

Dermatitis de contacto purpúrica secundaria al calzado

Purpuric contact dermatitis from footwear

María Laura Marchese,¹ Corina Busso,² Alicia Cannavó,³ Lena Eimer⁴ y Javier Anaya⁵

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 73 años que consultó por lesiones pruriginosas en plantas de 6 meses de evolución. Al examen físico presentaba placas eritematopurpúricas, de bordes bien definidos, que afectaban ambas plantas, en forma simétrica sobre las zonas de apoyo. Se realizaron pruebas epicutáneas que fueron positivas para múltiples elementos del calzado (resina de paraterbutilfenol formaldehído, cromo, fenilisopropil-p-fenilendiamina, cobalto y la parafenilendiamina). Se arribó al diagnóstico de dermatitis de contacto purpúrica secundaria al calzado, una condición poco frecuente. Destacamos la importancia de la investigación de los alérgenos potencialmente implicados, ya que su prevención es el único tratamiento exitoso (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 354-357).

Palabras clave:

dermatitis de contacto purpúrica, pruebas del parche, calzados.

ABSTRACT

We present the case of a 73-year old otherwise healthy woman who presented with a 6-month history of pruritic lesions on the soles. On physical examination she had symmetrical, purpuric, erythematous plaques on her soles, involving those areas in straight contact with shoes, but sparing insteps. Epicutaneous tests were performed, they were positive to: para-tertiary butyl phenol formaldehyde resin, chromium, phenyl-p-phenylenediamine, cobalt and paraphenylenediamine. We arrived at the diagnosis of purpuric contact dermatitis secondary to footwear materials, a not commonly described condition. We highlight the importance of investigating the potentially involved allergens, as their avoidance is the only successful therapy (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 354-357).

Keywords:

purpuric contact dermatitis, patch tests, shoes.

Fecha de recepción: 12/09/2013 | Fecha de aprobación: 03/10/2013

¹ Médica residente de Dermatología

² Médica dermatóloga, magister en Investigaciones Clínicas y Farmacológicas de la Facultad de Ciencias Biomédicas y profesora adjunta de la cátedra de Dermatología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral

³ Médica dermatóloga, coordinadora del Capítulo Dermatitis por Contacto, Colegio Iberoamericano de Dermatología

⁴ Médica dermatóloga. Médica de planta

⁵ Médico especialista en anatomía patológica

Departamento de Clínica Médica, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Austral, Universidad Austral, Pilar, Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: María Laura Marchese. mmarches@cas.austral.edu.ar

Caso clínico

Paciente femenina de 73 años que consultó por lesiones pruriginosas en plantas, de seis meses de evolución. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, sin mejoría. Al examen físico presentaba placas eritematopurpúricas, de bordes bien definidos, que afectaban ambas plantas en forma simétrica sobre las zonas de apoyo. Respetaban los arcos plantares internos (foto1) y se extendían al dorso del segundo, tercer, cuarto y quinto dedos de ambos pies. Zonas de queratodermia en áreas de apoyo, sobre todo en metatarso, completaban el cuadro clínico (foto 2). Con diagnóstico presuntivo de dermatitis de contacto y hasta tanto se completaran los estudios correspondientes, se indicó meprednisona 16 mg/día y fexofenadina 180 mg/día, que no logró remisión alguna de las lesiones. Se tomó una biopsia de piel que reveló cambios vacuolares de interfase, aislada disqueratosis y focos de espongirosis con exocitosis linfocitaria. En dermis se evidenciaron infiltrados linfocitarios perivasculares superficiales y extravasación eritrocitaria (foto 3). Se interpretó como una dermatitis de contacto purpúrica probablemente secundaria a materiales del calzado. Se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar de alérgenos, batería de colorantes textiles y con dos pares de calzado de la paciente: tanto la primera lectura –a las 48 horas– como la segunda –a las 96 horas– fueron positivas a: 1) resina de parater-butilfenol formaldehído, elemento que se utiliza como pegamento del calzado; 2) cromo, metal que se usa en la industria del cuero; 3) fenilisopropil-p-fenilendiamina (IPPD), antioxidante que se halla en el caucho negro; 4) cobalto, presente en objetos metálicos niquelados y 5) parafenilendiamina (PPDA), elemento que se encuentra en colorantes de la goma, el cuero y en tinturas de pelo (foto 4).

De acuerdo con estos resultados, se le indicó a la paciente evitar elementos metálicos, de cuero, con goma negra o pegamento con la resina mencionada. Asimismo se le advirtió sobre sustancias que podrían tener reacciones cruzadas con la parafenilendiamina: aminas aromáticas (presentes en las tinturas para el pelo), anestésicos locales como benzocaína y procaína, ácido paraminobenzoico y derivados (presentes en filtros solares), ácido paraminosalicílico (presente en adhesivos de plásticos y gomas) y sulfamidas. Además, se le entregó un listado de fábricas de calzado para pacientes alérgicos. La paciente evolucionó favorablemente, con franca mejoría en su calidad de vida.

