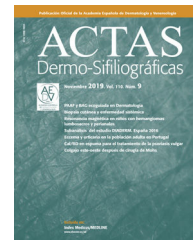




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Perfil epidemiológico, clínico y alérgico en pacientes con psoriasis. Evaluación del Registro Español de Dermatitis de Contacto (REIDAC)

J. Verdaguer-Faja^{a,*}, L. Borrego^b, P. Mercader-García^c, R. González Pérez^d, S. Córdoba-Guijarro^e, A.M. Giménez-Arnau^f, I. Ruiz-González^g, J. Miquel-Miquel^h, J.F. Silvestreⁱ, F.J. Ortiz de Frutos^j, F. Tous-Romero^j, T. Sanz Sánchez^k, M. Rodríguez-Serna^l, J. Sánchez-Pérez^m, E. Serra Baldrichⁿ, V. Zaragoza-Ninet^o, M.A. Pastor-Nieto^p, M.E. Gática-Ortega^q, A. Sánchez Gilo^r, G. Melé-Ninot^s, P. Sánchez-Pedreño Guillén^t, M. Munera-Campos^a, M.Á. Descalzo^u, I. García-Doval^u y J.M. Carrascosa^{a,v}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario Insular, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario De Araba, Universidad del País Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

^e Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

^f Servicio de Dermatología, Hospital del Mar, Research Institute, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^g Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^h Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

ⁱ Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, España

^j Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^k Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

^l Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^m Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

ⁿ Servicio de Dermatología, Hospital de La Santa Creu i San Pau, Barcelona, España

^o Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^p Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^q Servicio de Dermatología, Hospital Virgen del Valle Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^r Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos Móstoles, Móstoles, España

^s Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jverdaguera.fajag@germanstrias@gencat.cat (J. Verdaguer-Faja).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.009>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

^t Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^u Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana, Madrid, España

^v Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), IGTP, Barcelona, España

Recibido el 7 de septiembre de 2023; aceptado el 6 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Pruebas epicutáneas;
Eccema de contacto;
Eccema de contacto
alérgico;
ECA

KEYWORDS

Psoriasis;
Patch tests;
Contact dermatitis;
Allergic contact
dermatitis;
ACD

Resumen

Antecedentes: La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica en la que, por clínica y distribución topográfica, a menudo se plantea el diagnóstico diferencial o la asociación con el eccema de contacto alérgico (ECA), circunstancia que lleva a la realización de pruebas epicutáneas (PE). **Objetivos:** Describir el perfil epidemiológico, clínico y alérgico de los pacientes con diagnóstico primario o secundario de psoriasis sometidos a PE, y compararlos con aquellos con diagnóstico de ECA al final del circuito diagnóstico.

Métodos: Estudio transversal a partir de los datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto (REIDAC), entre 2018-2023, seleccionando los pacientes con diagnóstico de psoriasis y/o ECA.

Resultados: Se incluyeron 11.502 pacientes, de los cuales 513 presentaron el diagnóstico principal o secundario de psoriasis, 3.640 el de ECA y 108 fueron registrados con ambos diagnósticos. Los grupos con psoriasis, y psoriasis y ECA simultáneamente, presentaron una mayor proporción de varones, con lesiones predominantemente en las manos y escasa asociación con comorbilidades atópicas, respecto al grupo con ECA. El porcentaje de positividad en las PE con la batería española 2022 fue menor en los sujetos del grupo únicamente con psoriasis (27% de ellos). Los alérgenos más comunes en los pacientes con psoriasis fueron también los más habituales en la población general con ECA.

Conclusiones: En su conjunto, 36,2% de los pacientes con psoriasis presentó positividad en las PE con la batería española 2022. Aquellos con esta enfermedad mostraron mayor edad media, una proporción mayor de varones y mayor afectación de las manos, respecto al grupo con ECA. © 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Epidemiological, Clinical, and Allergic Profile of Psoriatic Patients. Evaluation of the Spanish Registry of Contact Dermatitis and Cutaneous Allergy (REIDAC)

Abstract

Background: Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis whose clinical and topographic distribution requires differential diagnosis, or the possible association with allergic contact dermatitis (ACD), requiring patch testing (PT) as part of the diagnostic procedure.

Objectives: To describe the epidemiological, clinical, and allergic profile of patients with a primary or secondary diagnosis of psoriasis undergoing PT and compare them with patients with a diagnosis of ACD at the end of the diagnostic process.

Methods: Cross-sectional study with data from REIDAC from 2018 through 2023 of selected patients with a diagnosis of psoriasis and/or ACD.

