, y de productos propios para aceite del árbol del te ++, aceite bergamota ++ y barra labial propia +++ (Neutrogena®, Johnson & Johnson). Dicha barra labial no contenía los alérgenos positivos por lo que se contactó con la casa comercial quienes facilitaron los ingredientes para realizar epicutáneas. Finalmente se diagnosticó de una quelitis de contacto alérgica a *Ricinus communis* que contenía su hidratante labial que mostró positividad a las 48h y 96h, complicando un herpes preexistente. El aceite de *Ricinus communis* (“castor oil”) es un aceite extraído de las semillas de la planta homónima cuyo componente y alérgeno principal es el ácido ricinoleico. Se incorpora a los cosméticos por su acción emoliente. Se cree que podría ser motivo frecuente de quelitis de contacto alérgica en usuarios de barras labiales, por lo que se debería sospechar y testar en los mismos.

### 37. FOTOSENSIBILIDAD EN PACIENTE POLIMEDICADO, UN RETO PARA EL DERMATÓLOGO

A. Santamarina Albertos, D. Ruiz Sánchez, E. Garabito Solovera, J. Valtueña Santamaría y P. Manchado López

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.*

**Antecedentes.** La fotosensibilización sistémica asociada a triflusal fue descrita por primera vez en 1987(2) y posteriormente se publicaron otros dos casos sugiriendo una reacción fotoalérgica de esta molécula y sus metabolitos (3-5). La capacidad fotosensibilizadora del triflusal parece residir en su grupo trifluorometilo (4).

**Objetivo.** Paciente de 66 años, con antecedentes personales de artritis psoriásica y cardiopatía isquémica. Presentaba lesiones de inicio 3 semanas antes en brazos, manos, cara y cuello tras segunda inyección de Humira® que fue tratado con loratadina y suspendiéndose dicho tratamiento biológico. Observamos lesiones intensamente eritematosas y descamativas, en algunas zonas fisuradas y algo exudativas, coincidentes con áreas fotoexpuestas.

**Método.** Se decidió inicio de corticoterapia oral y tópica, así como suspensión de rosuvastatina y enalapril y fotoprotección. A las tres semanas se aprecia mejoría, pero recidiva al disminuir dosis de corticoide oral. Se consultó con Cardiología la posibilidad de retirar Triflusal manteniendo Clopidogrel. Tras retirada del primero se consigue importante mejoría de las lesiones a los dos meses y resolución completa a los 4 meses que se mantiene en la actualidad.

**Resultado.** El fototest no mostró valores patológicos de UVB para su fototipo. En el fotoparche realizado por triplicado con Batería Europea ampliada de Chemotechnique, añadiendo parche de triflusal a 1% en vaselina y en solución, se obtuvo reacción (++) a triflusal 1% en vaselina a las 48h en el lado irradiado con UVB sin reacción en lado irradiado con UVA.

**Conclusión.** García Rodiño et al. documentaron un caso de fotosensibilización a triflusal sin respuesta positiva a UVA pero sí a UVB, similar al que presentamos. En otros fármacos como griseofulvina, clordiazepóxido y difenhidramina también se ha descrito mayor sensibilidad a UVB. Aportamos un nuevo caso de fotosensibilización a triflusal y consideramos importante dar a conocer su potencial sensibilizante dada su frecuencia de uso entre otros en cardiopatía isquémica por la necesidad de doble antiagregación.

### 38. EL PACIENTE OBEDIENTE

R. García Castro, A.M. González Pérez, V. Velasco Tirado, A. Viñolas Cuadros, C. Román Curto y M. González de Arriba

*Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Antecedentes.** Los eczemas de contacto, especialmente en sus formas crónicas, constituyen una patología altamente frecuente y en muchas ocasiones con mal pronóstico de resolución, dado que el paciente puede no entender o llegar a evitar todos los factores desencadenantes. No obstante, la ausencia de mejoría en el "paciente obediente" que sigue estrictamente nuestras recomendaciones debe motivarnos a estudiar alérgenos más infrecuentes en otras fuentes de exposición.