Comentarios

La dermatitis de contacto secundaria al calzado es una



Foto 1. Placas eritematopurpúricas en plantas.



Foto 2. Placa eritematopurpúrica y queratodermia en planta derecha.

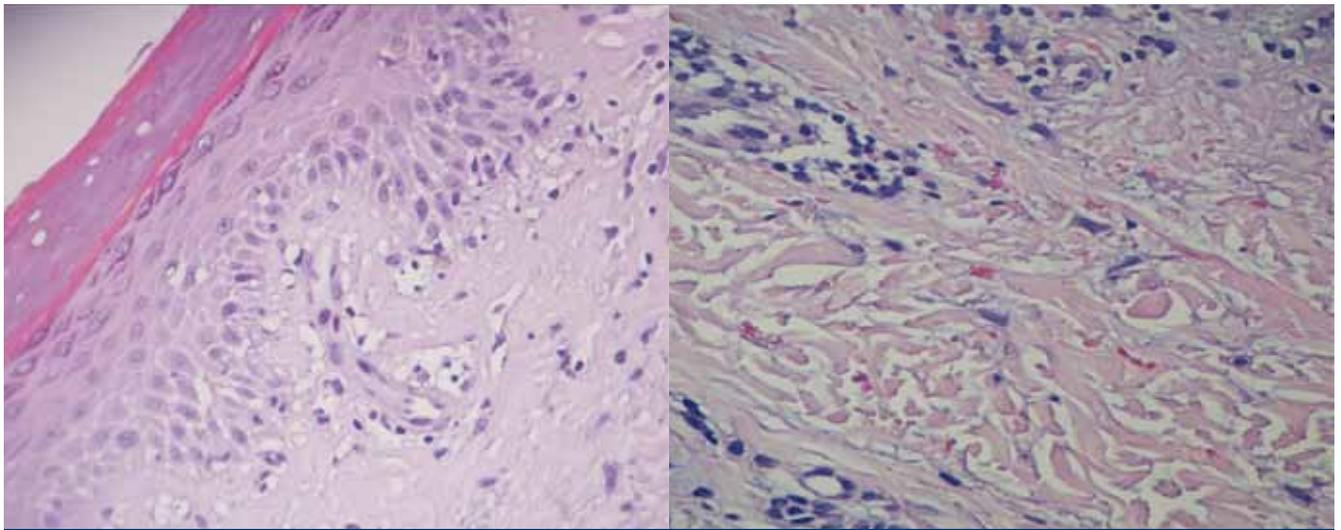


Foto 3. Cambios vacuolares de interfase, focos de espongiosis y extravasación eritrocitaria en dermis.

entidad relativamente frecuente; la prevalencia reportada entre las dermatitis de contacto es del 3,6% en Inglaterra y del 11,7% en India.¹⁻² Se la clasifica dentro del grupo de las dermatitis de contacto alérgicas (DCA), mediadas por un mecanismo inmunológico de hipersensibilidad retardada. Elementos como el cuero, hebillas metálicas, compuestos del caucho, pegamentos industriales y colorantes textiles son los principales potenciales alérgenos.^{1,3} La humedad, el calor y la fricción predisponen a la aparición de esta dermatitis,⁴ lo que explicaría su mayor prevalencia en países con climas cálidos.

Fisher *et ál.* en 1974 y Romaguera *et ál.* en 1989 fueron

los primeros en reportar casos de dermatitis de contacto purpúrica alérgica, una variante clínica dentro de las DCA poco frecuente. Ambos describieron un cuadro clínico que incluía prurito, petequias, púrpura y sensibilización positiva al IPPD (síndrome PPPP).^{5,6} También se han descrito casos similares secundarios a la tintura para el pelo como la PPDA, tinturas textiles,⁷ al cromo,⁸ resinas de epóxido y de formaldehído.⁹

La última publicación de un caso de dermatitis de contacto purpúrica secundaria al calzado, similar al descrito, fue en 2007. En ella se describe un paciente que presentó lesiones purpúricas de distribución simétrica en los pies luego del uso de botas de goma. En este caso la prueba del parche fue positiva sólo a componentes del caucho negro,¹⁰ a diferencia del caso descrito, que presentó positividad a múltiples alérgenos del calzado. En el caso que presentamos creemos que el alérgeno causante de la manifestación purpúrica es el IPPD, antioxidante que está presente en el caucho negro, ya que es el componente que más se ha asociado a la dermatitis de contacto purpúrica secundaria al calzado,¹¹ aunque el cromo y la PPDA pueden haber contribuido al cuadro clínico.^{8,12}

En cuanto al tratamiento, en primer lugar hay que evitar el contacto con las sustancias que provocan la reacción alérgica. En Europa y en los Estados Unidos cuentan con fábricas especializadas en realizar calzado hipoalérgico que no existen en la Argentina. También es necesario indicar medidas generales como el cambio frecuente de medias para evitar la humedad, ya que ésta aumenta la penetrancia de los elementos a la piel, y usar zapatos de madera o plástico. Estas medidas pueden mejorar las manifestaciones clínicas en un 50% de los casos.³



Foto 4. Pruebas epicutáneas positivas al cromo y cobalto.

