

**XLII REUNIÓN DEL GRUPO  
ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN  
DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO**

*Puerto de Santa María, 30 de septiembre de 2000*

---

**PROGRAMA Y RESÚMENES**

---

**Sede:** Hotel Monasterio San Miguel

# XLII REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO

Puerto de Santa María, 30 de septiembre de 2000

## PROGRAMA

9,15 h. PRESENTACIÓN. *Dr. A. Miranda-Romero*. Secretario del GEIDC.

9,30-11,30 h. COMUNICACIONES

«KATHON CG E INDUSTRIA LÁCTEA», *por los Dres. Fernández Redondo V, Amrouni B, Monteagudo B, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

«DATOS DE INTERÉS SOBRE LOS ALERGENOS: NÍQUEL 2,5-5%, EUXYL K400 Y DISULFURO DE DIALILO», *por los Dres. Miranda-Romero A, Vega J, Torrero MV, Aragoneses H, García-Muñoz M*. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Valladolid.

«FOTODERMATITIS POR CONTACTO A ABOVENZONA (PARSOL 1789)», *por los Dres. Alomar A, Puig Ll, Vidal D*. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

«SÍNDROME DE BABOON. REVISIÓN DE 15 CASOS», *por los Dres. Sánchez-Pedreño P, Martínez J, Frías J, San Miguel T*. Servicios de Dermatología y Farmacia. Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia.

11,30-12,00 h. DESCANSO. CAFÉ.

12,00-13,45 h. COMUNICACIONES.

«REACCIONES AL COLOR ROJO DE LOS TATUAJES», *por los Dres. Polimón I, Ortiz J, Comunión A, Zarco C, Rodríguez Peralto JL, Iglesias L*. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

«DERMATITIS DE CONTACTO POR METACRILATOS EN ELECTRODO DE ELECTROESTIMULA-

CIÓN NEURAL TRANSCUTÁNEA (TENS)», *por los Dres. Alomar A, Puig Ll*. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

«DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PIGMENTADA POR PRÍMULA», *por los Dres. Miranda-Romero A, Marino JM, Bordel M<sup>a</sup>T, Vega J, García-Muñoz M*. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Valladolid.

«DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PROFESIONAL EN FLO- RISTAS», *por los Dres. Fernández Redondo V, Amrouni B, Monteagudo B, Toribio J*. Sección de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

«MEDICIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR MADRILEÑA: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN MARCHA», *por los Dres. Ortiz J, Guerra A, García MC, Zarco C, Iglesias L*. Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

14,30 h.

COMIDA DE TRABAJO

16,30 h.

COMUNICACIONES.

«DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR IOPIMAX<sup>®</sup>», *por los Dres. Silvestre JF, Carnero L, Ramón R, Guijarro J, Botella R*. Sección de Dermatología. Hospital General de Alicante.

«DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICO POR CROMO EN UN CERAMISTA JUBILADO», *por los Dres. Silvestre JF, Botella R, Belloch I, Albares MP, Vergara G*. Sección de Dermatología. Hospital General de Alicante.

21,00 h. CENA DE CLAUSURA. RESTAURANTE LOS PORTALES.

COMUNICACIONES

446 «KATHON CG E INDUSTRIA LÁCTEA», por los Dres. Fernández Redondo V, Amrouni B, Monteagudo B, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

El Kathon CG (5-cloro-2-metil-4-isotiazoolin-3-ona/2-metil-4-isotiazolina-3-ona) es un conservante de amplia difusión, siendo la fuente de exposición más frecuente los cosméticos y productos de aseo personal. En la industria puede sensibilizar a través de sistemas de refrigeración y es usado especialmente en industria papelera, fábricas textiles y aceites de corte.

Gratta y cols. (1) comunican los primeros casos de trabajadores de la industria láctea sensibilizados a biocidas presentes en la cadena de adaptación al consumo. En Galicia se transforma el 77% de la leche entregada y en nuestra área de incidencia se localizan tres industrias de ámbito nacional.