**Objetivo.** Presentamos dos casos que ilustran esta situación y el papel que corresponde al dermatólogo.

**Método.** Casos clínicos. Varón de 70 años jardinero consultaba por eczema crónico de manos y cara en áreas fotoexpuestas. Las pruebas epicutáneas demostraron positividad para níquel, cromo, cobalto, carbas, tiuram, pesticidas (TMTD) y corticoides (betametasona, clobetasol). Dada la persistencia de lesiones en regiones fotoexpuestas a pesar de tratamiento correcto y conductas evitativas supuestamente adecuadas, se insistió en fotoprotección estricta y tras cambio de tratamiento corticoideo, las lesiones mejoraron pero persistían. Mujer de 36 años consultaba por melasma. Se recomendó tratamiento con hidroquinona al 4% complementado con ISDIN FotoUltra Active Unify®. Meses después, es derivada nuevamente por lesiones en párpados y cara.

**Resultado.** La alergia y fotoalergia a protectores solares ha ido en aumento en los últimos años debido a la mayor concienciación y uso de filtros solares, siendo además una prescripción rutinaria por parte del dermatólogo. Junto a los clásicos como la benzofenona y el octocrileno, se reportan casos de sensibilización a cinamatos y otros no tan frecuentes en filtros solares como el resorcinol.

**Conclusión.** El dermatólogo debe permanecer alerta para continuar investigando sensibilizaciones a nuevos alérgenos cada vez más frecuentes en nuevos filtros solares, a pesar de haber realizado un estudio aparentemente amplio y adecuado, permitiendo así un diagnóstico correcto.

### 39. TINTES TEXTILES, AÚN MUCHO POR ESTUDIAR. REVISIÓN GEIDAC

I. Figueras Nart<sup>a</sup>, B. García Bravo<sup>b</sup>, F. Heras Mendaza<sup>c</sup>, D. Guimaraens Juanena<sup>d</sup>, M.E. Gattica Ortega<sup>e</sup>, V. Fernández Redondo<sup>f</sup>, T. Sanz Sánchez<sup>g</sup>, A.M. Giménez Arnau<sup>h</sup>, J.F. Silvestre Salvador<sup>i</sup>, R. González Pérez<sup>j</sup>, L. Borrego Hernando<sup>k</sup>, P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>l</sup>, P. Mercader García<sup>m</sup>, I. Ruíz González<sup>n</sup>, J.C. Armario Hita<sup>o</sup> y E. Serra Baldrich<sup>p</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. <sup>b</sup>Hospital Virgen de la Macarena. <sup>c</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz. <sup>d</sup>Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. <sup>e</sup>Hospital Virgen del Valle. <sup>f</sup>Hospital Gil Casares. Complejo Universitario de Santiago. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. <sup>h</sup>Hospital del Mar. Parc Salut Mar. <sup>i</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>j</sup>Hospital Universitario Araba. <sup>k</sup>Hospital Universitario Insular. <sup>l</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca. <sup>m</sup>Hospital Morales Meseguer. <sup>n</sup>Hospital de León. <sup>o</sup>Hospital Puerta del Real. <sup>p</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. España.

**Antecedentes.** Los tintes dispersos (TD) son los más utilizados y los que generalmente se añaden a las fibras sintéticas. Es conocido el potencial que presentan estos TD para inducir dermatitis de contacto alérgica, motivo por el cual en 2015 se incluyó el mix de TD en la batería estándar europea de pruebas epicutáneas.

**Objetivo.** Investigar los resultados de la aplicación de la nueva batería en los pacientes con sospecha de DCA parcheados por los miembros del GEIDAC en 2016.

**Método.** De entre un total de 3525 pacientes parcheados en 15 hospitales españoles, a 139 se les aplicó mix de tintes dispersos (MTD) al 6,6%. Este consiste en Disperse Blue 35, Disperse Yellow 3, Disperse Orange 1 y 3, y Disperse Red 1 y 17, todos al 1,0%, y Disperse Blue 106 y Disperse Blue 124, cada uno al 0,3%. A 69 pacientes, además, se les parcheó los ocho tintes por separado.

**Resultado.** Un 3,5% de los pacientes estudiados presentaron positividad para el MTD (un 89,2% de entre todos a los que se les aplicó el mix). Sesenta y seis de los pacientes (53,2%) con positividad para el MTD presentaron, simultáneamente, positividad para p-fenilenediamina. El alérgeno más frecuentemente aislado entre los pacientes con positividad en el MTD fue el Disperse Orange 3 (38% de los pacientes en los que se les parchearon los tintes por separado). La relevancia de la alergia de contacto se reportó solo en 45 casos (32,3%) siendo relevante en 13 de los casos (28,8%).

**Conclusión.** Nuestros hallazgos coinciden con los publicados en la literatura, con una tasa de alergia de contacto a MTD del 3,5%. Por este motivo creemos que la adición del MTD en la serie estándar europea está justificada y fue adecuada.

