

ORIGINALES

## Dermatitis de contacto por corticoides. Estudio retrospectivo de 3 años en una Unidad de Alergia Cutánea hospitalaria

M. Pérez-Crespo, J.F. Silvestre, A. Lucas, J. Mataix e I. Ballester

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

**Resumen.** *Introducción.* La dermatitis de contacto por corticoides y la realización de las pruebas epicutáneas con estas sustancias presentan peculiaridades que hay que conocer.

*Material y métodos.* Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes en los que se aplicó la batería de corticoides en la Unidad de Alergia Cutánea de la Sección de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante, durante el período comprendido entre octubre de 2004 y junio de 2007.

*Resultados.* Durante el período de estudio se atendieron 1.065 pacientes, a 34 de ellos (3,1%) se les aplicó la batería de corticoides, 14 pacientes con budesonida o tixocortol positivos en la batería estándar y 20 con estos marcadores negativos pero con sospecha clínica de alergia a corticoides. Quince pacientes (44,1%) obtuvieron algún positivo en la batería de corticoides. La sustancia que más positivos obtuvo fue budesonida (13 pacientes sensibilizados). En 4 de 15 pacientes el uso de la batería de corticoides informó de sensibilización a otros grupos de corticoides. A 17 pacientes se les aplicaron los medicamentos aportados por ellos, obteniéndose 10 sustancias positivas.

*Conclusiones.* Los marcadores para la dermatitis de contacto por corticoides presentes en la batería estándar (budesonida y tixocortol) detectaron el 93% de pacientes sensibilizados a corticoides, por lo que no parece rentable aplicar la batería de corticoides si dichos marcadores son negativos. La batería de corticoides y los propios fármacos aportados por los pacientes fueron útiles para definir mejor los grupos de corticoides que estos no pueden utilizar.

**Palabras clave:** dermatitis de contacto alérgica, corticoides, pruebas epicutáneas, batería estándar GEIDAC.

### ALLERGIC CONTACT DERMATITIS DUE TO CORTICOSTEROIDS: A 3-YEAR RETROSPECTIVE STUDY IN A HOSPITAL SKIN ALLERGY UNIT

**Abstract.** *Background.* Corticosteroid contact dermatitis and its patch testing are subject to certain peculiarities that we should be aware of.

*Materials and methods.* We performed a retrospective study of all patients who underwent patch tests with a corticosteroid battery in the Skin Allergy Unit of the Dermatology Department of Hospital General Universitario, Alicante, Spain, between October 2004 and June 2007.

*Results.* During the study period, patch tests were performed on 1065 patients in our allergy unit. A corticosteroid battery was used in 34 patients (3.1%). Fourteen patients were positive for budesonide or tixocortol in the standard battery; 20 were negative for these allergens but there was a clinical suspicion of steroid allergy. At least one positive reaction in the corticosteroid battery was observed in 15 patients (44.1%). The substance most commonly implicated was budesonide (13 patients sensitized). The corticosteroid battery revealed sensitization to other groups of corticosteroids in 4 of the 15 patients with corticosteroid sensitization. Seventeen patients brought drugs that were also tested, obtaining positive results for 10 substances.

*Conclusions.* Allergens for contact dermatitis due to corticosteroids included in the standard battery (budesonide and tixocortol) detected 93% of patients who are sensitized to steroids; there would appear to be little benefit in performing a corticosteroid battery if those markers are negative. The battery of corticosteroids and the

drugs provided by patients were useful to define more exactly the corticosteroid classes that the patient should avoid.

**Key words:** allergic contact dermatitis, corticosteroids, patch test, standard battery.

Correspondencia:  
María Pérez Crespo.  
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.  
C/ Pintor Baeza, s/n.  
03010 Alicante. España.  
mariaperezcrespo@hotmail.com

## Introducción

En los últimos años se ha ido tomando consciencia de la capacidad de sensibilización de uno de los fármacos más utilizados en Dermatología, los corticoides. Prueba de ello es la inclusión en el año 2000 de tixocortol pivalato 0,1% y budesonida 0,01% en la batería estándar<sup>1</sup> por parte del *European Environmental and Contact Dermatitis Research Group* (EECDRG). Por otra parte, en 2003 el Grupo Americano de Dermatitis de Contacto añadió a su serie estándar, además de estas dos sustancias, triamcinolona acetónido y clobetasol-17-propionato, y nombró alérgeno del año 2005 a los corticoides<sup>2</sup>.