Nuestro caso clínico se correspondía con un trabajador, auxiliar de laboratorio (verificación de calidad) de industria láctea que presentaba de 2 meses de evolución lesiones en dorso de dedos y antebrazos compatibles con eczema de contacto. El sistema de protección empleado no presentaba cierre hermético y el paciente relacionaba su proceso con la introducción de un germicida (Bioasperse 50) en su trabajo habitual. Las pruebas epicutáneas realizadas con la serie estándar del GEIDC, así como la serie específica de aceites de corte, confirmó una sensibilización al Kathon CG. Posteriormente, la higienista industrial nos confirmó la presencia de dos moléculas de isotiazolina en el germicida, usado por su poder bactericida sobre bacterias sulfitorreductoras y férricas, hongos y algas.

La incidencia de sensibilización para el Kathon CG en nuestro hospital es del 1,6%, similar a lo que acontece en otras zonas geográficas (2), siendo los productos de aseo y cuidado personal los más implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grattan CE, Harman RR, Tan RS. Milk recorder dermatitis. *Contact Dermatitis* 1986;14:217-20.
2. Jacobs MC, White IR, Rycroft RJG, Taub N. Patch testing with preservatives at St Jhon's from 1982 to 1993. *Contact Dermatitis* 1995;33:247-54.

447 «DATOS DE INTERÉS SOBRE LOS ALERGENOS: NÍQUEL 2,5-5%, EUXYL K400 Y DISULFURO DE DIALILO», por los Dres. Miranda-Romero A, Vega J, Torrero MV, Aragoneses H, García-Muñoz M. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Valladolid.

Con la intención de comprobar que concentración es la adecuada para explorar la sensibilidad al níquel, utilizamos las dos concentraciones más empleadas: 2,5 y 5%. El total de pacientes estudiados fue 383, de los cuales 103 (26,9%) tuvieron reacciones positivas. A las dos concentraciones reaccionaron 84

pacientes (81,6%), mientras que 19 (18,4%) no mostraron reactividad a la concentración menor. La diferencia no es significativa, pero muestra que la concentración del 5% fue más sensible.

En 431 pacientes aplicamos el conservador Euxyl K400 y sus dos componentes, fenoxietanol y DBDB, para explorar la sensibilidad a estas sustancias. Encontramos 10 pacientes con respuestas positivas (2,3%), con Euxyl K400 positivo en ocho casos, uno de ellos con componentes negativos y dos casos con Euxyl negativo y componentes positivos. Nueve pacientes eran sensibles al DBDB y sólo dos al fenoxietanol. Recomendamos la utilización de este conservador con sus dos componentes en la serie estándar.

El disulfuro de dialilo es el alérgeno principal del ajo. Para comprobar su eficacia en detectar sensibilización a este alérgeno lo aplicamos en 238 pacientes, obteniendo 14 (5,9%) respuestas positivas, todas en mujeres. La forma clínica dominante fue la digitopulпитis (13 casos). Pensamos que es un alérgeno que por su frecuencia debe estar en la serie estándar.

448 «FOTODERMATITIS POR CONTACTO A ABOVENZONA (PARSOL 1789)», por los Dres. Alomar A, Puig L, Vidal D. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

ANTECEDENTES

La dermatitis de contacto y fotodermatitis de contacto a filtros solares representa una complicación frecuente derivada del empleo generalizado de fotoprotectores. En una serie reciente, se detectó sensibilización a fotoprotectores en casi el 8% de 355 pacientes consecutivos estudiados por sospecha de fotosensibilidad. El tipo de reacción predominante fueron las reacciones de fotocontacto y los alérgenos más frecuentes, la benzofenona-3, el isopropildibenzoilmetano (Eusolex 8020) y el butilmetoxidibenzoilmetano (Parsol 1789). Presentamos un caso de fotodermatitis de contacto por fotosensibilización a Parsol 1789.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 25 años consultó de urgencias en junio de 2000 por una «quemadura solar», que requirió una segunda visita en la que se efectuó el diagnóstico de probable fotodermatitis de contacto al observarse un patrón de eczema en tórax, mamas, párpados y pliegues cubitales. La paciente refería un episodio previo similar en 1998, estudiado en otro centro, practicándose epicutáneas positivas a tiomersal y negativas a la batería de filtros solares GEIDC y productos propios. La dermatitis respondió en una semana al tratamiento con prednisona oral 15 mg/d, prednicarbato tópico y antihistamínicos. Se practicaron pruebas epicutáneas la serie estándar GEIDC, conservantes Trolab, filtros solares Trolab y productos propios, con resultado positivo únicamente a tiomersal. Las pruebas de foto-parche resultaron positivas (-/++) a Parsol 1789 y un producto propio (Prevention Soleil Yves Rocher) que contenía Parsol 1789 según el envase.