### 40. DERMATITIS POR SLIME

M. Blanco Calvo, A. Huerta Vena, F.E. Rojas Farias, E. Esteban Garrido, A. Hernández Núñez, C. Martínez Morán, A.A. Garrido Ríos, S. Córdoba y J. Borbujo

*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Antecedentes.** Niña de 10 años con síndrome de Tourette y TDAH, que presenta lesiones en palmas de ambas manos de 2 meses de evolución, refractarias a corticoides tópicos de mediana potencia. Presentaba en palmas y caras palmares de dedos de ambas manos intenso eritema y descamación, con borde claramente definido que se extendía discretamente hacia dorsal en los espacios interdigitales. Se realizó tratamiento con corticoterapia oral y emolientes con mejoría clínica importante, sin embargo refería empeoramiento al hacer y manejar “slime” (con detergente de la ropa “Ariel” y pegamento-cola blanca, en alguna ocasión con “Fairy”). Como pruebas complementarias se solicitó un hemograma y bioquímica que no presentaron alteraciones y se parcheó la batería estándar del GEI-DAC con positividad a las 96 horas a kathon CG (MCI/MI) y metilisotiazolinona (MI), que se consideraron relevantes.

**Objetivo.** El “slime” se ha vuelto popular como un juguete para niños en los últimos años y generalmente se fabrica en casa con varias sustancias domésticas, fundamentalmente detergentes, colas, agua, con posibilidad luego de personalizar el producto con otras sustancias como colorantes, tintes, espuma de afeitar... para modificar su textura y color. Se conoce la capacidad irritante y sensibilizante de las sustancias utilizadas para su fabricación, sin embargo los casos reportados de dermatitis alérgica de contacto inducida por el “slime” han aparecido recientemente.

**Resultado.** El “slime” contiene varios productos químicos que pueden irritar o causar una dermatitis de contacto por hipersensibilidad de tipo IV. En Internet existe la posibilidad de encontrar gran variedad de recetas con múltiples productos para su fabricación casera. En nuestro caso consideramos que el detergente utilizado, que contenía MI, fue el responsable del cuadro clínico.

**Conclusión.** Queremos destacar la posibilidad de nuevas y curiosas fuentes de exposición a alérgenos conocidos. La anamnesis sigue siendo una herramienta fundamental en la investigación de la dermatitis de contacto.

#### 41. URTICARIA DE CONTACTO A ALIMENTOS: IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS

A.M. González Pérez, R. García Castro, V. Velasco Tirado, A. Viñolas Cuadros, C. Román Curto y M. González de Arriba

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Antecedentes.** Las reacciones adversas cutáneas a alimentos ocurren tanto en contexto ocupacional como no ocupacional y pueden presentarse de diversas formas entre las que se encuentran la urticaria de contacto (UC) y la dermatitis de contacto por proteínas (DCP). Clínicamente ambas entidades se caracterizan por prurito tras el contacto con el agente causante, si bien morfológicamente la DCP se presenta como eccema subagudo o crónico y la UC como habones evanescentes. A diferencia de otras dermatitis de contacto, la positividad en las pruebas epicutáneas es infrecuente por lo que su diagnóstico se basa en la realización de prick test.

**Objetivo.** Presentamos tres casos de urticaria de contacto a alimentos: dos a la patata y uno al langostino.

**Método.** Estudio descriptivo de tres casos.

**Resultado.** Las tres pacientes eran mujeres y consultaban por eritema y prurito intensos al contactar con los alimentos antes mencionados. Ninguna tenía antecedentes de dermatitis atópica y no presentaban sintomatología oral o sistémica a la ingesta. Se realizó prick-by-prick, que fue negativo en dos de las pacientes, seguido de rubbing test que permitió confirmar el diagnóstico en un caso. El uso de guantes al manipular el alimento causante mejoró la clínica en la paciente en la que ambas pruebas fueron negativas.

**Conclusión.** Diferenciar DCP de UC y, dentro de la UC, la inmunológica (asociada en algunos casos con afectación sistémica) de la no inmunológica (en la que la afectación sistémica es infrecuente) no siempre es sencillo. El prick test es una herramienta diagnóstica

esencial en ambos cuadros, ya que las pruebas epicutáneas suelen ser negativas. Su relevancia es especialmente destacable en el caso de la UC ya que en su variante no inmunológica, a diferencia de la inmunológica, suele ser negativo y nos permite asimismo descartar posibles reacciones cruzadas con otras sustancias como el látex.

