

5. Carpenter CR, Schuur ID, Everett WW, Pines JM. Evidence-based diagnosis: Adult septic arthritis. *Acad Emerg Med.* 2011;18:781-96.
6. Shemerling RH. Synovial fluid analysis. A critical reappraisal. *Rheum Dis Clin North Am.* 1994;20:503-12.
7. Goldenberg DL. Septic arthritis. *The Lancet.* 1998;351:197-202.
8. Stirling P, Faroung R, Amanat S, Ahmed A, Armstrong M, Sharma P, et al. False negative rate of Gram-stain microscopy for diagnosis of septic arthritis: Suggestions for improvement. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Microbiology.* 2014;2014. Article ID 830857.
9. Vostrel P, Legout L, Hoffmeyer P. Septic arthritis (non gonococcal) of the adult: Practical aspects. *Rev Med Suisse.* 2006;2:2924-30.
10. Denton J. Synovial fluid analysis in the diagnosis of joint disease. *Diagnosis Histopathology.* 2012;18, 189-168.

Joaquín Anino-Fernández*, Marco Aurelio Ramírez-Huaranga y María Dolores Mínguez-Sanchez

Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: michaelturra@hotmail.com

(J. Anino-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.05.008>

Dermatitis alérgica de contacto en profesionales médicos por exposición a gel ecográfico



Allergic contact dermatitis in medical professionals due to exposure to ultrasound gel

Sr. Editor:

Está ampliamente descrita en la literatura médica la aparición de dermatitis alérgica de contacto causada por la presencia de isotiazolinona, un conservante utilizado a nivel doméstico en cosméticos y productos de limpieza, así como en productos industriales como pinturas y lacas.

Las isotiazolinonas se encuentran en dichos productos en una proporción 3:1 metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (compuesto denominada *Kathon CG*), y son componentes orgánicos heterocíclicos con gran poder antibacteriano y antifúngico, pero que interaccionan con las proteínas epidérmicas pudiendo inducir sensibilización alérgica. En Europa son la segunda causa de dermatitis alérgica secundaria a conservantes tras los liberadores de formol, e incluso se las ha considerado las responsables de una «auténtica epidemia alérgica» por su extendida presencia en el mercado¹.

Las isotiazolinonas son utilizadas como conservante en los geles ecográficos, y existen publicados casos de pacientes que han desarrollado dermatitis alérgica de contacto, básicamente en pacientes sometidos a ecografías ginecológicas u otros procedimientos que implican el uso de dichos geles^{2,3}.

Sin embargo, la literatura existente de dermatitis alérgica de contacto a gel ecográfico en personal médico que realizan ecografías con asiduidad es escasa^{4,5}.

Presentamos el caso de un varón de 38 años, reumatólogo de profesión, sin antecedentes de alergia que ha trabajado durante los últimos 10 años en un departamento de reumatología realizando ecografías musculoesqueléticas de manera habitual, sin utilización de guantes y usando gel de ultrasonidos Mebaline® (EsteerPharmaGmbH, Reilingen). El paciente refiere aparición de lesiones ecematosas y pruriginosas en la zona externa de los pulpejos de 4° y 5° dedos, y en zona medial del 3° dedo de mano dominante (fig. 1). Se observa eritema con alguna vesícula, descamación y aparición de fisuras cutáneas dolorosas y que evolucionan en 2 meses hasta atrofia cutánea. Las lesiones no mejoran con la aplicación de crema hidratante ni con aplicación tópica de corticoides de mediana potencia.

La composición del gel ecográfico utilizado es: glicerina, carbómero, hidróxido de sodio, propilenglicol, metilisotiazolinona, yodopropinilo, butilcarbamat y clorhidrato de sodio. Ante la sospecha de dermatitis cutánea secundaria a contacto prolongado con el gel ecográfico (las lesiones coinciden con las zonas de piel expuestas al gel durante la manipulación del transductor



Figura 1. Lesiones ecematosas con fisuras cutáneas en zona externa de pulpejos de 3.º, 4.º y 5.º dedos de la mano dominante. Se observa eritema con alguna vesícula, descamación y fisuras cutáneas dolorosas.

ecográfico) se realizan pruebas epicutáneas para metilisotiazolinona y gel ecográfico que resultan positivas para ambas sustancias (fig. 2), por lo que se procede al uso de guantes de látex para evitar el contacto con el alérgeno, así como hidratación cutánea, evidenciando notable mejoría en 3-4 semanas. Asimismo, se procedió a sustituir el gel ecográfico por otro hipoalérgico.

La dermatitis de contacto alérgica se manifiesta generalmente en forma de eczema subagudo o crónico, especialmente en manos y cara (en el caso de uso de cosméticos), y en ocasiones puede simular una dermatitis irritativa crónica. Estudios de regresión logística han señalado como profesiones de riesgo pintores, herreros, operadores de maquinaria industrial y aquellos que utilizan cosméticos de forma profesional, especialmente en mayores de 40 años². En el caso que nos ocupa el sensibilizador primario fue la metilcloroisotiazolinona debido a la exposición prolongada.

