

3. Belotto RA, Chavantes MC, Tardivo JP, Dos Santos RE, Fernandes RCM, Horliana ACRT, et al. Therapeutic comparison between treatments for vulvar lichen sclerosus: study protocol of a randomized prospective and controlled trial. *BMC Womens Health*. 2017;17:61.
4. Kirtschig G, Becker K, Günthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi CC, et al. Evidence-based (S3) guideline on (anogenital) lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:e1–43.
5. Maździarz A, Osuch B, Kowalska M, Nalewczyńska A, Śpiewankiewicz B. Photodynamic therapy in the treatment of vulvar lichen sclerosus. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2017;19:135–9.
6. Rangatchew F, Knudsen J, Thomsen MV, Drzewiecki KT. Surgical treatment of disabling conditions caused by anogenital lichen sclerosus in women: an account of surgical procedures and results, including patient satisfaction, benefits, and improvements in health-related quality of life. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017;70:501–8.
7. Gurumurthy M, Morah N, Gioffre G, Cruickshank ME. The surgical management of complications of vulval lichen sclerosus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162:79–82.
8. Hackenjos K, Schröder W, Schöpf E, Vanscheidt W. [Therapy of lichen sclerosus et atrophicus vulvae with the CO₂ silk touch laser]. *Hautarzt*. 2000;51:502–4.
9. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulval lichen sclerosus. *Australas J Dermatol*. 2016;57:39–43.
10. Mendieta-Eckert M, Ocerin-Guerra I, Landa-Gundin N. Lichen sclerosus et atrophicus in a surgical scar treated with fractional laser. *J Cosmet Laser Ther*. 2017;19:106–8.

M. Mendieta-Eckert^{a,*}, J. Torrontegui Bilbao^b,
I. Zabalza Estévez^c y N. Landa Gundin^a

^a Servicio de Dermatología, Clínica Dermitek, Bilbao, España

^b Equipo de Enfermería, Clínica Dermitek, Bilbao, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Dr. Guimón, Bilbao, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmendieta@dermitek.com
(M. Mendieta-Eckert).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.021>

0001-7310/ © 2020 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/>).

¿Suelen ser relevantes las pruebas epicutáneas en el paciente con síndrome de boca urente?



Are Patch Test Results Usually Relevant in Patients With Burning Mouth Syndrome?

Sr. Director:

La mayoría de publicaciones sobre los resultados de las pruebas epicutáneas en pacientes con síndrome de boca urente (SBU) muestran porcentajes elevados de positividades «clínicamente relevantes» (entre el 13 y el 74%), lo cual ha llevado a considerarlas como una herramienta útil en el estudio de estos pacientes¹⁻³. Algunos autores señalan que los pacientes con sintomatología intermitente (SBU tipo 3)

serían los candidatos idóneos para realizar estas pruebas³. Los alérgenos implicados son diversos y en ocasiones no coincidentes en los distintos estudios, pero las positividades más frecuentes corresponden a los metales, especialmente el níquel.

Teniendo en cuenta lo indicado, realizamos un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de determinar la relevancia clínica de las positividades halladas en pacientes con SBU. Para ello se analizaron los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas a pacientes con este diagnóstico remitidos a nuestra unidad de alergia cutánea durante un periodo de tiempo de 15 años (enero de 2001 a diciembre de 2015) y se realizó un seguimiento de estos a través de historia clínica digital (Osabide global) para establecer la relevancia de las positividades. Durante este periodo de tiempo se parchearon un total de 2.789 pacientes, de los cuales 67 consultaron por SBU (fig. 1).



Figura 1 Pacientes con síndrome de boca urente (SBU) y positividad en pruebas epicutáneas realizadas. En 2 (2,9%) de los 67 pacientes con SBU pudimos establecer una relevancia presente de las positividades, ambas a níquel (Ni).

Tabla 1 Índice MOAHLFA de la cohorte estudiada

	n = 2.789	SBU
M (Male)	979	13
O (Occupational) ^a	60	0
A (Atopy)	238	0
H (Hand) ^a	714	0
L (Leg) ^a	174	0
F (Face) ^a	356	0
A (Aged > 40)	2.144	67

^a Los ítems del índice MOAHLFA correspondientes a O, H, L y F no proceden en relación al motivo de consulta de la cohorte estudiada (síndrome de boca urente [SBU]), dado que no se considera un síndrome de origen ocupacional y no afecta a manos, piernas o cara.

Tabla 2 Baterías utilizadas en las pruebas epicutáneas realizadas

Batería	Número de pacientes	Porcentaje en la muestra
Estándar	67	100%
Dental	35	52,23%
Metal	30	44,78%
Panadería	16	23,88%
Productos propios	7	10,45%
Cosméticos	1	1,49%

Para describir la caracterización de la cohorte estudiada se utilizó el índice MOAHLFA (tabla 1). Todos los pacientes con SBU fueron parcheados con la serie estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y en 65 de ellos se colocó, según orientara la historia clínica, además alguna serie suplementaria, siendo las más utilizadas una serie dental (Chemotecnique, Suecia) (52,23%) y una serie de metales (Chemotecnique, Suecia) (44,7%) (tabla 2). Las lecturas se efectuaron a las 48 y a las 96 h, siguiendo las recomendaciones de la *European Society of Contact Dermatitis* (ESCD). En 23 (34,3%) de los 67 pacientes se observó alguna reacción alérgica, registrándose un total de 32 positividadades. El níquel (n = 11) fue el principal alérgeno, seguido de metilisotiazolinona/metilcloroisotiazolinona (n = 3) y berilio (n = 3). Solo en 2 (2,9%) de los 67 pacientes con SBU pudimos establecer una relevancia presente de las positividadades. Ambos casos correspondieron a pacientes sensibilizados al níquel

que portaban prótesis dentales metálicas, remitiendo la sintomatología al retirar dichas prótesis en cuya composición figuraba dicho metal. En los 21 pacientes restantes con pruebas positivas, estas se consideraron no relevantes o de relevancia desconocida por diversos motivos, principalmente por evidenciarse en ellos positividadades a metales que no formaban parte de la composición de las prótesis dentales que portaban en ese momento (fig. 1).

En nuestra cohorte de pacientes solo el 2,9% de las positividadades se consideraron clínicamente relevantes o con relevancia presente, porcentaje claramente inferior a los reflejados en la literatura¹⁻³. Estas relevancias presentes correspondieron al níquel, un alérgeno que forma parte de la serie estándar del GEIDAC. Por tanto, las series suplementarias empleadas no conllevaron un incremento en el número de positividadades clínicamente relevantes diagnosticadas. En función de estos resultados, creemos que, a excepción de casos seleccionados en los que la historia clínica oriente hacia un origen alérgico de la sintomatología, las pruebas epicutáneas no deberían incluirse entre los estudios a realizar rutinariamente en los pacientes con SBU.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Steele JC, Bruce AJ, Davis MDP, Torgerson RR, Drage LA, Rogers RS. 3rd. Clinically relevant patch test results in patients with burning mouth syndrome. *Dermatitis*. 2012;23:61-71.
2. Lynde CB, Grushka M, Walsh SR. Burning mouth syndrome: Patch test results from a large case series. *J Cutan Med Surg*. 2014;18:174-9.
3. Marino R, Capaccio P, Pignataro L, Spadari F. Burning mouth syndrome: The role of contact hypersensitivity. *Oral Dis*. 2009;15:255-8.

F.J. De la Torre Gomar*, S. Heras González y R. González Pérez

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fjtogo@gmail.com
(F.J. De la Torre Gomar).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.05.010>
0001-7310/ © 2020 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/>).