COMENTARIO

M. Gonçalo y cols. han propuesto una sucesión cronológica de la epidemiología de la sensibilización a fotoprotectores relacionada con las sucesivas sustituciones de los mismos: en los años sesenta existió una primera epidemia debida a PABA, en

los ochenta una segunda epidemia debida a oxibenzonas y en los noventa una tercera epidemia debida a derivados del dibenzoiimetano, que se introdujo por su eficacia frente a los rayos UVA. La descripción de frecuentes sensibilizaciones al Eusolex 8020 llevó a su eventual retirada del mercado y a su sustitución por Parsol 1789 (USAN: avobenzona), cuya importancia como agente sensibilizante y especialmente fotosensibilizante parece estar aumentando. La evaluación de cualquier sospecha de sensibilización a fotoprotectores requiere la práctica de pruebas epicutáneas y de fotoparche para establecer el diagnóstico de foto-dermatitis por contacto, que es la variante más frecuente de sensibilización a los filtros solares (UVA) de reciente introducción, como ilustra nuestro caso. El estudio de las transformaciones químicas que se producen en estas moléculas de forma secundaria a la absorción de fotones UVA es importante, tanto desde el punto de vista de su potencial fotosensibilizante y posibles reacciones cruzadas como por lo que hace referencia a la fotomutabilidad y otros posibles efectos biológicos indeseables.

449 «SÍNDROME DE BABOON. REVISIÓN DE 15 CASOS», por los Dres. Sánchez-Pedreño P, Martínez J, Frías J, San Miguel T. Servicios de Dermatología y Farmacia. Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia.

Describimos 15 pacientes diagnosticados de exantema mercurial después de la rotura de un termómetro. El patrón de distribución de las lesiones corresponde al síndrome de Baboon, que fue descrito por Andersen y Hjorth en 1984.

Los 15 pacientes fueron observados en los dos últimos años, correspondiendo ocho de ellos al sexo femenino y siete al masculino. La edad de los pacientes osciló entre 18 meses y 18 años. El agente causal identificado en todos los casos fue la rotura de un termómetro. Diez pacientes referían sensibilidad previa a compuestos mercuriales, en los cinco casos restantes no se pudo constatar este dato. La vía de acceso de todos los pacientes al hospital fue en Servicio de Urgencias. Ninguno de los pacientes mostró sintomatología sistémica.

El síndrome de Baboon es una forma de dermatitis de contacto sistémica poco frecuente. Clínicamente se caracteriza por un exantema generalizado, con distribución preferente en nalgas, región anogenital, flexuras y párpados. Los mecanismos de sensibilización postulados son contacto directo con la piel, contacto aerotransportado y, finalmente, inhalación del mercurio. Además del mercurio se han descrito otros agentes responsables, como níquel, aditivos alimentarios y medicamentos como heparina, alopurinol, cimetidina, eritromicina, amoxicilina, aminofilina, tetracepam.

450 «REACCIONES AL COLOR ROJO DE LOS TATUAJES», por los Dres. Polimón I, Ortiz J, Comuñión A, Zarco C, Rodríguez Peralto JL, Iglesias L. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

## INTRODUCCIÓN

Se han descrito distintos tipos de complicaciones relacionadas con los tatuajes: infecciones y transmisión de enfermedades, aparición de enfermedades cutáneas sobre ellos como resultado de un fenómeno de isomorfismo, y distintos tipos de «reacciones a tatuajes», con más frecuencia asociadas al color rojo.