La dermatitis de contacto que producen y la lectura de las pruebas epicutáneas presenta peculiaridades, dado que en este caso el alérgeno posee propiedades antiinflamatorias.

Hemos realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes a los que se aplicó la batería de corticoides en nuestra Unidad de Alergia Cutánea durante los últimos 3 años. Posteriormente analizamos el grupo de pacientes en los que obtuvimos algún positivo para estas sustancias y describimos los resultados atendiendo a las diferentes clases de corticoides.

## Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Alergia Cutánea de la Sección de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante. El período de estudio está comprendido entre octubre de 2004 y junio de 2007. Se han revisado todos los pacientes a los que se les aplicó la batería de corticoides (Chemotechnique®) durante dicho período y se ha estudiado el subgrupo de pacientes en los que se obtuvo algún corticoide positivo.

La información se ha obtenido de la base de datos informatizada de la Unidad de Alergia Cutánea de nuestra Sección de Dermatología, donde registramos los datos del paciente, las baterías que se aplican, los resultados y la relevancia de los mismos. En un primer paso identificamos todos los pacientes a los que se parcheó la batería de corticoides, que incluye a todos los pacientes que obtienen alguno de los dos corticoides (budesonida 0,01% y tixocortol pivalato 0,1%) presentes en la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) positivo y aquellos en los que se aplica la batería dada la alta sospecha a pesar de tener marcadores negativos. La batería de corticoides consta de 7 sustancias: budesonida (0,01% vaselina), acetónido de triamcinolona (1% vaselina), tixocortol (0,1% vaselina), dexametasona (1% vaselina), clobetasol-17-propionato (1% vaselina), hidrocortisona-17-burirato (1% alcohol) y

betametasona valerato (1% vaselina). Los alérgenos utilizados tanto en la batería estándar como en la de corticoides pertenecen al laboratorio Chemotechnique® Diagnostics AB. Asimismo, analizamos los pacientes en los que se aplicaron fármacos aportados por ellos mismos. Posteriormente hemos analizado los casos en que se obtuvo algún positivo en todas estas sustancias y reflejamos los resultados atendiendo a los corticoides que hemos obtenido como positivos y por grupos de corticoides.

Los datos clínicos que se registraron de cada paciente fueron: número de historia, edad, sexo, profesión, localización de las lesiones, baterías testadas, número de positivos, tipos de positivos obtenidos, relevancia de los mismos, origen de la sensibilización y diagnóstico del paciente. En todos los pacientes se aplicó la batería estándar del GEIDAC y la batería de corticoides, y otras según se consideró pertinente en cada caso. Asimismo, si el paciente recordaba el o los productos con corticoides utilizados, estos también fueron testados. Los parches fueron preparados sobre tiras adhesivas Finn-Chamber®, fijados con adhesivo Scampor®, y se retiraron tras 48 horas en contacto con la piel. La lectura de los resultados se realizó a las 48 y 96 horas, siguiendo los criterios de valoración (+, ++ y +++). En los casos con resultado dudoso se realizó lectura a la semana. El resultado fue considerado de relevancia presente si el cuadro clínico podía atribuirse al uso de medicamentos corticoides en cualquiera de sus formas (tópica o sistémica), o había empeorado debido a estos. Dadas las reacciones cruzadas que se dan en este tipo de sustancias, consideramos relevante un resultado que perteneciese al mismo grupo de sustancias que el corticoide utilizado por el paciente. La relevancia fue considerada desconocida en aquellos casos en que dicha relación no pudo demostrarse.