Las dermatitis alérgicas causadas por gel de ultrasonidos son raras y, principalmente, se han asociado a sustancias como el propilenglicol, metildibromoglutaronitrilo, parabenos, imidazolidinilureas e isotiazolinonas. Las series publicadas hasta la fecha mencionan casos en los que los pacientes han sido sometidos a exploraciones radiológicas mediante ultrasonidos, pero la literatura médica que hace referencia en profesionales sanitarios es inexistente.

Mensaje didáctico: todo eczema localizado en mano dominante en profesionales sanitarios que realizan ecografías es susceptible de ser secundario a dermatitis de contacto secundaria a gel ecográfico.



Figura 2. Pruebas epicutáneas positivas a las 72 h para metilisotiazolinona (arriba) y gel ecográfico (abajo).

Bibliografía

1. Leiva-Salinas M, Francés L, Silvestre JF. Actualización en la dermatitis de contacto alérgica por metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona y metilisotiazolinona. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:840-6.
2. Verdelli A, Francalanci S, Palleschi GM. Contact allergic dermatitis due to Kathon CG contained in ultrasound gel. *Dermatitis.* 2014;25:35-6.
3. Eguino P, Sánchez A, Agesta N, Lasa O, Ratón JA, Díaz-Pérez JL. Allergic contact dermatitis due to propylene glycol and parabens in an ultrasonic gel. *Contact Dermatitis.* 2003;48:290.
4. Schwensen JF, Menné T, Andersen KE, Sommerlund M, Johanssen JD. Occupations at risk of developing contact allergy to isothiazolinones in Danish contact dermatitis patients: Results from a Danish multicentre study (2009-2012). *Contact Dermatitis.* 2014;71:295-302.
5. Madsen JT, Broesby-Olsen S, Andersen KE. Undisclosed methylisothiazolinone in an ultrasound gel causing occupational allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis.* 2014;71:312-3.

Javier García-Miguel^{a,*}, Nuria Lamas-Doménech^b
y Pere Barceló-García^a

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Sagrat Cor-Quirón Salud, Barcelona, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Sagrat Cor-Quirón Salud, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 35778jgm@gmail.com (J. García-Miguel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.05.006>

Quistes pulmonares asociados a síndrome de Sjögren primario



Pulmonary cysts associated with primary Sjögren's syndrome

Sr. Editor:

Las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren primario (SSp) acontecen en más del 50% de los pacientes. Las manifestaciones pulmonares ocurren en un 10% de los pacientes con SSp¹. Presentan afectación subclínica un 50% de los pacientes, sin embargo la enfermedad pulmonar sintomática ocurre en el 10%. La enfermedad pulmonar intersticial es la afectación más común²⁻⁴. La enfermedad pulmonar quística es mucho menos frecuente. Esta complicación se caracteriza por focos de densidad pulmonar disminuida con paredes definidas y adelgazadas (espesor de pared menor de 4 mm) y un diámetro de longitud mayor a 1 cm⁵. A continuación se presentan los casos de 3 pacientes con enfermedad pulmonar quística asociada a SSp. Todos ellos cumplían los Criterios de Clasificación Americano-Europeo 2002 para el diagnóstico de síndrome de Sjögren (SS)⁶.

Se presentan los casos de 3 pacientes con SS primario, en los que se realizó el diagnóstico mediante TACAR de tórax de enfermedad pulmonar quística asociada junto a enfisema pulmonar centrolobulillar de predominio en campos superiores en 2 de los 3 pacientes que se presentansin encontrar asociación con otras enfermedades pulmonares. Si bien no se realizó un abordaje desde el punto de vista histológico, realizado en otros estudios publicados hasta la fecha.

Paciente 1

Mujer de 74 años diagnosticada de SSp de 18 años de evolución. Presentó manifestaciones extraglandulares tales como, vasculitis tipo PAN. En las pruebas de laboratorio desatacó hipergammaglobulinemia, anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos. En tratamiento con azatioprina 50 mg/día vía oral. Durante el seguimiento presentó disnea grado funcional II. Se realizaron pruebas funcionales respiratorias que fueron normales, la tomografía axial de tórax de alta resolución (TACAR) evidenció enfisema pulmonar centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores e imágenes quísticas de paredes finas de predominio en campos inferiores (fig. 1a). Se mantuvo el mismo tratamiento sin presentar variaciones de dichas lesiones pulmonares en los sucesivos controles.

Paciente 2

Mujer de 46 años con diagnóstico de SSp de 20 años de evolución y mieloma IgA kappa. Como manifestaciones extraglandulares había presentado anemia, vasculitis leucocitoclástica, así como poliartritis y parotidomegalia. En tratamiento con hidroxiquina (HCQ) 200 mg/día, pilocarpina 15 mg/día vía oral y rituximab cada 6 meses. En las pruebas de laboratorio destacó aumento de reactantes de fase aguda, anemia y linfopenia, así como hipergammaglobulinemia con elevación de IgG y componente monoclonal IgA kappa. El factor reumatoide (FR), así como los anticuerpos anti-Ro y anti-La, fueron positivos. Durante el seguimiento presentó disnea de grandes esfuerzos. Se realizaron pruebas funcionales respiratorias, evidenciándose alteración de la ventilación