#### 42. PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON BENZISOTIAZOLINONA Y OCTILISOTIAZOLINONA EN PACIENTES CONSECUTIVOS (2014-2019)

M.A. Pastor Nieto<sup>a</sup>, M.E. Gatica-Ortega<sup>b</sup>, J. Martínez Mariscal<sup>a</sup>, P. Cobo Martínez<sup>a</sup>, I. Checa Recio<sup>a</sup>, R. Gil Redondo<sup>a</sup>, R. Pérez Mesonero<sup>a</sup>, P. González Muñoz<sup>a</sup>, A. Martín Fuentes<sup>a</sup>, A. Vergara Sánchez<sup>a</sup>, C. Sánchez Herreros<sup>a</sup>, E. Jiménez Blázquez<sup>a</sup>, O. Mazuelas Díez<sup>a</sup>, L. Hernández Caballero<sup>a</sup> y E. de Eusebio Murillo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. <sup>b</sup>Hospital Virgen de La Salud. Toledo. España.*

**Antecedentes.** En los últimos años hemos asistido a una epidemia global de dermatitis alérgica de contacto a metilisotiazolinona y metilisotiazolinona-metilcloroisotiazolinona en cosméticos, limpiadores domésticos y pinturas plásticas. De forma esporádica se han descrito casos de sensibilización a benzisotiazolinona y octilisotiazolinona en pinturas, limpiadores, objetos de cuero, guantes de vinilo, alfombras y adhesivos.

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de sensibilización a benzisotiazolinona y octilisotiazolinona en el período de estudio. Determinar la frecuencia con la que se objetivaba una sensibilización simultánea a metilisotiazolinona y/o metilisotiazolinona-metilcloroisotiazolinona, así como los otros alérgenos de la serie estándar. Evaluar las posibles fuentes de exposición y la relevancia de los resultados positivos.

**Método.** Se evalúan los resultados de realizar pruebas de contacto sistemáticas con benzisotiazolinona y octilisotiazolinona en pacientes consecutivos en los últimos 5 años (desde 2014). Se calcula la frecuencia de sensibilización simultánea a otros alérgenos de la serie estándar, en particular la metilisotiazolinona y metilisotiazolinona-metilcloroisotiazolinona. Se revisan en las historias clínicas los datos relativos a características demográficas de la población sensibilizada, las localizaciones anatómicas afectadas con mayor frecuencia, fuentes de exposición, intensidad de las positividad, su posible relevancia, así como la reproducibilidad de los resultados en los casos en los que se repiten las pruebas.

**Resultado.** Estudio en curso.

**Conclusión.** Los resultados preliminares muestran una frecuencia elevada de reacciones en la prueba de parche con benzisotiazolinona, si bien en más de la mitad de los casos se objetivan reacciones dudosas o irritativas. La relevancia de las positividad suele ser difícil de establecer por tratarse de compuestos muy extendidos y la frecuente sensibilización simultánea a otros múltiples alérgenos. Las fuentes de exposición más comunes son los productos de limpieza doméstica, en particular detergentes y suavizantes de la ropa. Las reacciones a octilisotiazolinona son mucho menos frecuentes si bien suelen ser más intensas y parecen asociarse a sensibilización con metilisotiazolinona con mayor frecuencia.

#### 43. LESIONES AMPOLLOSAS TRAS CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA

A. Mateos Mayo<sup>a</sup>, A. Sánchez Herrero<sup>a</sup>, L.A. Nieto Benito<sup>a</sup>, A.M. Rosell Díez<sup>a</sup>, I. Balaguer Franch<sup>a</sup>, E. Hernández de la Torre Ruiz<sup>a</sup>, A. Ruedas Martínez<sup>a</sup>, V. Parra Blanco<sup>b</sup>, P.T. Vilas Boas da Silva<sup>a</sup> y R. Suárez Fernández<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción.** La aparición de lesiones ampollas sobre una cicatriz quirúrgica reciente de cirugía protésica incluye en el diagnóstico diferencial el eccema agudo alérgico de contacto al material protésico, así como otras enfermedades que pueden cursar con ampollas localizadas como la celulitis o las enfermedades ampollas autoinmunes.

**Caso clínico.** Mujer de 77 años, con antecedente de hipotiroidismo, hipertensión arterial e insuficiencia renal, valorada debido a la aparición de lesiones ampollas en la rodilla un mes después de someterse a una cirugía con colocación de prótesis en dicha rodilla. Con la sospecha de eccema alérgico de contacto al material protésico, se inició tratamiento con corticoide tópico inicialmente y posteriormente corticoide oral, con mejoría clínica. Las pruebas de contacto para batería estándar y específica de prótesis mostraron resultados negativos. Seis meses después, la paciente comenzó con lesiones ampollas generalizadas con base urticariforme.