Results: A total of 11 502 patients were included, 513 of whom had been diagnosed with primary or secondary psoriasis, 3640 with ACD, and 108 with both diseases. Men were more predominant in the groups of patients with psoriasis, psoriasis + ACD, and lesions were more predominantly seen in the hands with little association with atopic factors vs the ACD group. The rate of positivity in PT to the 2022 Spanish battery of allergens was lower in the group with psoriasis only in 27% of the patients. The most common allergens found in the psoriasis group were also the most common ones found in the overall ACD population.

Conclusions: Overall, 36.2% of psoriatic patients tested positive in PT to the 2022 Spanish battery of allergens, which proved that this association is not uncommon. Overall, psoriatic patients had a higher mean age, were more predominantly men, and showed more hand involvement.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La psoriasis es una de las dermatosis inflamatorias crónicas más frecuentes, con una prevalencia en adultos de 0,14-1,92% a nivel mundial; siendo esta más alta en los países europeos, de 1,83-1,92%¹, así como en España, de 2,3%².

Tanto por clínica, distribución topográfica y sintomatología –en particular en las formas de psoriasis eccematosas y de localización palmoplantar– a menudo se plantea el diagnóstico diferencial o la asociación con el eccema de contacto alérgico (ECA), circunstancia que justifica la realización de pruebas epicutáneas (PE) como un procedimiento frecuente en el circuito diagnóstico³.

La descripción de los pacientes con psoriasis en los que se realizan PE para descartar ECA podría permitir mejorar el conocimiento de este perfil de sujetos y plantear estrategias de optimización en el diagnóstico y el manejo.

El objetivo de este estudio es describir el perfil epidemiológico, clínico y alérgico de los pacientes con diagnóstico de psoriasis sometidos a PE, y comparar a aquellos con el diagnóstico primario o secundario de psoriasis frente a los que no lo recibieron. Concretamente, se ha analizado este perfil con respecto a los sujetos que presentan un diagnóstico de ECA al final del circuito diagnóstico.

Material y métodos

Se ha realizado un análisis a partir de los datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto (REIDAC), un registro multicéntrico nacional prospectivo de pacientes que se someten a pruebas de parche. Para ello, se incluyeron todos aquellos registrados desde el primero de junio de 2018 hasta el 31 de enero de 2023.

El REIDAC es un registro centralizado desarrollado por el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) junto con la Unidad de Investigación de la Fundación Piel Sana y la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) que agrupa las principales Unidades de Dermatitis de Contacto de España. En el registro se recogieron de forma sucesiva las variables epidemiológicas, clínicas y alérgicas de los pacientes a los que se les realizaron PE en los centros incluidos⁴.

En este estudio, las variables recogidas fueron sexo, edad, localizaciones afectas, antecedente personal de dermatitis atópica u otras comorbilidades atópicas (asma, rinoconjuntivitis), profesión, asociación a factores laborales, duración de los síntomas, resultados de las PE con la batería española 2022 (positividad, grado de intensidad) y diagnóstico principal/secundario. Se atribuyó como ECA a los pacientes que estaban registrados como «ECA exclusivo», «ECA predominante» o «ECA contribuyente».

Las pruebas se realizaron según las recomendaciones de la *European Society of Contact Dermatitis* (ESCD)⁵. En el REIDAC, el estudio del ECA se efectúa mediante la batería estándar española y aquellas baterías complementarias y productos propios del paciente según el criterio clínico⁶. En este estudio solo se consideraron los datos procedentes de la batería estándar del GEIDAC.

Los pacientes incluidos se dividieron en tres grupos: aquellos con diagnóstico principal/secundario de psoriasis, los sujetos con diagnóstico de ECA y, finalmente los que recibieron ambos diagnósticos al final de la evaluación.

Se realizó un análisis descriptivo y se comparó el índice MOAHLFap de los grupos mediante la prueba de χ^2 . El índice MOAHLFap es un acrónimo que hace referencia a las iniciales en inglés de M: male, O: occupational dermatitis, A: atopic dermatitis, H: hand, L: leg, F: face, A: age > 40, y p: positivity rate (≥ 1 positive reaction). Este índice permite evaluar y comparar de forma rápida las características demográficas de la población evaluada. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Stata 17 (Stata Corp. 2021 Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC. Texas, EE.UU.).

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron PE a 11.502 pacientes, de los cuales 513 (4,5%) recibieron el diagnóstico principal o secundario de psoriasis, 3.640 (31,6%) el diagnóstico de ECA y 108 (0,9%) ambos simultáneamente (psoriasis + ECA). En total se incluyeron 2.972 (70%) mujeres, 11,7% de las cuales tenían psoriasis o psoriasis + ECA, y 1.288 (30%) varones, 21,2% de ellos con psoriasis o psoriasis + ECA. De los pacientes incluidos, n 2,5% compartían ambos diagnósticos.

