



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

Indicaciones de derivación a una Unidad de Alergia Cutánea

L. Borrego

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Insular, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria,
Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 31 de octubre de 2010; aceptado el 6 de marzo de 2011
Accesible en línea el 6 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Dermatitis de
contacto;
Derivación;
Eccema;
Pruebas epicutáneas

KEYWORDS

Contact dermatitis;
Referral;
Eczema;
Patch tests

Resumen La dermatitis de contacto es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Dermatología. Sin embargo, la realización de pruebas complementarias, especialmente las pruebas epicutáneas de contacto, puede ser menospreciada por el dermatólogo general. Idealmente la realización de pruebas epicutáneas se debiera realizar en Unidades de referencia de Alergia Cutánea, especialmente en eccemas que delimiten la figura de un contactante, eccemas agudos graves, eccemas crónicos o eccematizaciones y los localizados en párpados, área genital o alrededor de úlceras venosas. La eccematización de lesiones cutáneas previas, o la localización atípica de lesiones eccematosas en enfermos diagnosticados de eccemas endógenos también debieran ser estudiadas. Finalmente, aquellas dermatitis catalogadas como enfermedad profesional son manejadas más óptimamente por la mutua laboral propia del trabajador.

© 2010 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Indications for Referral to a Skin Allergy Unit

Abstract Contact dermatitis is one of the most common reasons for consultation in dermatology. However, general dermatologists do not always appreciate the importance of patch testing. These tests should ideally be performed in specialist skin allergy units, most importantly in cases suggestive of contact dermatitis, severe acute dermatitis, chronic persistent dermatitis, and dermatitis affecting the eyelids, genital region or adjacent to venous ulcers. Eczematous changes in pre-existing skin lesions or lesions at atypical sites in patients diagnosed with atopic eczema should also be investigated. Finally, cases diagnosed as occupational dermatitis can be best managed by the workers' health insurance scheme.

© 2010 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Indicaciones de derivación a una Unidad de Alergia Cutánea

El eccema es un cuadro clínico que, en términos generales, se puede clasificar en endógeno y exógeno. Este último, a su vez, en otros dos subgrupos: el eccema de contacto

Correo electrónico: lborregoh@meditex.es

irritativo y el eccema de contacto alérgico. El manejo clínico de estos tres grupos es muy diferente, y se necesita realizar pruebas epicutáneas para obtener un dato objetivo que niegue o confirme el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto. Sin embargo, la realización de pruebas epicutáneas puede ser considerada como un método engorroso para el paciente y para el médico¹⁻³. Aunque desde un punto de vista epidemiológico la eficacia y la eficiencia de la realización de pruebas epicutáneas de contacto están claramente demostradas^{4,5}, el dermatólogo clínico se encuentra con pacientes que presentan lesiones ecematosas sobre las cuales surge la duda de si merece la pena la realización de estas pruebas⁶. Sabiendo que las dermatitis de contacto suponen un 4-7% de los pacientes tratados por los dermatólogos⁷ el presente trabajo marca las pautas necesarias para poder actuar de forma idónea en determinadas situaciones.

Criterio de interés y criterio de beneficio

La realización de pruebas epicutáneas de contacto, o la derivación de un paciente a otro colega para realizar este estudio, es un acto médico y como tal debe guiarse por el criterio de beneficio para el enfermo. Beneficiar, significa según el Diccionario de la Real Academia Española «hacer bien»⁸, lo cual no siempre coincide con el interés del enfermo, del médico o de los gestores sanitarios. Si bien lo habitual es que los intereses de estas tres partes coincidan, esto, especialmente en el ambiente laboral, no siempre es así. Existen pacientes que obtienen ganancia de su proceso a través de bajas médicas o, que por el contrario, insisten en permanecer en su ámbito laboral hasta alcanzar una determinada antigüedad que les garantice una pensión adecuada al retirarse. Puede haber intereses empresariales o de mutuas laborales, y puede haber interés médico en engrosar la demanda de una Unidad de Dermatología de Contacto, o en minimizar la necesidad de esta, eludiendo estudios complementarios en los pacientes diagnosticados de eccema. Ante todas estas situaciones debe primar el criterio de beneficio para el enfermo, y no el de interés de los gestores, médicos ni del propio enfermo. Para clarificar el criterio de beneficio pongamos un ejemplo. Por anamnesis sospechamos que una paciente puede estar sensibilizada al níquel u otros metales ¿deberíamos remitirla para estudio a la consulta de alergia cutánea? Debemos aplicar el criterio de beneficio para la enferma. En un extremo estaría la paciente que consulta por otro motivo y que en sus antecedentes personales se encuentra la intolerancia a la bisutería. ¿La paciente obtendrá un beneficio relevante si se le realizan pruebas epicutáneas? El otro caso extremo es el de la paciente con intolerancia a bisutería a la que le van a colocar una prótesis metálica de rodilla. Aunque sea muy improbable que la paciente reaccione con los metales de la aleación de la prótesis, en caso de estar sensibilizada el perjuicio sería tan grande que merece la pena objetivar a qué metales es alérgica⁹.