**Método.** Con la sospecha de penfigoide ampolloso (PA) se realizó biopsia cutánea con inmunofluorescencia y ELISA, con resultados compatibles con PA.

**Discusión.** El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollas autoinmune caracterizada por la presencia de ampollas subepidérmicas junto a un infiltrado eosinofílico. Aunque suele tener una distribución generalizada, existe una forma poco frecuente de penfigoide localizado. Este subtipo puede aparecer en lugares donde previamente ha habido una infección como un herpes zóster o un traumatismo como una cirugía. Se ha descrito en la literatura la aparición de PA sobre cicatrices de hernioplastia, accesos de hemodiálisis o injerto cutáneo entre otros. En la mayoría de los casos se presenta con lesiones localizadas, que pueden generalizarse posteriormente. Para explicar este hecho, se ha propuesto la posibilidad de un fenómeno de Koebner sobre un posible PA subclínico.

#### 46. ENFERMEDAD DEL SUERO POR RITUXIMAB

P. Mercader García

*Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Antecedentes.** La enfermedad del suero es un tipo de reacción inmunitaria mediada por inmunocomplejos que se describió a principios del siglo XX después de la infusión de suero heterólogo de animales para el tratamiento de distintas enfermedades, posteriormente se han descrito casos de reacciones tipo enfermedad del suero con diferentes tipos de fármacos que no contienen suero de animales. En los últimos años la aparición de fármacos biológicos, cuyos principales componentes son proteínas, ha hecho que este tipo de reacción se vea con más frecuencia.

**Objetivo.** Revisar las características clínicas de la enfermedad del suero y sus principales diagnósticos diferenciales, sobre todo en los casos que se relacionan con la administración de fármacos biológicos.

**Método.** Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía.

**Resultado.** Mujer de 82 años con linfoma marginal esplénico que acudió al hospital por un cuadro de fiebre, erupción cutánea de morfología urticarial y artralgias, dos días después de la segunda infusión de rituximab para el tratamiento de su linfoma. Las lesiones fueron mejorando de forma progresiva durante una semana hasta la remisión total del cuadro. No ha presentado recidiva de las lesiones durante su seguimiento.

**Conclusión.** Las características clínicas de la enfermedad del suero permiten distinguirla con facilidad de otras reacciones anafilactoides o alérgicas asociadas a la administración de fármacos biológicos. Está reacción se ha asociado sobre todo con el rituximab, pero se han descrito casos con otros medicamentos biológicos como el infliximab o el omalizumab. Aunque es una reacción que tiende a resolverse de forma espontánea, si no se reconoce de forma adecuada y se repite la administración del medicamento los pacientes pueden presentar complicaciones sistémicas.

#### 47. PULPITIS DE CONTACTO POR ACRILATOS POR ADHESIVO DE LÁMINAS PROTECTORAS PARA MÓVILES

C. Valenzuela Oñate, J. Magdaleno Tapial, A. Martínez Domenech, M. García Legaz Martínez, C. Sierra Talamantes, A. García Rabasco, A. Pérez Ferriols y V. Zaragoza Ninet

*Consorti Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes.** Los acrilatos y metacrilatos son polímeros formados por monómeros derivados del ácido acrílico o ácido metacrílico, siendo estos una conocida causa de dermatitis alérgica de contacto (DAC). Esta causa de sensibilización, observada clásicamente en profesionales como dentistas y protésicos dentales, ha causado en los últimos años una verdadera epidemia entre esteticistas y usuarios de uñas acrílicas.

**Objetivo.** Presentamos un caso de DAC por acrilatos con un origen no previamente descrito.

**Método.** Datos recopilados de la historia clínica.

**Resultado.** Mujer de 23 años referida a la consulta de alergia cutánea por lesiones eccematosas de 3 semanas de evolución con predominio en los pulpejos de los tres primeros dedos de ambas manos, observándose también compromiso de caras laterales de los dedos restantes. La paciente trabajaba en una tienda de accesorios para móviles y manipulaba de forma diaria un adhesivo para láminas protectoras que precisaba luz UV para su polimerización. Nunca había utilizado uñas artificiales ni trabajado aplicando las mismas. Las pruebas epicutáneas con batería estándar del GEIDAC y batería de acrilatos Martitor reveló un parche positivo para 2-hydroxypropylmethacrylate de relevancia presente.