Presentamos un caso de dermatitis de contacto purpúrica secundaria al calzado. Esta presentación se realiza precisamente porque la variante purpúrica es una manifestación clínica poco frecuente dentro de las DCA. Destacamos la importancia de la búsqueda de los alérgenos involucrados, ya que evitarlos es el único tratamiento eficaz.

Bibliografía

1. Warshaw E.M., Schram S.E., Belsito D.V., DeLeo V.A. *et ál.* Shoe allergens: Retrospective analysis of cross-sectional data from North American Contact Dermatitis Group, 2001-2004, *Dermatitis*, 2007, 18: 191-202.
2. Shackelford K.E., Belsito D.V. The etiology of allergic-appearing foot dermatitis: a 5 retrospective study, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2002, 47: 715-721.
3. Nardelli A., Taverine M., Drieghe J. The relation between the localization of foot dermatitis and the causative allergens in shoes: a 13-year retrospective study, *Contact Dermatitis*, 2005, 53: 201-206.
4. Saha M., Srinivas C.R., Shenoy S.D., Balachandran C. *et ál.* Footwear dermatitis, *Contact Dermatitis*, 1993, 28: 260-264.
5. Fisher A.A. Allergic petechial and purpuric rubber dermatitis: the PPPP syndrome, *Cutis*, 1974, 14: 25-27.
6. Romaguera C., Grimalt F., Vilalana J. Eczematous and purpuric allergic contact dermatitis from boots, *Contact Dermatitis*, 1989, 21: 269.
7. Lazarov A., Córdoba M. Pigmented purpuric contact dermatitis in patients with allergic reaction to textile dyes and resins, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2000, 14: 101-105.
8. Grange A., Roth B., Tortel M.C., Guillaume J.C. Chromium-induced vasculitis-like purpuric allergic contact dermatitis, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 2005, 132: 993-995.
9. Laurberg G., Christiansen J.V. Purpuric allergic contact dermatitis to epoxy resin, *Contact Dermatitis*, 1984, 11: 186-187.
10. Ghanshyam K., Nand S., Vikram K. Purpuric contact dermatitis from footwear, *Contact Dermatitis*, 2007, 56: 362-364.
11. Roed Petersen J., Clemmensen O.J., Menne T., Larsen E. Purpuric contact dermatitis from black rubber chemicals, *Contact Dermatitis*, 1988, 18: 166-168.
12. Shimunes E. Purpuric allergic contact dermatitis to paraphenylenediamine, *Contact Dermatitis*, 1978, 4: 225-229.

PERLAS DERMATOLÓGICAS

Finasteride y dutasteride

Boyapati A., Sinclair R. Combination therapy with finasteride and low-dose dutasteride in the treatment of androgenetic alopecia, *Australas J Dermatol.*, 2013, 54: 49-51.

Interesante observación de un paciente de 47 años con alopecia androgenética. Durante 4 años tomó finasteride 1 mg/día. A partir del segundo año disminuyó la respuesta con reducción de la densidad capilar. Al cuarto año y sin suspender el finasteride se indica dutasteride 0,5 mg/semanal. A los 3 meses, "dramático" aumento de la densidad capilar y crecimiento marcado del pelo. No hubo efectos secundarios.



1

Alberto Woscoff

Omalizumab en urticaria crónica

Armengot-Cabo M., Velasco-Pastor M., Rodrigo-Nicolás B., Pont-San Juan V. *et ál.* Omalizumab in chronic urticaria: a retrospective series of 15 cases, *Dermatol. Ther.*, 2013, 26: 257-259.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti IgE empleado para el tratamiento del asma alérgico severo. En 15 pacientes con urticaria crónica, sin respuesta a antihistamínicos, corticoides y ciclosporina, se administró omalizumab en dosis de 150-300 mg/d. El control a los 3 meses mostró que 3/15 respondieron en forma total, 9/15 parcial y en 3/15 no hubo respuesta. Los resultados concuerdan con otras observaciones.



2

Alberto Woscoff

La aldolasa predice la existencia de una miopatía subsecuente en la esclerosis sistémica

Toledano C., Gain M., Kettaneh A., Baudin B. *et ál.* *Arthritis Res. Ther.*, 2012, 14: R152. ..

La miopatía relacionada con la esclerosis sistémica (ES) es una complicación impredecible y discapacitante. Se trató de establecer el valor predictivo de la aldolasa sérica, la creatinquinasa, la alanina transaminasa alanina, la aspartato transaminasa y la proteína C reactiva.

Se estudiaron 137 pacientes con ES sin debilidad muscular proximal, de manera prospectiva y por un período de cuatro años. De las variables estudiadas, el aumento del nivel sérico de aldolasa detectó pacientes con ES con alto riesgo de desarrollar una miopatía. Esto ayudaría para iniciar el tratamiento precozmente y así evitar el daño muscular.



3

León Jaimovich