## Resultados

Durante el período comprendido entre octubre de 2004 y junio de 2007 se le realizó pruebas epicutáneas a un total de 1.065 pacientes, testando en todos ellos la batería estándar del GEIDAC y otras series de alérgenos si se consideró apropiado. Por otro lado, a 34 pacientes se les aplicó la batería de corticoides (tabla 1), 14 de ellos con algún marcador positivo en la batería estándar y 20 de ellos sin marcador positivo. La edad media de los pacientes en los que se testó la batería de corticoides fue de 45,5 años, 14 mujeres y 20 hombres. En el 55,8% de estos pacientes se testaron 3 o más baterías a lo largo de su asistencia en nuestra unidad de contacto. Los productos aportados por los pacientes fueron testados en 17 de ellos. En el 44% (15/34) se realizó lectura extendida a 7 días a causa de resultados dudosos o en los casos en que los resultados fueron negativos en el día 4 y existía una fuerte sospecha de sensibilización a corticoides. La localización de las lesiones

**Tabla 1.** Características de los pacientes a los que se les aplicó la batería de corticoides

Sexo, edad	Localización	Número de positivos	Positivo a corticoides	Atopia	Úlceras	Lectura semana
H, 42	Manos	1	Sí	No	No	Sí
M, 70	MMII	9	Sí	No	Sí	Sí
M, 77	Generalizado	16	No	No	Sí	Sí
M, 22	Generalizado	6	Sí	Sí	No	No
M, 33	Manos	2	No		No	No
H, 21	MMII	0	No	No	Sí	No
M, 55	Manos	1	No	No	No	No
M, 41	Manos	2	No	No	No	No
M, 13	Generalizado	2	No	Sí	No	Sí
M, 53	Generalizado	2	No	No	No	No
H, 66	Palmo-plantar	2	No	No	No	No
M, 68	Generalizado	5	Sí	No	No	Sí
M, 24	Tronco	0	No	Sí	No	Sí
M, 36	Generalizado	10	Sí	No	No	No
H, 37	Tronco	3	No	Sí	No	No
M, 6	Generalizado	0	No	Sí	No	No
H, 81	MMSS	0	No	No	No	Sí
M, 58	MMII	12	Sí	No	No	Sí
M, 39	Periocular	4	Sí	No	No	Sí
H, 51	Genital	6	Sí	No	No	Sí
H, 35	Palmas	0	No			No
M, 50	Labios	1	No	No	No	No
H, 78	Tronco	0	No	No	No	No
H, 68	Generalizado	5	No	No	No	Sí
M, 26	Generalizado	5	Sí	No	No	No
H, 57	Generalizado	8	Sí	No	No	No
M, 72	Labios	1	No	No	No	No
H, 31	MMSS y MMII	7	Sí	No	No	Sí
H, 36	Cara	0	No	No	No	No
H, 37	Manos y pies	4	Sí	Sí	No	No
M, 26	Cara	5	Sí	No	No	No
M, 56	Cara	2	No	No	No	Sí
H, 41	MMII	8	Sí	No	Sí	Sí
M, 63	Tronco y MMII	19	Sí	No	No	Sí

MMII: miembros inferiores; MMSS: miembros superiores.

**Tabla 2.** Características de los pacientes sensibilizados a corticoides

Sexo, edad	Localización	Propios testados	Positivos totales	Corticoides positivos	Atopia	Úlceras	Lectura semana
H, 42	Manos	Sí	1	Budesonida	No	No	Sí
M, 63	MMII	Sí	9	Tixocortol-21-pivalato. Budesonida	No	Sí	Sí
M, 22	Generalizado	Sí	6	Budesonida. Hidrocortisona aceponato. Prednicartrato	Sí	No	No
M, 68	Generalizado	No	5	Budesonida	No	No	Sí
M, 36	Generalizado	No	10	Budesonida	No	No	No
M, 58	MMII	Sí	12	Budesonida. Betametasona-17-valerato. Acetónido de triamcinolona. Clobetasol-17-propionato. Dexametasona. Hidrocortisona-17-butilato. Mometasona. Valerato de diflucortolona. Metilprednisolona aceponato. Dipropionato de betametasona. Betametasona	No	No	Sí
M, 39	Periocular	No	4	Budesonida	No	No	Sí
H, 51	Genital	Sí	6	Budesonida	No	No	Sí
M, 26	Generalizado	Sí	5	Budesonida. Acetónido de triamcinolona	No	No	No
H, 57	Generalizado	Sí	8	Budesonida. Mometasona. Clobetasol-17-propionato	No	No	No
H, 31	MMSS y MMII	No	7	Clobetasol-17-propionato	No	No	Sí
H, 37	Manos y pies	No	4	Budesonida	Sí	No	No
M, 26	Cara	Sí	5	Budesonida. Acetónido de triamcinolona	No	No	No
H	MMII	No	8	Tixocortol-21-pivalato	No	Sí	Sí
M 63	Tronco y MMII	Sí	19	Budesonida. Tixocortol-21-pivalato. Prednicartrato. Hidrocortisona	No	No	Sí

MMII: miembros inferiores; MMSS: miembros superiores.

en el grupo de pacientes testados con la batería de corticoides fue predominantemente difusa (10/34) (presentaban clínica en 3 o más regiones corporales), seguida de las manos (5/34). El 18% de los pacientes presentaba antecedentes de dermatitis atópica y el 12% antecedentes de úlceras crónicas o dermatitis de estasis.