**Conclusión.** El contacto con monómeros de ácido acrílico previo a la polimerización, o un proceso de polimerización incompleta parecen ser responsables de la mayoría de los casos de DAC. De forma similar a los casos descritos en esteticistas, la clínica de nuestra paciente era de eccema subagudo localizado en los pulpejos de los dedos. La sensibilización observada en nuestro caso fue originada por el adhesivo de las láminas protectoras de móviles. De forma similar a lo que ocurre con las uñas artificiales, esta causa de DAC podría afectar tanto a profesionales como a usuarios, por la existencia de kits de uso domiciliario. Aunque se trata del primer caso descrito, debido al amplio uso de estos productos podríamos encontrarnos ante una nueva fuente epidémica de sensibilización.

#### 48. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FOTOPROTECTOR BB CREAM EN PACIENTE POLISENSIBILIZADA A TINOSORB S, SCUTELLARIA BAICALENSIS Y OTROS ALÉRGENOS MUY POCO COMUNES

L. Luna Bastante<sup>a</sup>, M.E. Gatica Ortega<sup>a</sup>, M.A. Pastor Nieto<sup>b</sup>, B.A. Gómez Dorado<sup>a</sup>, L. Vergara Campa<sup>a</sup>, L. Alonso Naranjo<sup>a</sup>, L. Carbonero Jiménez<sup>a</sup>, D. Mateos Moreno<sup>a</sup> y C. Pérez Hortet<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Guadalajara. España.*

**Antecedentes.** El eccema con localización en los párpados es una patología frecuente y la dermatitis alérgica de contacto (DAC) es la primera causa identificada.

**Objetivo.** Identificar sensibilizaciones causantes de eczema en los párpados.

**Método.** Paciente de 39 años consultó por eczema en párpados de dos años de evolución. Realizó tratamiento con corticoides tópicos y orales y pimecrolimus con buena respuesta transitoria.

**Resultado.** Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, de perfumes y aromas y 45 productos propios. Se observó positividad en 2 de sus propios productos: Anthélios® ultra

antiirritaciones BB cream con color y maquillaje larga duración Deliplus®. Posteriormente se realizaron con los componentes desglosados de estos dos productos positivos: bis-ethylhexyloxyphenol methoxyphenyl triazine (Tinosorb® S) 5% pet. y Scutellaria baicalensis root extract 0.2% fueron positivos en Anthélios® y propylene glycol; Talc / CI 77491/ Hydrogen Dimethicone y Propylene Carbonate/ Cyclopentasiloxane / Disteardomonium Hectorite en maquillaje larga duración Deliplus®.

**Conclusión.** El presente caso pone de manifiesto varias ideas interesantes: el papel causal de los fotoprotectores en la dermatitis de contacto de localización palpebral. Las pruebas de parche sistemáticas con los productos propios aportados por los pacientes, así como con los ingredientes desglosados de productos que resulten positivos, como herramienta para identificar nuevos alérgenos en la industria cosmética. La rareza de los alérgenos identificados, en particular el Tinosorb S (bis-ethylhexyloxyphenol methoxyphenyl triazine), un filtro solar utilizado en Europa desde el año 2000 y 2 polímeros contenidos en el maquillaje de los que no hemos detectado casos publicados de sensibilización previa. En relación a Scutellaria baicalensis (SBE), planta utilizada en medicina tradicional china solo nos consta una publicación acerca de su capacidad sensibilizante.

#### 49. URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA ASOCIADA A ANGIOEDEMA-URTICARIA VIBRATORIA: BUENA RESPUESTA A OMALIZUMAB

M.E. Gatica Ortega<sup>a</sup>, M.A. Pastor Nieto<sup>b</sup>, I. Sánchez Matas<sup>a</sup>, O. García Olmedo<sup>a</sup>, I. Sánchez Moya<sup>a</sup>, L. Luna Bastante<sup>a</sup>, E. Molina Figueras<sup>a</sup>, Vergara de la Campa<sup>a</sup>, E. Martínez Lorenzo<sup>a</sup> y C. Pérez Hortet<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Guadalajara. España.

**Antecedentes.** La urticaria crónica espontánea (UCE) se asocia a con urticaria crónica inducible (UCIndu), incluidas urticaria por presión, colinérgica y dermatografismo, con una frecuencia variable de hasta un 45%.