La legislación española divide las enfermedades en comunes y profesionales, determinando claramente en el Boletín Oficial del Estado que «(...) la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales elaborará y tramitará el parte de enfermedad profesional correspondiente (...)»¹⁰. Según lo anterior el beneficio que obtiene el paciente, en términos de

optimización del puesto de trabajo y posibles futuras compensaciones, se ajustará más a la legalidad actual si ya desde el principio es seguido por el dermatólogo de la mutua laboral, que debiera remitir al trabajador a la Unidad de Alergia Cutánea según los criterios clínicos discutidos en este trabajo. Existen situaciones (trabajadores en paro y regímenes especiales) en los cuales el trabajador no se encuentra cubierto por una mutua laboral, siendo en estos casos estudiado por las Unidades de Alergia Cutánea del Sistema Nacional de Salud¹⁰.

Con una estructura mínima, la realización técnica de pruebas epicutáneas es relativamente sencilla, y se corre el riesgo de focalizar la dermatitis de contacto en la realización de las pruebas y no en resolver el problema al enfermo. Resultaría absurdo que el «beneficio» que obtuviese un paciente, después de haber soportado dos días unos parches, sin lavarse la espalda durante cinco, fuera solamente obtener unas hojas informativas genéricas que prohíben el contacto con determinadas sustancias que, en muchas ocasiones, son incomprensibles para el paciente. Siguiendo con el criterio de beneficio, al final del estudio de la posible dermatitis de contacto el paciente debiera obtener un informe clínico en el que se establezca un diagnóstico (eccema alérgico de contacto, dermatitis irritativa, eccema dishidróico, etc.), se describan las pruebas complementarias realizadas y se estime la relevancia de las pruebas positivas que presenta el paciente. Asimismo debemos tener en cuenta que la parte de la información que más perdurará en el paciente es la que se le otorga de forma verbal durante la entrevista¹¹. Para determinar la relevancia de las pruebas positivas (presente, pasada o desconocida) puede ser necesaria una labor detectivesca, que exige un entrenamiento y una actualización del dermatólogo que la realiza^{3,12-14}. En el ámbito de la sanidad pública española es mejor remitir a los pacientes a Servicios de Dermatología con Unidades de Alergia Cutánea con responsables puestos al día, un personal entrenado, material adecuado con las baterías de haptenos necesarias y posibilidad de realización de pruebas fotoalérgicas^{2,3,6,15}. Además de la labor puramente asistencial, estas unidades pueden realizar estudios epidemiológicos y científicos que permitan el avance en esta disciplina¹⁶. Sin embargo, según el Libro Blanco de la Dermatología española¹⁷ solamente el 50% de los hospitales públicos españoles disponen de una Unidad de Dermatitis de Contacto, con lo que es de suponer que existen enfermos que, bien por el tipo de asistencia prestada, bien por criterios administrativos, no pueden acceder a estas unidades. En estos casos se debe considerar adecuada realizar las pruebas epicutáneas con la batería recomendada por el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea o con el TRUE test (Thin-Layer Rapid Used Epicutaneous Test). Sin embargo, debemos saber que, según Saripalli et al sólo en un 25% de los pacientes el estudio va a ser completo al emplear la batería de TRUE Test de 23 alérgenos¹⁸. Siempre que nos veamos limitados para realizar las pruebas con todas las baterías pertinentes deberíamos proceder con mentalidad abierta, intentando completar el estudio con pruebas de uso o exposición, sin cerrar el caso de la última lectura de las pruebas epicutáneas. En caso de no seguir este planteamiento podemos ofrecer una falsa confianza que será perjudicial para nuestros enfermos^{3,19}.