La [tabla 1](#) muestra las características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis y psoriasis + ECA respecto al grupo control (ECA como único diagnóstico).

En las [tablas 2-4](#) se comparan los índices MOAHLFap de los grupos con psoriasis y psoriasis + ECA con los del grupo con ECA.

Los pacientes del grupo con psoriasis únicamente, respecto al conjunto con ECA, tuvieron mayor edad media y una mayor duración de los síntomas de forma previa a la realización de las PE. Destacaba, además, una mayor proporción de varones respecto al grupo control (45 vs. 28% en ECA; $p < 0,001$). En cuanto a la localización de las lesiones, pudo comprobarse un alto porcentaje de afectación de las manos en los pacientes con psoriasis (63 vs. 33% en ECA; $p < 0,001$), así como una menor afectación de la región facial (5 vs. 23% en ECA; $p < 0,001$), un menor número de comorbilidades atópicas y menor frecuencia de los antecedentes laborales como desencadenantes (3 vs. 18% en ECA; $p < 0,001$).

El grupo de psoriasis + ECA presentó, en global, unas características basales muy similares a los pacientes del grupo con psoriasis, con una mayor proporción de varones y escaso contexto atópico (aunque ambos no estadísticamente significativos, sí se observó esta tendencia), una mayor proporción de pacientes mayores de 40 años (84 vs. 67% en ECA; $p < 0,001$), así como una mayor afectación de manos (67 vs. 33% en ECA; $p < 0,001$) y menor afectación facial (10 vs. 23% en ECA; $p < 0,01$). No obstante, a diferencia del grupo únicamente con psoriasis, sí presentó una mayor proporción de factores laborales como desencadenantes (22 vs. 3% en psoriasis; $p < 0,001$).

El tiempo medio desde la aparición de las lesiones hasta la valoración fue de 24 meses en los pacientes únicamente

Tabla 1 Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis y psoriasis + ECA respecto al grupo control (ECA)

	Diagnóstico							
	ECA		PSO		PSO + ECA		Total	
	n	%	n	%			n	%
<i>Total de muestras parcheadas (n)</i>	3.640	100	513	100	108	100	4.261	100
<i>Sexo (M)</i>								
Hombre	1.015	28	233	45	40	37	1.288	30
<i>Factores laborales (O)</i>								
Sí	597	18	14	3	23	22	634	17
<i>Dermatitis atópica (A)</i>								
Sí	567	16	23	5	9	8	599	14
<i>Localización</i>								
<i>Manos (H)</i>								
Sí	1.196	33	323	63	72	67	1.591	37
<i>Piernas (L)</i>								
Sí	209	6	12	2	1	1	222	5
<i>Cara (F)</i>								
Sí	841	23	27	5	11	10	879	21
<i>EDAD</i>								
<i>Edad > 40 (A)</i>								
Sí	2.425	67	411	80	91	84	2.927	69
<i>Edad (media, DE)</i>	47,8	17,7	51,4	14,2	50,2	12,6	48,3	17,3
<i>Duración síntomas meses (mediana, Q1-Q3)</i>	12	(6-24)	24	(12-48)	12	(8-36)	12	(6-24)
COMORBILIDADES								
<i>Asma</i>								
Sí	358	10	36	7	13	12	407	10
<i>Rinoconjuntivitis</i>								
Sí	780	22	84	16	21	20	885	21

ECA: eccema de contacto alérgico; PSO: psoriasis; DE: desviación estándar.

Tabla 2 Comparación del índice MOAHLFAP de los pacientes con psoriasis y los pacientes con ECA

	ECA (n) %	PSO (n)%	OR (IC 95%)
Hombres (M)	(1.015) 28	(233) 45	2,17 (2,56-1,79) *
Factores laborales (O)	(597) 18	(14) 3	0,15 (0,09-0,26%) *
Dermatitis atópica (A)	(567) 16	(23) 5	0,25 (0,16-0,39) *
Manos (H)	(1.196) 33	(323) 63	3,50 (2,88-4,24) *
Piernas (L)	(209) 6	(12) 2	0,39 (0,22-0,71) **
Cara (F)	(841) 23	(27) 5	0,19 (0,12-0,27) *
Edad > 40 (A)	(2.425) 67	(411) 80	2,01 (1,60-2,53) *
Al menos un alérgeno positivo (p)	(2.959) 81	(139) 27	0,09 (0,07-0,11)**

ECA: eccema de contacto alérgico; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio; PSO: psoriasis.