**Objetivo.** Estudio de un caso clínico de UCIndu tipo angioedema-urticaria vibratoria (A/UV) asociada a UCE.

**Método.** Se presenta el caso de un varón de 39 años de edad, trabajador de la construcción, con antecedente de asma que, en años previos, había sido tratado con omalizumab con mejoría y remisión tras pérdida ponderal importante (47kg en 2 años). El paciente fue remitido a nuestra consulta por presentar lesiones de UCE de cuatro años de evolución que, en ocasiones se asociaba a edema de pies y manos (tras tareas manuales o apoyarse sobre escaleras) sin síntomas sistémicos asociados. El cuadro se había iniciado con posterioridad a la suspensión de omalizumab. El paciente refería imposibilidad para trabajar con taladros y martillo neumático por el edema y la dificultad para mover las manos. Previamente al inicio de la clínica no había presentado dificultades para desarrollar esta actividad. Se inició tratamiento con omalizumab por refractariedad a dosis intensificadas de antihistamínicos observándose respuesta completa en 24 horas y pudiendo utilizar taladros sin dificultad a partir de ese momento.

**Resultados.** Las pruebas de provocación con Fric test y test de peso fueron negativas. La prueba de vórtex desencadenó prurito intenso, aumento del perímetro del antebrazo, aumento de temperatura y habones puntiformes.

**Conclusión.** Se trata de un caso con importante repercusión laboral. El interrogatorio sistemático sobre UCIndu y test de provocación son imprescindibles en todos los pacientes con UCE. No es lo más habitual observar habones en la prueba de vórtex en el angioedema vibratorio. Son escasas las publicaciones previas sobre la asociación entre A/UV y UCE. Omalizumab puede ser eficaz en A/UV.

#### 50. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MEZCLA DE COLORANTES TEXTILES (MCT) EN EL ECZEMA DE CONTACTO ALÉRGICO (ECA)

A. Vidal Navarro<sup>a</sup>, E. López Trujillo<sup>a</sup>, A. Bergada<sup>b</sup>, R.M. Pujol<sup>b</sup> y A.M. Giménez Arnau<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. IMIM. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>b</sup>Hospital del Mar. IMIM. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

**Antecedentes.** La alergia por colorantes textiles es frecuente, estando implicados los colorantes dispersos, actualmente no incluidos en las series basales. La p-fenilendiamina (PPD) se considera marcador de eczema por colorantes textiles siendo inútil para identificar e.g. el color azul como responsable. Se han propuesto distintas MCT. **Objetivo.** Investigar la utilidad de la epicutánea MCTChem® en el diagnóstico etiológico de ECA, la reactividad simultánea con la PPD y los colorantes implicados.

**Método.** A 1792 pacientes consecutivos (agosto-2015/mayo-2019) se realizaron epicutáneas con la serie basal (incluyendo PPD) y con MCTChem® al 6,6%, compuesta por azul disperso 35, amarillo disperso 3, naranja disperso 1 y 3, rojo disperso 1 y 17, todos al 1%. así como azul disperso 106 y azul disperso 124 al 0,3%. Ante una MCT y/o PPD positiva se parchó la serie textil de Chemotechnique® (STChem®).

**Resultado.** La MCT fue positiva en 47 pacientes (2,6%) (32 mujeres y 15 hombres) de edad media 50,5 años, antecedentes de atopía en un 28% y evolución media del eczema de 18,3 meses. Veinticuatro mostraban varias zonas anatómicas afectas mayoritariamente, tronco (n=18) y cuero cabelludo (n=12). Treinta cuatro (72,3%) pacientes MCT positivos también tenían PPD positiva. De ellos 16 de 17 que se estudiaron con STChem® mostraron positividad para: naranja disperso 3 (n=16), naranja disperso 1 (n=3), rojo disperso 1 (n=4) y rojo disperso 17 (n=2). En los 13 (27,6%) casos MCT positivos y PPD negativo, la STChem® mostró positividad en 5 de los 6 pacientes estudiados observándose el azul disperso 106 (n= 3), azul disperso 85 (n=1 y azul disperso 124 (n= 5).

**Conclusión.** El 2,6% de positividad justificaría la incorporación de la MCT a la serie basal. La MCT permite identificar reactividad cruzada o concomitante con la PPD así como sensibilización por colorantes textiles independiente de la PPD.