En cuanto a los pacientes sensibilizados a corticoides, fueron un total de 15 (que representan el 1,4% de todos los pacientes testados en nuestra unidad y el 44,1% de los pacientes testados para la batería de corticoides), 9 de ellos mujeres y 6 hombres (tabla 2). Tixocortol pivalato o budesonida (marcadores presentes en la estándar del GEIDAC)

fueron positivos en 14 de ellos. Únicamente un paciente de 20 con marcador negativo fue positivo a un corticoide que solo habríamos detectado testando la batería de corticoides (clobetasol-17-propionato). El antecedente de atopia o de úlceras crónicas estuvo presente en el 13% de los pacientes para ambas condiciones. La localización más frecuente fue la difusa (5 pacientes) seguida de miembros inferiores (4 pacientes). La media de alérgenos positivos totales de los pacientes al final del estudio en la unidad de contacto fue de 7,2; el bálsamo del Perú fue el alérgeno no corticoi-

deo más frecuente (40% de los pacientes). El 46,6% de los pacientes (7 de ellos) obtuvo más de un positivo en la batería de corticoides. En 4 de 15 pacientes el uso de la batería de corticoides informó de sensibilización a un grupo de corticoides diferente al A o al B, representados en la batería estándar por budesonida y tixocortol.

La administración de la medicación causante de la sensibilización fue tópica en todos los casos salvo en una paciente en la que la clínica se desarrolló tras una dosis intramuscular de corticoide. Tres de los pacientes utilizaban corticoides tópicos a menudo por enfermedades diversas: hemorroides, lupus crónico discoide y eccemas de larga evolución.

En cuanto a los resultados de las pruebas epicutáneas en la batería de corticoides (tabla 3), la sustancia que más frecuentemente se obtuvo positiva fue budesonida, (13 pacientes, que supone el 86%). Tixocortol pivalato, acetónido de triamcinolona y clobetasol-17-propionato se obtuvieron en 3 pacientes cada uno, mientras que el resto de sustancias de la batería (dexametasona, hidrocortisona-17-butilato, betametasona valerato) obtuvieron solo un parche positivo cada una. La relevancia fue considerada presente en todos los casos excepto en un paciente en el que no se pudo demostrar la relación entre la sensibilización a budesonida y la clínica que presentaba (así como el uso de otros corticoides que perteneciesen al grupo B).

En cuanto a las positividades obtenidas en los parches realizados con los medicamentos propios aportados, en 4 de 17 pacientes se obtuvo algún positivo. Prednicarbato y mometasona obtuvieron dos positivos cada una, mientras que el resto de sustancias tan solo fueron positivas en un parche: hidrocortisona aceponato, valerato diflucortolona, metilprednisolona aceponato, dipropionato de betametasona y betametasona. Aunque las positividades se obtuvieron parcheando especialidades farmacéuticas, nos parece muy probable que 3 de estos pacientes estén realmente sensibilizados a corticoides ya que ninguno obtuvo positivo en los excipientes del propio testado. Sin embargo, en el otro paciente en el que obtuvimos propios positivos (Brentan crema<sup>®</sup> y Batman crema<sup>®</sup>) también fueron positivos diversos excipientes presentes en el Batman<sup>®</sup> (alcohol bencílico y monoestereato de sorbitano) además del clotrimazol, presente en Brentan<sup>®</sup>. En este paciente, estos positivos podrían explicar la positividad a los preparados farmacéuticos, aunque también fue positivo para tixocortol pivalato, marcador de hidrocortisona (presente en el Brentan<sup>®</sup> crema).