* p < 0,001

** p < 0,01

con psoriasis y de 12 meses en los grupos con ECA y psoriasis + ECA.

Los antecedentes laborales de los pacientes parcheados se describen en la [tabla 5](#). No se encontraron diferencias por profesiones entre los grupos estudiados.

El porcentaje de positividades de la batería española 2022 en las PE fue significativamente menor en los pacientes únicamente con psoriasis: 27% (139) presentaron positividad para al menos un alérgeno, en comparación con 81% (2.959 pacientes) en el grupo con ECA (p < 0,01), y 80% en el

Tabla 3 Comparación del índice MOAHLFap de los pacientes con psoriasis + ECA y los pacientes con ECA

	ECA (n) %	PSO + ECA (n)%	OR (IC 95%)
Hombres (M)	(1.015) 28	(40) 37	1,52 (1,02-2,26)
Factores laborales (O)	(597) 18	(23) 22	1,42 (0,89-2,28)
Dermatitis atópica (A)	(567) 16	(9) 8	0,50 (0,25-0,99)
Manos (H)	(1.196) 33	(72) 67	4,07 (2,71-6,11) *
Piernas (L)	(209) 6	(1) 1	0,15 (0,02-1,10)
Cara (F)	(841) 23	(11) 10	0,38 (0,20-0,71)**
Edad > 40 (A)	(2.425) 67	(91) 84	2,65 (1,57-4,46) *
Al menos un alérgeno positivo (p)	(2.959) 81	(86) 80	0,90 (0,56-1,45)

ECA: eccema de contacto alérgico; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio; PSO: psoriasis.

* p < 0,001

** p < 0,01

Tabla 4 Comparación del índice MOAHLFap de los pacientes con psoriasis y los pacientes con psoriasis + ECA

	PSO + ECA (n)%	PSO (n)%	OR (IC 95%)
Hombres (M)	(40) 37	(233) 45	1,41 (0,92-2,17)
Factores laborales (O)	(23) 22	(14) 3	0,10 (0,05-0,21)*
Dermatitis atópica (A)	(9) 8%	(23) 5%	0,51 (0,23-1,13)
Manos (H)	(72) 67	(323) 63	0,86 (0,55-1,33)
Piernas (L)	(1) 1	(12) 2	2,57 (0,33-20)
Cara (F)	(11) 10	(27) 5	0,49 (0,24-1,03)
Edad > 40 (A)	(91) 84	(411) 80	0,76 (0,43-1,33)
Al menos un alérgeno positivo (p)	(86) 80	(139) 27	0,10 (0,06-0,16)*

ECA: eccema de contacto alérgico; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio; PSO: psoriasis.

* p < 0,001

Tabla 5 Antecedentes laborales de los pacientes parcheados

	Diagnóstico							
	ECA		PSO		PSO + ECA		Total	
	n	%	n	%			n	%
Total de pacientes parcheados (n)	3.640	100	513	100	108	100	4.261	100
Trabajo principal								
Jubilado	533	15	70	14	11	10	614	15
Estudiante	345	10	18	4	4	4	367	9
Ama/o de casa	339	10	42	8	11	10	392	9
Administrativos	397	11	67	13	13	12	477	11
Sanitario	267	8	32	6	8	7	307	7
Otros	1.672	47	269	54	60	56	2.001	48

ECA: eccema de contacto alérgico; PSO: psoriasis.

grupo con psoriasis + ECA ($p < 0,001$). Analizando de forma conjunta el grupo con psoriasis y el de psoriasis + ECA, se deduce un porcentaje global de positivities de la batería estándar, de todos los pacientes con psoriasis parcheados, de 36,2% (225).

En la [tabla 6](#) se muestra la batería completa de alérgenos y sus positivities de los tres grupos.

Los alérgenos de la serie estándar detectados con mayor frecuencia en los pacientes con psoriasis fueron el sulfato de níquel (15,5%), el cloruro de cobalto y la para-fenilendiamina (ambos 2,2%), hidroperóxidos de linalool (1,8%), el bálsamo de Perú (1,8%), el dicromato potá-

sico (1,6%), la metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (1,4%), mezcla de fragancias II (1,28%) y metilisotiazolinona (1,1%).

En el caso de los pacientes con psoriasis + ECA, los alérgenos detectados con mayor frecuencia fueron el sulfato de níquel (34,3%), la metilisotiazolinona (12%) y la metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (11,2%), 2-HEMA (2-hidroxietil metacrilato) (9,2%), el dicromato potásico (8,3%), hidroperóxidos de linalool (7,5%), el bálsamo de Perú y la mezcla de tiuranes (ambos 7,4%), la mezcla de carbas (6,6%) y el cloruro de cobalto, así como la para-fenilendiamina (ambos 6,5%).