Tabla 1 Pacientes con indicación de derivación a una unidad de alergia cutánea

Procesos inflamatorios cutáneos que delimitan la zona de contacto o aplicación de un elemento
Eccemas agudos graves
Eccemas subagudos repetitivos en idéntica localización
Eccemas crónicos que no respondan de forma adecuada al tratamiento pautado
Eccema de párpados o genital en pacientes no atópicos
Dermatitis «irritativa» de manos que no mejora en 3/ 6 meses de tratamiento adecuado
Eccematización de úlceras venosas
Pacientes atópicos con lesiones eccematosas más graves en otras localizaciones que las presentadas en la flexura de codos y rodillas
Eccema «dishidróico» asociado a lesiones localizadas fuera de manos y pies
Eccematización después de tratar cualquier lesión cutánea
Aumento de inflamación en una lesión cutánea tratada con corticoide tópico
Refuerzo clínico en el manejo del enfermo
Motivo laboral o legal

Pueden existir situaciones no contempladas en la tabla que por criterio médico pudieran ser derivadas a una Unidad de Alergia Cutánea. En los casos que no se puedan derivar, se deberían realizar pruebas epicutáneas con las limitaciones señaladas en el texto.

Dependiendo del motivo de derivación del paciente a una Unidad de Alergia Cutánea, el beneficio que se intenta lograr puede ser fundamentalmente por indicación diagnóstica, terapéutica o legal (tabla 1).

Indicación diagnóstica

El motivo de derivación más frecuente en las unidades de Dermatitis de Contacto hospitalarias es alcanzar un diagnóstico etiológico del cuadro que presenta el paciente; es decir, determinar si el paciente presenta una dermatitis de contacto irritativa o alérgica y, en este último caso, determinar los contactantes para los que se encuentra sensibilizado y la relación que tienen esas sensibilizaciones con el motivo de consulta del enfermo¹⁴. Expresándolo en términos médicos, determinar relevancias presentes en los procesos cutáneos. Sin embargo, también tenemos que tener en cuenta la posibilidad de que, tras realizar pruebas epicutáneas y resultar negativas, mejore la calidad de vida de los enfermos²⁰⁻²². Finalmente señalar que la edad no es un factor limitante para la indicación de estudio mediante pruebas de contacto. Son solamente factores logísticos (espacio corporal en niños y discapacidad en ancianos) los que impiden realizar pruebas epicutáneas con las baterías completas²³⁻²⁶.

Indicación diagnóstica por la morfología de las lesiones

Como su nombre indica las dermatitis de contacto están producidas por causas externas en relación directa con la piel. Ello origina que en muchas ocasiones el proceso



Figura 1 Sospecha de eccema alérgico de contacto por la morfología de la lesión. Sensibilización al pegamento utilizado en el terminal del electrocardiógrafo.

inflamatorio dibuje con gran fidelidad en la superficie del enfermo el área de contacto con la sustancia causante de la dermatitis (fig. 1). Además de los eccemas de contacto, tanto alérgicos como irritativos, las urticarias de contacto, algunas reacciones granulomatosas, púrpuras de contacto y algunas lesiones liquenoides (especialmente las localizadas en mucosas) dibujan sobre la piel del enfermo la superficie de contacto, y deben ser valoradas adecuadamente en una unidad de referencia.

Indicación diagnóstica por la intensidad de las lesiones

Si un paciente sensibilizado a una sustancia presenta una reacción eccematosa grave tras el contacto con dicha sustancia y se vuelve a exponer, la nueva exposición normalmente ocasionará cuadros más intensos. Por tanto, en beneficio del paciente, ante cualquier cuadro eccematoso agudo muy intenso debiera explorarse con detalle la posibilidad que el cuadro sea originado por un contactante específico para evitar la reexposición (fig. 2). En cuadros de eccema subagudo repetidos en áreas localizadas,



Figura 2 Sospecha de eccema alérgico de contacto agudo grave por antiinflamatorio no esteroideo.

