

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Máculas eritematosas en la cara, el cuello y el escote

Facial and neckline erythematous macules

Sofía Olivares Blanco¹, Juan Pedro Russo², Eugenia Miraglia³ y Roxana Maradeo⁴

¹ Médica Residente

² Médico Dermatólogo

³ Jefa de Residentes

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Sofía Olivares Blanco

Correo electrónico: olivaresblanco@outlook.com

Fecha de trabajo recibido:

Fecha de trabajo aceptado:

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (2): 90-92

CASO CLÍNICO

Una paciente de 36 años, residente en una zona rural y sin antecedentes patológicos relevantes, fue derivada para el estudio de una dermatosis inespecífica persistente de 8 meses de evolución.

En el examen físico presentaba máculas eritematosas de localización exclusiva en el rostro, el cuello y el área del escote, que parecían relacionadas con la fotoexposición, ya que respetaban las zonas protegidas. Las lesiones eran pruriginosas, levemente descamativas y dejaban recortes de piel sana (Fotos 1 y 2). La

paciente fue tratada previamente con corticosteroides e inhibidores de calcineurina tópicos, corticosteroides sistémicos, antihistamínicos y fotoprotección, sin respuesta.

El estudio histopatológico de la lesión del cuello informó: leve hiperqueratosis con paraqueratosis focal en la epidermis. En la dermis, papilomatosis irregular, vasodilatación y densos infiltrados linfocitarios. No había evidencia de granulomas específicos ni acúmulos linfocitos. No se observaban atipias.



FOTOS 1 y 2: Máculas eritematosas en el rostro, el cuello y el área del escote.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

Los exámenes de laboratorio de rutina e inmunológico solicitados resultaron dentro de los parámetros normales.

Se realizó una prueba de fotoparche con batería europea de fotoalérgenos extendida en dos juegos a cada lado del dorso y se irradió uno de ellos, con posteriores lecturas negativas.

También se realizó la testificación de alérgenos con parches epicutáneos con la batería de alérgenos estándar latinoamericana. Se observó a las 48 y 96 horas reacción positiva (++) a la resina de tosilamida formaldehído (Foto 3).



FOTO 3: Prueba del parche positiva a la tosilamida formaldehído (antes TSFR).

DIAGNÓSTICO

Dermatitis alérgica de contacto a la resina de tosilamida formaldehído: dermatitis alérgica de contacto al esmalte de uñas.

EVOLUCIÓN

Se le aconsejó a la paciente evitar la exposición a esmaltes, se le indicó el uso de emolientes y se le dieron pautas higiénicas. El cuadro se resolvió en pocas semanas, sin nuevas recurrencias hasta la fecha (Foto 4).

FOTO 3: Prueba del parche positiva a la tosilamida formaldehído (antes TSFR).

COMENTARIOS

La dermatitis alérgica de contacto al esmalte de uñas se debe, en la mayoría de los casos, a una resina denominada tosilamida formaldehído (antes conocida como *toluene sulfonamide-formaldehyde resin*, TSFR), cuya función es aumentar la resistencia, el brillo y la fijación de los esmaltes o lacas para uñas¹⁻⁴.

Se estima que alrededor del 1% al 3% de la población general es alérgica a los esmaltes de uñas, de la cual la mayor proporción de personas se encuentran sensibilizadas a la resina tosilamida formaldehído.^{1,4-6} Sin embargo, en los últimos años se ha notado una disminución en la prevalencia de la dermatitis alérgica de contacto relacionada con esa resina, debido a la mayor producción y comercialización de esmaltes de uñas libres de ella, así como una mayor sensibilización a otros componentes, entre los que se destaca el acrilato.^{7,8}

Los denominados endurecedores de uñas, usados comúnmente para la fragilidad ungular, tienen una mayor concentración de tosilamida formaldehído, lo que favorecería la sensibilización a esta tras su uso. Esto podría explicar la aparición súbita de la dermatitis alérgica de contacto en personas sin antecedentes alérgicos a los esmaltes de uñas.²

Suele presentarse clínicamente como máculas eritematosas con descamación fina en el rostro, la cara lateral del cuello o la parte superior del tórax. En la cara, las regiones más comprometidas son la perioral y los párpados.^{4,5} La afectación periungueal es más frecuente con el uso de uñas artificiales en pacientes alérgicos al acrilato.⁸ Sin embargo, puede haber afectación en cualquier localización debido a la transferencia inadvertida de la resina a otras zonas corporales, lo que puede dificultar la sospecha clínica.^{5,6}

El diagnóstico se confirma con la prueba epicutánea de parches, utilizando una batería de alérgenos estándar latinoamericana. Esta contiene los alérgenos o haptenos responsables de las dermatitis alérgicas de contacto al esmalte de uñas, incluida la resina de tosilamida formaldehído, y se aplica sobre la espalda con parches epicutáneos. De acuerdo con los criterios del Grupo Internacional de Investigación de Dermatitis de Contacto, se realiza una lectura a las 48 horas y una segunda a las 96 horas. Debe considerarse la severidad de la reacción positiva en una escala de 1 a 3: (+) eritema, infiltrado y pápulas; (++) eritema, infiltrado, pápulas y vesículas, y (+++) extenso eritema, infiltrado, pápulas y vesículas.^{4,9} Estos resultados deben interpretarse según la relevancia clínica con la dermatitis actual.