Dichas reacciones constituyen una patología infrecuente, teniendo en consideración el gran número de tatuajes que se realizan.

## CASOS CLÍNICOS

Presentamos cinco casos de reacciones al color rojo de los tatuajes, tres en mujeres y dos en hombres. El tiempo transcurrido entre la realización de los mismos y la aparición de los síntomas varió entre pocos días y 4 años, aunque en tres de ellos aparecieron al mes de su realización. Los cinco se presentaron con una clínica similar consistente en prurito intenso y sobre-elevación de las zonas coloreadas en rojo. El estudio histológico mostró una reacción de tipo liquenoide en tres de ellos, una dermatitis espongiótica en otro y una hiperplasia pseudoepiteliomatosa en el último. Se realizaron pruebas epicutáneas en tres de ellos, encontrando únicamente en uno positividad a la tinta con la que se le había realizado el tatuaje.

## DISCUSIÓN

Las reacciones al color rojo de los tatuajes son bien conocidas, habiendo casos descritos en la literatura desde los años treinta. Sin embargo, estos primeros casos estaban relacionados con la utilización de derivados mercuriales como pigmentos. Por ello se comenzaron a utilizar sales férricas y de cadmio, así como pigmentos orgánicos. Pese a ello continúan apareciendo dichas reacciones. El patrón histológico más frecuente es el liquenoide, siendo la clínica inespecífica, y en la mayoría no se ha podido demostrar un solo agente causal, teniendo las pruebas epicutáneas muy baja sensibilidad.

451 «DERMATITIS DE CONTACTO POR METACRILATOS EN ELECTRODO DE ELECTROESTIMULACIÓN NEURAL TRANSCUTÁNEA (TENS)», por los Dres. Alomar A, Puig Ll. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

## ANTECEDENTES

La estimulación neural eléctrica por vía transcutánea (TENS) representa una modalidad terapéutica de reciente introducción y creciente popularidad en el tratamiento de la angina de pecho inestable y/o resistente al tratamiento médico. La aplicación de electrodos de electroestimulación, con esta o cualquier otra de sus posibles indicaciones analgésicas, se asocia con la posible aparición de dermatitis por contacto, que ya en 1978 Fisher clasificaba en quemaduras eléctricas (debidas a contacto irregular y superficie pequeña del electrodo), dermatitis irritativas (relacionadas con la duración y la intensidad de la corriente), reacciones irritativas o alérgicas al esparadrapo o a los componentes (sílice, propilenglicol) de los geles conductores y dermatitis alérgica por contacto a los componentes de los electrodos. Presentamos un caso de esta última variante, infrecuente y sujeta a la aparición de novedades, como consecuencia del desarrollo de nuevos tipos de electrodos.

## CASO CLÍNICO

Un paciente de 69 años, con cardiopatía isquémica no revascularizable, IAM posteroinferior, bloqueo AV y ángor postinfarto de esfuerzo pese a tratamiento médico, inició tratamiento analgésico mediante electroestimulación (60' tid) en noviembre de

1999. En febrero de 2000 fue remitido desde la Clínica del Dolor por intolerancia al parche, planteándose un costoso implante del electrodo. El paciente refería antecedentes de alergia al esparadrapo. A la exploración presentaba una dermatitis de contacto con la morfología del electrodo proporcionado por el hospital (Cardiva Axelgard serie 5000 con gel Pro-CAM RG-62D). Se practicó una biopsia cuyo examen histopatológico fue compatible con eczema subagudo. Las pruebas epicutáneas estándar del GEIDC fueron negativas, al igual que la batería de plásticos y colas de Chemotechnique. Se practicaron pruebas epicutáneas con la cara adhesiva y no adhesiva de los electrodos Cardiva 5000 y con las mismas caras y el gel conductor de un electrodo alternativo (Cardiva Comfort), con resultado positivo (++) a la cara adhesiva de los primeros (composición según el fabricante: glicerina, agua, copolímero de poliacrilato). Las pruebas epicutáneas con la batería de metacrilatos (adhesivos) de Chemotechnique fueron positivas para 2-hidroxietilmetacrilato, etilenglicolmetacrilato, tetrahidrofurfurilmetacrilato, tetraetilenglicoldimetacrilato y N,N-dimetilaminoetilmetacrilato (++) en todos los casos). Se sustituyó el electrodo por otro (que debe adquirir el paciente) sin que se haya producido recidiva de la dermatitis.