Si agrupamos los corticoides en su grupo correspondiente observamos que el que más positivos obtuvo fue el grupo B (con 16 parches positivos) y también el grupo al que más pacientes estaban sensibilizados (13 pacientes). Tixocortol pivalato fue el único alérgeno del grupo A que tuvo positivos: 3 parches. Sólo obtuvimos un parche positivo para el grupo C, en una paciente sensibilizada a la

**Tabla 3.** Resultados positivos hallados con la aplicación de la batería de corticoides

Batería de corticoides	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Grupo corticoide
Tixocortol	3	20%	A
Budesonida	13	86%	B
Acetónido de triamcinolona	3	20%	B
Dexametasona	1		C
Clobetasol-17-propionato	3	20%	D1
Hidrocortisona-17-butilato	1		D2
Betametasona valerato	1		D1

dexametasona. En cuanto al grupo D1, obtuvimos 9 positivos en 3 pacientes, 6 de los cuales se obtuvieron gracias a las pruebas realizadas con medicamentos aportados por los pacientes. Por último, se obtuvieron 5 positivos para el grupo D2 en 3 pacientes; tan solo uno de estos positivos fue diagnosticado gracias a la batería de corticoides y los otros 4 se obtuvieron testando los medicamentos tópicos de los pacientes.

## Discusión

La incidencia de la sensibilización a corticoides varía dependiendo de muchos factores: naturaleza y cantidad de corticoides utilizados en cada país, hábitos de prescripción, concienciación del personal médico de la importancia de la alergia a corticoides, las pruebas utilizadas para detectarla, así como la forma en que se emplean<sup>3</sup>. La prevalencia de la sensibilización a corticoides en EE.UU. es de 4,6%<sup>2</sup>, si valoramos en conjunto las reacciones a budesonida, tixocortol e hidrocortisona butirato. En Europa parece que la prevalencia media es del 2,6%, testando 5 corticoides, aunque existen grandes diferencias entre los diversos países<sup>4</sup>. En el último estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto en España llevado a cabo en 2001 se obtuvo un porcentaje de positivos de 1,01% sumando las reacciones a budesonida y tixocortol<sup>5</sup> (budesonida 0,83% y tixocortol 0,18%) y son escasas las series de alergia a corticoides publicadas en nuestro país<sup>6,7</sup>. En nuestra serie hemos obtenido una prevalencia de sensibilizaciones a corticoides de 1,4%, que está en concordancia con otros datos españoles.

En el año 2000 se recomendó por parte del EECDRG la inclusión en la batería estándar europea de dos marcadores de sensibilización a corticoides: budesonida 0,01% vaselina y tixocortol pivalato 0,1% vaselina<sup>2</sup>. En EE.UU. están incluidas ambas sustancias en la batería estándar

recomendada por el grupo americano de dermatitis de contacto, aunque a concentraciones más elevadas: budesonida 0,1 % y tixocortol 1 %. También han incluido hidrocortisona-17-butilato, triamcinolona acetónido y clobetasol-17-propionato. Por otro lado, hay que tener en cuenta que no todas las casas comerciales que distribuyen alérgenos para pruebas epicutáneas en España incluyen los mismos alérgenos corticoides ni a la misma concentración.

En cuanto a la frecuencia de sensibilización a los diferentes corticoides, existen divergencias notables entre EE.UU. y Europa. En EE.UU. el principal sensibilizador es tixocortol pivalato, mientras que budesonida es el segundo en frecuencia<sup>8</sup>. Por otro lado, en Europa ambas sustancias parecen obtener un número similar de positividades<sup>5</sup>. Nosotros hemos obtenido como principal alérgeno la budesonida (1,2%), quedando como segundo junto a otros el tixocortol pivalato (0,2 %). Estos datos se aproximan a los referidos a España<sup>6</sup>.