En caso de sospecha clínica de dermatitis alérgica de contacto a los acrilatos en relación con distintas técnicas de esmaltado semipermanente, deberá agregarse a la prueba hidroxietil metacrilato (HEMA), el cual detecta alrededor del 90% de estos casos.¹⁰

Los pilares del tratamiento se basan en el cese de la exposición al producto ofensor y medidas que ayuden a restaurar la barrera cutánea, lo que en muchos casos es suficiente para lograr la resolución del cuadro al cabo de 4 a 6 semanas.⁸

La presentación clínica de la dermatitis de contacto alérgica puede simular otras dermatosis y debe sospecharse en casos de dermatitis inespecífica recurrente o persistente, incluso en pacientes sin antecedentes alérgicos conocidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sainio EL, Engstrom K, Henriks-Eckerman ML, Kanerva L. Ingredients allergenic in nail polishes. *Contact Dermatitis* 1997;37:155-162.
2. De Wit FS, Groot AC, Weylan JW, Bos JD. An outbreak of contact dermatitis from toluenesulfonamide formaldehyde resin in a nail hardener. *Contact Dermatitis* 1988;18:280-283.
3. De Groot AC, Weijland JW. Conversion of common names of cosmetic allergens to the INCI nomenclature. *Contact Dermatitis* 1997;37:145-150.
4. Núñez R, Toro AM. Dermatitis alérgica de contacto a la resina tolueno sulfonamida formaldehído. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2009;17:230-232.
5. Lazzarini R, Duarte I, de Farias DC, Santos CA, et al. Frequency and main sites of allergic contact dermatitis caused by nail varnish. *Dermatitis* 2008;19:319-322.
6. Hausen B M, Milbrodt M, Koenig WA. The allergens of nail polish. Allergenic constituents of common nail polish and toluenesulfonamide-formaldehyde resin (TS-F-R). *Contact Dermatitis* 1995;33:157-164.
7. Lee S, Maor D, Palmer A, Nixon RL. Declining prevalence of allergic contact dermatitis caused by tosylamide formaldehyde resin in nail polish. *Contact Dermatitis* 2018;1-2.
8. Yokota M, Thong H, Hoffman CA, Maibach HI. Allergic contact dermatitis caused by tosylamide formaldehyde resin in nail varnish: an old allergen that has not disappeared. *Contact Dermatitis* 2007;57:277.
9. Wilkinson DS, Fregert S, Magnusson B, Bandmann HJ, et al. Terminology of contact dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1970;50:287-292.
10. Gonçalo M, Pinho A, Agner T, Andersen KE, et al. Allergic contact dermatitis caused by nail acrylates in Europe. *Contact Dermatitis* 2017;78:254-260.

PERLAS

Alberto Woscoff

Profesor Consulto Titular de Dermatología (Universidad de Buenos Aires). Maestro de la Dermatología Argentina.

DICLOFENAC Y CARDIOPATÍAS

En dermatología el empleo de antiinflamatorios (AINE) es frecuente. En Dinamarca se estudiaron 1370832 pacientes que iniciaron tratamiento con diclofenac, 3878454 con ibuprofeno, 291490 con naproxeno, 764781 con paracetamol, y 1303209 de control, sin antecedentes cardiológicos. Comparando con los que no iniciaron ningún tratamiento, a los 30 días un 50% aumentó el riesgo de cardiopatías con diclofenac, un 20% con ibuprofeno o paracetamol y un 30% con naproxeno. Los riesgos cardiacos fueron fibrilación auricular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ACV, todos ellos aun con bajas dosis de diclofenac. El riesgo de sangrado gastrointestinal fue superior al de otros AINE. No se justifica iniciar tratamiento con diclofenac cuando se indican AINE.

Schmidt M, Sorensen HT, Pedersen L. Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies. *BMJ* 2018; 362: k3426.

DERMATITIS ATÓPICA.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Las medidas generales son esenciales en los niños atópicos con trastornos del sueño (47-60%). Incluyen: hidratación cutánea, control de la inflamación, tratamiento de las superinfecciones, evitar la televisión, los teléfonos y la cafeína al menos 30 minutos antes de acostarse. En lo referente a la terapéutica: antihistamínicos de primera generación en dosis apropiada alternando, para evitar la tolerancia, con melatonina y doxepina.

Patel D, Levoska M, Shwayder. Managing sleep disturbances in children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2018; 35: 428-433.

VITILIGO. COMORBILIDADES

Revisión de las publicaciones referentes al tema. Se agrupan en autoinmunes, sistémicas y dermatológicas, con sus respectivos percentiles. Tiroideopatías, alopecia areata, diabetes mellitus, anemia pernicio-

sa, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, enfermedad de Addison, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, esclerodermia y anomalías oculares y auditivas. Entre las dermatológicas, psoriasis y dermatitis atópica. Dahir AM, Thomsen SF. Comorbidities in vitiligo: comprehensive review. *Int J Dermatol* 2018; 57: 1157-116

LIQUEN PLANOPILARIS. COMORBILIDADES

El liquen planopilaris es una rara forma de alopecia cicatricial mediada por linfocitos, posiblemente autoinmune. Revisión de 334 pacientes entre los años 2000 y 2016. Las comorbilidades fueron tiroiditis de Hashimoto, hipotiroidismo e hirsutismo. No hubo asociaciones con rinitis alérgica, DBT 2, hiperlipidemia, deficiencia de vitamina D₂, depresión o trastornos del sueño.

Brankov N, Conic RZ, Atanaskova-Mesinkovska N, Piliang M, et al. Comorbid conditions in lichen planopilaris: A retrospective data analysis of 334 patients. *Int J Womens Dermatol* 2018; 4: 180-184.