COMENTARIO

La DAC a electrodos de TENS constituye una complicación infrecuente de esta modalidad terapéutica. Se han identificado diferentes alérgenos: propilenglicol en el gel, níquel, mercaptobenzotiazol en la goma, karaya y bálsamo de Perú en los adhesivos y sensibilidad a metacrilatos, de la que sólo hemos encontrado una referencia previa (Marren P, y cols. Contact Dermatitis 1991;25:190-1). La disponibilidad de monómeros en el adhesivo y el posible efecto potenciador de la penetración transcutánea por la corriente eléctrica podrían ser factores predisponentes a la sensibilización.

452 «DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PIGMENTADA POR PRÍMULA», por los Dres. Miranda-Romero A, Marino JM, Bordel M<sup>ª</sup>T, Vega J, García-Muñoz M. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Valladolid.

La dermatitis de contacto pigmentada es una forma clínica poco frecuente relacionada principalmente con perfumes, pigmentos, colorantes y cosméticos. Presentamos el caso de una mujer de 48 años, que desde agosto de 1999 presenta brotes de lesiones ecematosas en párpados, cara, cuello, manos y antebrazos. Los brotes son frecuentes, pruriginosos y evolucionan en pocos días a descamación y posterior pigmentación. Estudios analíticos de sangre y orina normales o negativos. La biopsia nos mostró una dermatitis de interfase con espongirosis e incontinencia pigmenti. La IF de piel afecta y sana fue negativa. Las pruebas epicutáneas con las series estándar, cosméticos, perfumes, colorantes, productos de la paciente y fotoparche fueron negativas. Fototest UVA y UVB normales. Pruebas epicutáneas y fotoparche con las serie de plantas ofrecieron respuesta positiva a la primina. Retirado el contacto con una primula que tenía la paciente, la evolución fue a la curación sin repetición de nuevos brotes.

La primina es el alérgeno principal de la primula, produciendo lesiones por contacto directo y aerotransportado, con localización en cara, manos, cuello y diseminada. No conocemos descripciones de dermatitis de contacto pigmentada por este alérgeno.

453 «DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PROFESIONAL EN FLORISTAS», por los Dres. Fernández Redondo V, Amrouni B, Monteagudo B, Toribio J. Sección de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

Aportamos tres nuevos casos de sensibilización de origen laboral, en floristas, a la alfa-metilen-gammabutirolactona (Tulipalin A). Este alérgeno se encuentra preferentemente en flores de uso ornamental, como las liliodeas y Aalstroemeria, y desde 1990 está referida la sensibilización progresiva al mismo en diferentes estudios epidemiológicos (1, 2).

Nuestras pacientes se correspondían con floristas de edad media especializadas en decoración floral y sus lesiones, muy incapacitantes, se localizaban en segundo, tercero, cuarto dedos de mano derecha y en cara flexora de antebrazo izquierdo. Todas ellas trabajaban desde la adolescencia y relacionaban sus síntomas con la progresiva introducción en su negocio de flores de bulbo importadas. En todos los casos se practicaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC, series específicas de plantas y pesticidas, y diferentes porciones de las flores consideradas sospechosas. La relevancia actual era positiva.

Ante sospecha de sensibilización a Tulipalin A deberá practicarse el patch-test con este alérgeno, ya que no existe reacción cruzada con la mezcla de lactonas sesquiterpénicas presente en la serie estándar del GEIDC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thibout DM, Hamory BH, Marks JG Jr. Dermatoses among floral shop workers. J Am Acad Dermatol 1990; 22:54-8.
2. Conde-Salazar L, González MA, Guimarae D. Dermatitis alérgica de contacto profesional por alfa-metilen-gamma-butirolactona. Actas Dermosifiliogr 1996;87:413-5.