Tabla 6 Batería completa de alérgenos, basada en la batería estándar 2022 del GEIDAC, y sus positividades, en el grupo de pacientes con psoriasis, el grupo con ECA y el grupo con psoriasis + ECA

Alérgenos	PSO		PSO + ECA		ECA	
	n	Pos. (+ / ++ / +++)	n	Pos. (+ / ++ / +++)	n	Pos. (+ / ++ / +++)
		n (%)		n (%)		n (%)
1. Sulfato de níquel	513	79 (15,49)	108	37 (34,26)	3.640	1.221 (33,92)
2. Alcoholes de la lanolina	513	1 (0,19)	108	1 (0,93)	3.640	44 (1,22)
3. Sulfato de neomicina	513	2 (0,39)	108	1 (0,93)	3.639	61 (1,68)
4. Dicromato potásico	513	8 (1,56)	108	9 (8,33)	3.639	230 (6,37)
5. Mezcla de caínas	304	2 (0,66)	72	0 (0)	2.540	43 (1,7)
6. Mezcla de fragancias I	513	3 (0,59)	108	6 (5,56)	3.640	336 (9,32)
7. Colofonia	513	2 (0,39)	108	2 (1,85)	3.640	108 (2,98)
8. Mezcla de parabenos	513	2 (0,39)	108	2 (1,85)	3.638	31 (0,85)
10. Bálsamo del Perú	513	9 (1,76)	108	8 (7,41)	3.640	241 (6,66)
12. Cloruro de cobalto	513	11 (2,15)	108	7 (6,48)	3.640	300 (8,3)
13. Resina de p-tert-butilfenol formaldehído	513	1 (0,2)	108	2 (1,85)	3.640	99 (2,73)
14. Resina epoxi	513	4 (0,78)	108	3 (2,78)	3.640	61 (1,68)
15. Mezcla de carbas	511	4 (0,78)	108	7 (6,6)	3.625	129 (3,58)
16. Mezcla de gomas negras/IPPD	513	3 (0,58)	108	1 (0,93)	3.640	68 (1,87)
17. Metilcloroisotiazolinona /metilisotiazolinona	439	6 (1,37)	89	10 (11,24)	3.030	336 (11,15)
18. Quaternium-15	513	1 (0,19)	108	2 (1,85)	3.640	66 (1,82)
20. Parafenilendiamina	513	11 (2,15)	108	7 (6,48)	3.639	300 (8,28)
21. Formaldehído	452	4 (0,88)	93	2 (2,17)	3.291	172 (5,25)
22. Mezcla de mercaptos	513	0 (0)	108	2 (1,85)	3.639	31 (0,85)
24. Mezcla de tiuranes	513	3 (0,58)	108	8 (7,41)	3.639	136 (3,74)
25. Diazolidinil urea	513	1 (0,19)	108	0 (0)	3.636	38 (1,05)
27. Pivalato de tixocortol	513	0 (0)	108	0 (0)	3.638	24 (0,66)
29. Imidazolidinil urea	513	0 (0)	108	1 (0,93)	3.636	31 (0,85)
30. Budesonida	513	3 (0,58)	108	1 (0,93)	3.639	59 (1,62)
32. Mercaptobenzotiazol	513	0 (0)	108	0 (0)	3.639	34 (0,93)
33. Metilisotiazolinona	467	5 (1,07)	95	11 (11,96)	3.373	574 (17,19)
35. Mezcla de fragancias II	470	6 (1,28)	96	4 (4,26)	3.371	248 (7,41)
38. 2-HEMA (2-hidroxietil metacrilato)	263	2 (0,76)	65	6 (9,23)	2.217	235 (10,62)
39. Mezcla de colorantes textiles («Textile dye mix»)	266	3 (1,13)	65	1 (1,56)	2.195	144 (6,6)
40. Hidroperóxidos de linalool	278	5 (1,83)	70	5 (7,46)	2.354	255 (11,16)
41. Hidroperóxido de limoneno	282	4 (1,43)	69	3 (4,48)	2.359	195 (8,45)

ECA: eccema de contacto alérgico; GEIDAC: Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea; PSO: psoriasis; Pos.: positividades