Sin embargo, a la hora de valorar los resultados positivos y la relevancia de los corticoides, no hay que olvidar que entre ellos se producen fenómenos de reacción cruzada muy frecuentes, por lo que en 1989 Dooms-Goznes et al los agruparon en 4 clases empíricas, nombradas de la A a la D. Gracias a nuevos trabajos, el grupo D, moléculas de tipo éster, fue dividido más tarde en dos (tabla 3). El grupo A y el grupo B tienen como marcadores el tixocortol pivalato y budesonida respectivamente. Para que una molécula sea marcador de grupo ha de ser capaz de producir suficientes positivos en las pruebas epicutáneas así como correlacionarse intensamente con sensibilización al resto de corticoides del grupo. No existe marcador para el grupo C, que parece ser el menos alérgico, y el grupo D1. Algunos autores proponen como marcador del grupo D2 la hidrocortisona-17-butilato. Este grupo es más sensibilizante que el D1 dado que sus moléculas no están halogenadas. Por otro lado budesonida posee reacción cruzada con el grupo D2 y el grupo A puede presentar reactividad concomitante con el grupo D2<sup>9</sup>. En nuestra serie el grupo que obtuvimos con mayor frecuencia fue el B gracias a budesonida. El grupo D1 fue el segundo en frecuencia de parches positivos, aunque esto se debió a una paciente que obtuvo 5 positividades concomitantes, probablemente debido a reacciones cruzadas entre ellos.

En nuestra serie, los pacientes con sospecha de dermatitis de contacto por corticoides han sido testados con muchas baterías (el 55,8% con 3 o más baterías). Los pacientes sensibilizados a corticoides tuvieron una media de positividades totales elevada (7,2), siendo el bálsamo del Perú el alérgeno no corticoide más frecuente, y casi la mitad de ellos tuvieron dos o más positivos en la batería de corticoides. Atendiendo al grupo de pacientes testados para corticoides, no hallamos diferencias entre los pacientes positivos y negativos, para los antecedentes de atopía o úlceras cró-

nicas (lo que no concuerda con otros estudios<sup>10</sup>), así como en la distribución de las lesiones, ya que en ambos grupos la localización predominante fue difusa. En un estudio europeo la localización más frecuente fueron las manos, seguida de piernas, cara y brazos<sup>5</sup>.

Los fármacos aportados por el paciente han sido testados frecuentemente (17 pacientes de 34). Consideramos importante testar siempre los medicamentos propios ya que en nuestro caso resultó muy rentable (4 pacientes tuvieron algún positivo, con un total de 10 sustancias positivas), y muy útil dado que muchas de estas sustancias no se encuentran en la batería de corticoides, como es el caso del prednicarato que obtuvimos positivo en dos parches. Además, en dos pacientes gracias a los medicamentos propios se descubrió sensibilización a corticoides de otros grupos diferentes a los diagnosticados por las baterías. Siempre hay que descartar que el parche positivo a medicamentos propios no se deba a los excipientes presentes en la forma farmacéutica.

Por otro lado, los marcadores presentes en la batería estándar (budesonida y tixocortol pivalato) han demostrado ser de gran utilidad ya que únicamente uno de nuestros 15 pacientes sensibles a corticoides no habría sido diagnosticado con ellos. Además, 17-hidroxi-butilato no ha sido en ningún caso el único corticoide positivo ni el único corticoide positivo del grupo D2, por lo que consideramos que no hay razón para incluirlo en la batería estándar.

A la hora de sospechar una dermatitis de contacto por corticoides hay que tener en cuenta que la clínica de esta sensibilización suele ser discreta y crónica, dándose una situación de eccema mantenido, fácil de confundir con otro de causa endógena, motivo por el que se cree que está infradiagnosticada. Muchos de nuestros pacientes presentaban clínica de eccema crónico que no respondía bien a corticoides tópicos.

Se han descrito dermatitis de contacto sistémicas tras la administración por vía no tópica del corticoide al paciente sensibilizado<sup>11,12</sup>, incluyendo la inhalatoria<sup>10,13</sup> y la intraarticular. En una paciente únicamente el corticoide que ocasionó la clínica se administró por una vía diferente a la tópica (intramuscular). Todos los pacientes presentaron clínica ecematososa aunque otras presentaciones que pueden aparecer, mucho más infrecuentemente, son la urticaria y el angioedema<sup>14,15</sup>, reacciones tipo eritema multiforme<sup>16</sup> y edema<sup>17</sup>.

Los pacientes debían ser advertidos de no utilizar los corticoides pertenecientes al grupo del marcador que hayamos obtenido positivo así como los pertenecientes a otros grupos con los que pudiese existir reacción cruzada, a no ser que hubiesen sido testados con resultado negativo. Esta consideración se debe realizar tanto para los preparados tópicos como para los sistémicos. Es recomendable entregar al paciente una lista con los compuestos que no puede utilizar, así como una copia para su médico de cabecera.