#### 51. DERMATITIS PERSISTENTE FACIAL EN PACIENTE ATÓPICA TRATADA CON DUPILUMAB

M.A. Pastor-Nieto<sup>a</sup>, A. Vergara Sánchez<sup>a</sup>, P. Cobo Rodríguez<sup>a</sup>, A. Martín Fuentes<sup>a</sup>, J. Martínez Mariscal<sup>a</sup>, I. Checa Díez<sup>a</sup>, C. Sánchez Herreros<sup>a</sup>, E. Jiménez Blázquez<sup>a</sup>, P. González Muñoz<sup>a</sup>, M.E. Gatica Ortega<sup>b</sup> y E. de Eusebio Murillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Guadalajara. <sup>b</sup>Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

**Objetivo.** Evaluar una paciente con dermatitis atópica con excelente respuesta a dupilumab con blanqueamiento de tronco y extremidades, pero con áreas localizadas de dermatitis persistente en cara y estudiar una posible dermatitis de contacto alérgica subyacente. **Método.** Se realizaron pruebas de contacto (baterías estándar, cosméticos y productos de cuidado personal) sin interrumpir el tratamiento. Se evaluó la intensidad de las reacciones y se realizó un seguimiento para determinar su relevancia.

**Resultado.** Se obtuvieron positividad de 1+ en D2 y D4 para mezcla de fragancias, colofonía, bálsamo de Perú, tocoferol y varios cosméticos personales incluido un fotoprotector con tocoferol objetivándose mejoría con la evitación. Otros alérgenos positivos en D2 se negativizaron en D4, lo cual se interpretó como una inhibición de las pruebas por el tratamiento.

**Conclusión.** Un consenso reciente recomienda realizar pruebas epicutáneas a los atópicos graves previamente a instaurar tratamien-

tos sistémicos. Frecuentemente, las pruebas epicutáneas no son factibles por la inflamación difusa (riesgo de falsos positivos), o por los inmunosupresores (riesgo de falsos negativos). Las pruebas deberían realizarse al inicio o, al menos durante el tratamiento con dupilumab, en particular en aquellos pacientes con respuestas parciales o con “dermatitis persistentes”. Nuestro caso ilustra que es posible detectar sensibilización a alérgenos relevantes durante este tratamiento si bien se puede inhibir la prueba con algunos alérgenos Th2-específicos. En nuestra opinión, la práctica de realizar pruebas epicutáneas podría tener un impacto positivo en el pronóstico de estos pacientes.

## 52. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR AZINA DE ACETOFENONA EN ESPINILLERAS

E. Vergara de Caso, L. Schneller Pavelescu, P. Álvarez Chinchilla, M.J. Sánchez Pujol, A. Docampo Simon y J.F. Silvestre Salvador

*Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.*

**Antecedentes.** La azina de acetofenona (AA) es una molécula con propiedades antimicrobianas contenida en la goma EVA (GEVA). Ha sido recientemente identificado como un potente sensibilizante de contacto en espinilleras, zapatillas y chanclas. Hay solo 5 casos publicados de dermatitis de contacto alérgica (DCA) por AA, todos

los casos son severos. Presentamos, hasta nuestro conocimiento, el primer caso en España de DCA por AA.

**Resultado.** Niño de 7 años, sano, que consulta por cuadro de eccema generalizado de 1 mes de evolución, que había comenzado en cara anterior de ambas piernas; y que el paciente asociaba al uso de unas espinilleras nuevas para jugar fútbol. Al mes del inicio, el cuadro se había generalizado. El paciente había tenido además una reagudización con el uso de unas zapatillas deportivas nuevas. Ambas prendas deportivas estaban recubiertas de GEVA en la superficie que contactaba con la piel. Realizamos tratamiento con corticoterapia tópica y sistémica, y medidas de evitación, con lo que el paciente evoluciona favorablemente. Parcheamos con batería estándar del GEIDAC, que resultó negativa y, dado el parecido de nuestro caso con los casos publicados de DCA por AA, parcheamos con AA disuelto en acetona en distintas concentraciones (0,001, 0,01, 0,1 y 1%), que fue positiva para todas las concentraciones a excepción de 0,001%. No parcheamos productos propios por que el paciente los había desechado. Se diagnosticó DCA por AA. Se recomienda medidas de evitación, con lo que el paciente no presentó nuevos brotes.

**Conclusión.** AA es un alérgeno de contacto potente y emergente. Suele causar DCA severa con generalización secundaria. El dato clave es el contacto estrecho con GEVA. Creemos que sería suficiente parchear con una concentración al 0,1% en acetona. Estimamos que es necesario concienciar a los dermatólogos de su existencia y alertar sobre este nuevo alérgeno a las autoridades sanitarias.