Discusión

Presentamos el perfil epidemiológico, clínico y alérgico de los pacientes con psoriasis parcheados, comparándolos con aquellos con ECA como grupo control. Los resultados evidencian que los grupos con psoriasis y con psoriasis + ECA presentan un perfil clínico y epidemiológico muy similar entre sí, con una mayor proporción de varones (respecto al global de pacientes parcheados en el REIDAC) y de sujetos mayores de 40 años, con lesiones predominantemente en las manos (63 y 67%, respectivamente), y escasos antecedentes atópicos asociados. Consideramos que puede tratarse de un perfil concreto de pacientes en los que el motivo de consulta plantea el diagnóstico diferencial entre el eccema de manos y la psoriasis palmoplantar, y que lleva a la realización de PE dentro del circuito diagnóstico. Los resultados de nuestro estudio sugieren que muchas de estas personas con afectación palmar serán, de hecho, consideradas psoriásicas al final del circuito diagnóstico; teniendo en cuenta que

solo 2,5% de los pacientes incluidos en el estudio recibieron ambos diagnósticos (psoriasis + ECA) simultáneamente, y que las PE con la batería estándar fueron negativas en 73% de los del grupo con psoriasis, en comparación con 19% del grupo con diagnóstico únicamente de ECA.

Del mismo modo, en el grupo con diagnóstico único de psoriasis debe destacarse la menor relación del motivo de consulta con antecedentes profesionales con respecto a aquellos con ECA o psoriasis + ECA, a pesar de haber una mayor afectación de las manos, circunstancia relevante en la consideración de la enfermedad como laboral o no y con implicaciones económicas.

La relación entre psoriasis y ECA ha sido objeto de debate, y la evidencia en la literatura actual sigue siendo limitada y heterogénea⁷⁻¹⁴. En general, la psoriasis no es una indicación de realización de PE. No obstante, este procedimiento puede ser de ayuda en el diagnóstico diferencial en algunos grupos seleccionados como en la psoriasis palmoplantar, especialmente ante lesiones persis-

tentes y resistentes al tratamiento, o pacientes con psoriasis tratados con biológicos que presenten lesiones cutáneas clínicamente sugestivas de dermatitis de contacto^{3,14-16}. De todos modos, es importante conocer que la asociación entre ECA y psoriasis es posible, independientemente de la controversia sobre si el ECA es realmente más o menos probable en pacientes con psoriasis^{3,9,10,12,17,18}.

Nuestros datos muestran 27% de positivities de la batería española en el grupo únicamente con psoriasis y 36,2% de positivities si consideramos de forma conjunta los grupos con psoriasis y psoriasis + ECA, resultados coherentes con el trabajo de Silverberg et al., donde aproximadamente un tercio de los sujetos con psoriasis presentaron positividad para al menos un alérgeno en las PE (32,7 vs. 57,8% en el resto de los pacientes parcheados)¹⁷.

Esta observación podría tener relación con el hecho de que, en el grupo de pacientes con psoriasis, las PE se realizan con vistas a descartar la existencia de un ECA concomitante o subyacente como parte del proceso diagnóstico, aun cuando se considere la psoriasis como la opción más probable en muchos casos.

Son escasos los estudios que describen la asociación entre psoriasis y ECA, así como las características de estos pacientes a partir de poblaciones amplias y representativas de ámbitos geográficos y laborales diferentes.

Dos estudios de la década de los 90 estimaron una prevalencia de ECA en pacientes con psoriasis vulgar en 20-27%^{7,8}. No obstante, estudios posteriores mostraron resultados dispares^{3,9-14}. En 2018, un estudio retrospectivo observacional de 30 años describió unas tasas de ECA similares entre el grupo de pacientes con psoriasis y el de control¹⁸. Más recientemente, el Grupo Americano de Dermatitis de Contacto revisó su experiencia clínica de 2001-2016, describiendo una menor proporción de ECA en pacientes con diagnóstico principal o secundario de psoriasis en comparación con aquellos sin esta patología (32,7 vs. 57,8%)¹⁷. Por otro lado, algunos autores defienden que los pacientes con psoriasis palmoplantar podrían tener una mayor proporción de ECA con respecto a aquellos con psoriasis vulgar sin afectación palmoplantar, sugiriendo el posible papel de la hipersensibilidad de contacto como factor desencadenante o agravante en este subgrupo, así como a una mayor resistencia al tratamiento^{3,13,15,16}. Vale la pena subrayar que este último subgrupo fue, precisamente, destacado en nuestra serie.

Pocos estudios analizan el perfil de alérgenos específico en los pacientes con psoriasis^{3,11,12,17-19}.