## Conclusiones

Como conclusión de nuestro estudio podemos afirmar que los marcadores para la dermatitis de contacto por corticoides presentes en la batería estándar (budesonida y tixocortol) detectaron el 93 % de pacientes sensibilizados a corticoides, por lo que no parece rentable aplicar la batería de corticoides si dichos marcadores son negativos. En 4 de 15 pacientes el uso de la batería de corticoides informó de sensibilización a otros grupos de corticoides. Testar los fármacos propios fue rentable en 4 de 17 de los pacientes; en dos de ellos informaron de sensibilización a un nuevo grupo de corticoides para el paciente.

Los corticoides constituyen una de las principales armas terapéuticas de las que disponemos los dermatólogos, por lo que la sensibilización del paciente a estas sustancias puede ocasionarnos grandes problemas diagnósticos y terapéuticos. Reconocer la clínica que ocasiona esta alergia es esencial para realizar pruebas epicutáneas apropiadas a estos pacientes. La identificación de estas sensibilizaciones puede evitar posibles reacciones sistémicas y potencialmente graves, así como aclarar el origen de eccemas crónicos que no responden al tratamiento corticoideo.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Isaksson M, Brandão FM, Bruze M, Goossens A. Recommendation to include budesonide and tixocortol pivalate in the European standard series. ESCD and EECDRG. European Society of Contact Dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2000;43:41-2.
2. Jacob SE, Steele T. Corticosteroid classes: a quick reference guide including patch test substances and cross-reactivity. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:723-7.
3. Rietschel RL, Fowler JF. Fisher's contact dermatitis. 5th ed. Louisiana State Univ., New Orleans: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
4. Dooms-Goossens A, Andersen KE, Brandão FM, Bruynzeel D, Burrows D, Camarasa J, et al. Corticosteroid contact allergy: an EECDRG multicentre study. *Contact Dermatitis*. 1996;35:40-4.
5. Grupo Español de Investigación de Dermatitis de Contacto. Estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto de España (2001). *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:14-24.
6. Jones Caballero M, Guimaraens Juanena MD, Villegas Fernández C, Fernández Peñas P, Conde-Salazar Gómez L. Dermatitis de contacto por corticoides tópicos. *Actas Dermo-Sif*. 1993;84:641-4.
7. Ortiz J, Borrego Hernando L, de Pablo Martín P, Ruiz Rodríguez R, Iglesias Díez L. Eczema alérgico de contacto por propionato de clobetasol. *Actas Dermo-Sif*. 1991;82:848-51.
8. Davis MD, el-Azhary RA, Farmer SA. Results of patch testing to a corticosteroid series: a retrospective review of 1188 patients during 6 years at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:921-7.
9. Wilkinson SM, Hollis S, Beck MH. Reaktionen auf andere Kortikosteroide bei Patienten mit allergischer Kontaktdermatitis infolge Hydrocortison. *Z Haut Geschlechtskr*. 1995;70:368-72.
10. Dooms-Goossens A. Allergy to inhaled corticosteroids: a review. *Contact Dermatitis*. 1995;6:1-3.
11. English JS. Corticosteroid-induced contact dermatitis: a pragmatic approach. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25:261-4.
12. Whitmore SE. Delayed systemic allergic reactions to corticosteroids. *Contact Dermatitis*. 1995;32:193-8.
13. Clark RJ. Exacerbation of asthma after nebulised beclomethasone dipropionate. *Lancet*. 1986;2:574-5.
14. Raison-Peyron N, Co Minh HB, Vidal-Mazuy A, Guilhou JJ, Guillot B. Connubial contact dermatitis to an inhaled corticosteroid. *Ann Dermatol Venerol*. 2005;132:143-6.
15. Pirker C, Mistic' A, Frosch PJ. Angioedema and dysphagia caused by contact allergy to inhaled budesonide. *Contact Dermatitis*. 2003;49:77-9.
16. Stingeni L, Caraffini S, Assalve D, Lapomarda V, Lisi P. Erythema-multiforme-like contact dermatitis from budesonide. *Contact Dermatitis*. 1996;34:154-5.
17. Rodríguez-Serna M, Silvestre JF, Quecedo E, Martínez A, Miguel FJ, Gauchía R. Corticosteroid allergy: report of 3 unusually acute cases. *Contact Dermatitis*. 1996;35:361-2.