454 «MEDICIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR MADRILEÑA: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN MARCHA», por los Dres. Ortiz J, Guerra A, García MC, Zarco C, Iglesias L. Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Conocer la prevalencia de la dermatitis atópica (DA) es importante para la planificación sanitaria. Para conseguirlo en nuestro medio optamos por emplear el cuestionario diagnóstico desarrollado por el Grupo de Trabajo para la Dermatitis Atópica del Reino Unido. Dicho cuestionario consta de cinco preguntas y un signo clínico (presencia de eczema flexural).

En una primera fase se realizó la adaptación transcultural mediante traducción y retrotraducción del texto. Se midió la validez del cuestionario obtenido en nuestro hospital. Dicho cuestionario demostró una sensibilidad del 76,5 y una especificidad del 90,4%.

En una segunda fase estamos utilizando el cuestionario en cuatro colegios de nuestro área sanitaria seleccionados al azar. Hemos revisado a 765 niños. El cuestionario fue rellenado por los padres.

La prevalencia de período de 1 año obtenida ha sido del 9,9%. Queda pendiente acabar la validación del cuestionario en medio extrahospitalario y el análisis estadístico de los datos.

455 «DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR IOPIMAX®», por los Dres. *Silvestre JF, Carnero L, Ramón R, Guijarro J, Botella R*. Sección de Dermatología. Hospital General de Alicante.

La apraclonidina es un fármaco  $\alpha_2$ -adrenérgico relativamente selectivo, con escasos efectos secundarios sistémicos cuando se utiliza en forma de colirio. Recientemente ha sido empleado como coadyuvante en el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto. Se ha comunicado que un 21-48% de los pacientes que utilizan de forma prolongada colirios con apraclonidina desarrollan una dermatitis y/ o una conjuntivitis. Sin embargo, tan sólo en dos casos ha sido documentada con pruebas epicutáneas; a pesar de que estos colirios llevan cloruro de benzalconio como conservante.

Presentamos el caso de un varón que desarrolló un eccema y una conjuntivitis tras la aplicación de lopimax (colirio con apraclonidina al 0,5%). Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC, colirios propios, cloruro de benzalconio y apraclonidina al 0,25%, 0,5%, y 1%. El parche con Iopimax dio una respuesta positiva y el resto fue negativo.

Discutimos la dificultad de reproducir la intolerancia a los colirios y comentamos las alternativas terapéuticas en los pacientes alérgicos a la apraclonidina.

#### BIBLIOGRAFÍA

Gross RL, Pinyero A, Orenge-Nania S. Clinical experience with apraclonidine 0,5%. *J Glaucoma* 1997;6:298-302.

Butler P, Mannschreck M, Lin S, Hwang I, Alvarado J. Clinical experience with the long-term use of 1% apraclonidine. Incidence of allergic reactions. *Arch Ophthalmol* 1995; 113: 293-6.

Armisen M, Vidal C, Quitans R, Suarez A, Castroviejo M. Allergic contact dermatitis from apraclonidine. *Contact Dermatitis* 1997;39:193.

456 «DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR CROMO EN UN CERAMISTA JUBILADO», por los Dres. *Silvestre JF, Botella R, Belloch I, Albares MP, Vergara G*. Sección de Dermatología. Hospital General de Alicante.

El dicromato potásico es uno de los alérgenos que con mayor frecuencia produce dermatitis de contacto alérgica en nuestro medio. La lista de fuentes de exposición al cromo es muy larga, aunque la más común es el cemento. Describimos el caso excepcional de una dermatitis de contacto alérgica producida por el dióxido de cromo que contenían unas cintas magnéticas de casette antiguas. Tan sólo hemos encontrado un caso previo similar en la literatura.

#### BIBLIOGRAFÍA

Krook G, Fregert S, Gruvberger B. Chromate and cobalt eczema due to magnetic tapes. *Contact Dermatitis* 1975;1:182.