En nuestro estudio, en el perfil de positivities de los pacientes únicamente con psoriasis destaca la positividad para el sulfato de níquel (15,5% en psoriasis vs. 33,9% en ECA) y una menor positividad en conservantes/liberadores de formaldehído/perfumes, aunque cabe destacar que el número de pacientes con psoriasis en cada caso es pequeño. Sin embargo, en su conjunto, los alérgenos más comunes encontrados fueron también los más habituales en la población general con ECA, aunque todos los alérgenos fueron positivos con menos frecuencia en los pacientes con psoriasis. Por otro lado, los que tenían psoriasis + ECA presentaron un perfil de positivities superponible a aquellos con ECA, tanto en el tipo de alérgeno como en su frecuencia. Estos hallazgos

coinciden con los descritos en tres estudios retrospectivos más recientes basados en poblaciones amplias^{14,17,18}. Debe tenerse en cuenta que en el presente estudio solo se consideraron los alérgenos incluidos en la batería estándar del GEIDAC.

Cabe destacar que existen ciertas limitaciones en este estudio. La primera es el sesgo en la selección de la muestra, pues solo se han tenido en cuenta aquellos pacientes cuyo motivo de consulta ha impulsado a realizar PE. En segundo lugar, en los grupos de psoriasis solo se incluyeron aquellos pacientes en los que constaba la psoriasis como diagnóstico principal o secundario en el REIDAC, ya que el registro de los antecedentes de psoriasis no se incluye como variable en este último. Por otro lado, puede haber una sobrerrepresentación del subgrupo de psoriasis con afectación palmoplantar en comparación con otros tipos de psoriasis, dado que en muchas ocasiones en este subgrupo se realizan PE para el diagnóstico diferencial con el eccema de manos. Por todo esto, si bien el trabajo muestra la población estudiada mediante PE, los resultados no serían generalizables a todos los pacientes con psoriasis.

Debe considerarse que los centros participantes pertenecen al Sistema Nacional de Salud, por lo que se excluyen muchos pacientes del ámbito laboral valorados por las mutuas laborales, lo cual puede condicionar los resultados en cuanto a la exposición laboral. Finalmente, solo se incluyeron los alérgenos que se abordan en la batería estándar del GEIDAC. Este hecho puede explicar el porcentaje de negatividades descrito en los grupos con ECA y psoriasis + ECA, que podría deberse al hecho de que se trate de pacientes con al menos una positividad para un alérgeno no presente en la batería estándar, y que, por tanto, no haya sido incluido en este análisis. Aunque este hecho permite una homogeneidad entre los centros participantes, puede limitar la identificación de la sensibilización a alérgenos emergentes en los grupos en estudio.

Conclusión

Se presenta la caracterización de los pacientes parcheados en el REIDAC con diagnóstico de psoriasis. Se observa que 2,5% de estos comparten ambos diagnósticos, psoriasis + ECA, de forma simultánea. De todos los sujetos con diagnóstico de psoriasis, 36,2% presentan positividad para al menos un alérgeno, demostrando que esta asociación no es infrecuente. En global, los pacientes con psoriasis tienen una mayor edad media, una proporción mayor de varones y mayor afectación de las manos, con respecto al conjunto de ECA. El grupo únicamente con psoriasis presenta, además, menor sospecha laboral y menor porcentaje de positivities (27%).

El perfil de sensibilización fue similar en los grupos con psoriasis respecto a los pacientes con ECA, destacando la positividad para el sulfato de níquel como alérgeno más frecuente. Los resultados de este estudio permiten plantear, como objetivo plausible, determinar en qué medida la sensibilización de contacto encontrada en los pacientes con psoriasis, pudiera influir en la expresión clínica de la propia psoriasis.

Financiación

El REIDAC es un proyecto de la Academia Española de Dermatología (AEDV) / Fundación Piel Sana. Actualmente el REIDAC cuenta con la financiación del Ministerio de Sanidad de España a través de un convenio con la Agencia Española de Medicamentos Productos Sanitarios (AEMPS). El REIDAC acepta donaciones no condicionadas por la industria farmacéutica. Las empresas colaboradoras no participan, ni han participado, en la creación o gestión del proyecto. La recopilación, gestión, análisis, interpretación, publicación y revisión de los datos generados en el REIDAC es independiente de las fuentes de financiación públicas y privadas del proyecto. El REIDAC actualmente recibe apoyo financiero de Sanofi.

Conflicto de intereses

A.M. Giménez-Arnau tiene conflictos en relación con asesorías, becas o conferencias impartidas con las siguientes compañías: Ammirall, Amgen, AstraZeneca, Avene, Celldex, Escient Pharmaceuticals, Genentech, GSK, Instituto Carlos III-FEDER, Leo Pharma, Menarini, Mitsubishi Tanabe Pharma, Novartis, Sanofi-Regeneron, Servier, Thermo Fisher Scientific y Uriach Pharma/Neucor.

El resto de los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study on behalf of the Global Psoriasis Atlas. *BMJ*. 2020;369:m1590, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1590>.
2. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:504–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.12.008>.
3. Borrego L. [Indications for referral to a skin allergy unit]. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:417–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.03.001>.
4. Hernández-Fernández CP, Mercader-García P, Silvestre Salvador JF, Sánchez Pérez J, Fernández Redondo V, Miquel Miquel FJ, et al. Alérgenos candidatos para ser incluidos en la serie estándar española a partir de los datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112:798–805, <http://dx.doi.org/10.1016/J.AD.202105005>.
5. Uter W, Amario-Hita JC, Balato A, Ballmer-Weber B, Bauer A, Belloni Fortina A, et al. European Surveillance System on Contact Allergies (ESSCA): results with the European baseline series, 2013/14. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1516–25, <http://dx.doi.org/10.1111/JDV.14423>.
6. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, Bruze M, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. *Contact Dermatitis*. 2015;73:195–221, <http://dx.doi.org/10.1111/cod.12432>.
7. Fleming CJ, Burden AD. Contact allergy in psoriasis. *Contact Dermatitis*. 1997;36:274–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0536.1997.tb00226.x>.
8. Clark AR, Sherertz EF. The incidence of allergic contact dermatitis in patients with psoriasis vulgaris. *Am J Contact Dermat*. 1998;9:96–9.
9. Fedler R, Strömer K. Nickel sensitivity in atopics, psoriasis and healthy subjects. *Contact Dermatitis*. 1993;29:65–9, <http://dx.doi.org/10.1111/J.1600-0536.1993.TB03484.X>.
10. Bangsgaard N, Engkilde K, Thyssen JP, Linneberg A, Nielsen NH, Menné T, et al. Inverse relationship between contact allergy and psoriasis: results from a patient- and a population-based study. *Br J Dermatol*. 2009;161:1119–23, <http://dx.doi.org/10.1111/J.1365-2133.2009.09314.X>.
11. Jovanović M, Boza P, Karadaglić D, Brkić S, Petrović A, Mimica-Dukić N, et al. Contact Sensitivity in Patients with Psoriasis in Vojvodina. *Int Arch Allergy Immunol*. 2009;148:311–20, <http://dx.doi.org/10.1159/000170385>.
12. Barile M, Cozzani E, Anonide A, Usiglio D, Burrioni A, Guarrera M. Is contact allergy rare in psoriatics? *Contact Dermatitis*. 1996;35:113–4, <http://dx.doi.org/10.1111/J.1600-0536.1996.TB02309.X>.
13. Caca-Biljanovska N, V'lickova-Laskoska M, Balabanova-Stefanova M, Grivceva-Panovska V. Frequency of delayed-type hypersensitivity to contact allergens in palmo-plantar psoriasis. *Prilozi*. 2005;26:131–41.
14. García-Souto F, Lorente-Lavirgen AI, Bernabéu-Wittel J, Rojas C, Lorente R. Long-lasting contact dermatitis in patients with atopic dermatitis or psoriasis. *Australas J Dermatol*. 2020;61:342–5, <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.13367>.
15. Stănescu AMA, Cristea AMA, Bejan GC, Vieru M, Simionescu AA, Popescu FD. Allergic Contact Cell-Mediated Hypersensitivity in Psoriasis: A Narrative Minireview. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58:9149210, <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58070914>.
16. Al-Mutairi N, Abdalla TO, Nour TM. Resistant palmoplantar lesions in patients of psoriasis: Evaluation of the causes and comparison of the frequency of delayed-type hypersensitivity in patients without palm and sole lesions. *Med Princ Pract*. 2014;23:561–7, <http://dx.doi.org/10.1159/000365573>.
17. Silverberg JI, Hou A, DeKoven JG, Warshaw EM, Maibach HI, Atwater AR, et al. Prevalence and trend of allergen sensitization in patients referred for patch testing with a final diagnosis of psoriasis: North American Contact Dermatitis Group data, 2001–2016. *Contact Dermatitis*. 2021;85:435–45, <http://dx.doi.org/10.1111/cod.13877>.
18. Alwan W, Lynch M, McFadden J, White IR, Banerjee P. Patch testing in patients with psoriasis: results of a 30-year retrospective study. *Br J Dermatol*. 2018;178:559–60, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.15730>.
19. Malhotra V, Kaur I, Saraswat A, Kumar B. Frequency of patch-test positivity in patients with psoriasis: A prospective controlled study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:432–5, <http://dx.doi.org/10.1080/000155502762064566>.