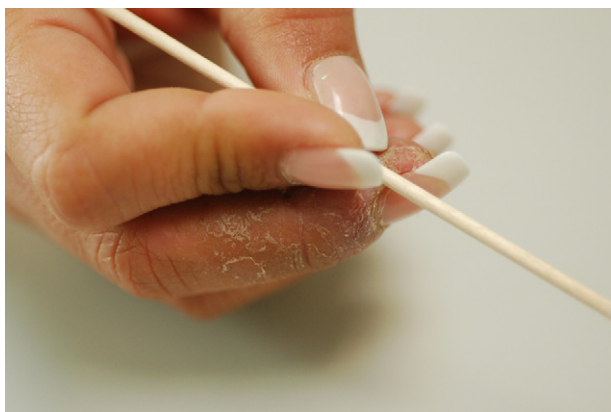


Figura 3 Eccema de manos localizado en los pulpejos de los tres primeros dedos en una esteticista que trabaja con uñas artificiales. Posible sensibilización a acrilatos.

que tienden a persistir, especialmente los localizados de forma asimétrica en el cuerpo, siempre debiera tenerse en cuenta una posible sensibilización y ser estudiados de forma adecuada. Este aspecto tiene especial relevancia, ya que la clínica puede ser idéntica a la fase inicial de una micosis fungoide, debiendo realizarse entonces un estudio histológico²⁷.

Indicación diagnóstica por la localización de las lesiones

Las lesiones de dermatitis de contacto alérgica se pueden localizar en toda la superficie cutánea; sin embargo, los párpados son una localización diana para las dermatitis de contacto alérgicas debido al mínimo espesor de la capa córnea. El hapteno llega hasta los párpados por estar disperso en aerosol o por transporte mediado por la mano del enfermo. Por ello los pacientes con lesiones eccematosas de cualquier localización asociadas a lesiones de párpados debieran sugerirnos una dermatitis alérgica de contacto. Una situación semejante, pero menos frecuente, es la localización del eccema en genitales asociada a lesiones a distancia. La eccematización de las úlceras varicosas también debe conducir al clínico sobre la sospecha de una sensibilización a los tratamientos tópicos empleados (tabla 2)^{6,14}.

La dermatitis crónica de las manos precisa una mención especial. Primeramente debe catalogarse el cuadro clínico y pautar el tratamiento específico. En el diagnóstico diferencial siempre deberá excluirse una tiña de manos, bien sea por la clínica, bien por el estudio micológico. Habitualmente el origen es plurifactorial, siendo el componente irritativo predominante. Una vez se ha estudiado al paciente en profundidad merece la pena recordar que la indicación de un estudio con pruebas epicutáneas debiera realizarse después de 3 a 6 meses de tratamiento adecuado, insistiendo especialmente en las medidas de protección e hidratación de manos. Una vez transcurrido este tiempo, y si no mejorara el eccema, debiera plantearse una posible sensibilización que cause o agrave la dermatitis (fig. 3)^{28,29}.

Tabla 2 Eccemas crónicos atípicos

Presentación clínica	Justificación
Dermatitis atópica asociada a lesiones eccematosas asimétricas (un ojo o solo dorso de una mano)	Sensibilización concomitante en un paciente con dermatitis atópica
Dermatitis atópica sin lesiones en la flexura de codos o rodillas	Sensibilización a textiles
Dermatitis resistente a tratamiento asociada a eccema de párpados	Sensibilización a tratamientos empleados
Lesiones de eccema crónico que se hacen más intensas	Sensibilización a tratamientos empleados
Eccema dishidrótico asociado a lesiones de eccema no palmo-plantares	Sensibilización a un hapteno que se transporta con la mano
Eccema facial asociado a eccema genital	Sensibilización a tratamientos tópicos o a cosméticos
Liquenificación perianal persistente	Sensibilización a productos de higiene y tratamientos tópicos (anestésicos)
Lesiones liquenificadas en palmas y exudativas en dorso de manos con zonas laterales de dedos sanas	Dermatitis irritativa de manos con sensibilización a tratamientos tópicos
Dermatitis irritativa de manos sin afectación de los pliegues interdigitales ni de las caras laterales del cuarto o quinto dedo	Valorar la manipulación que realiza el paciente con los objetos con los que está en contacto
Pulpitis que respeta el cuarto y quinto dedo	Valorar la manipulación que realiza el paciente con los objetos con los que está en contacto
Exudación en eccema crónico de piernas o úlceras venosas	Sensibilización a tratamientos empleados

Indicación diagnóstica en eccemas endógenos

En eccemas inicialmente catalogados como endógenos, que cursan de forma crónica, se debe descartar dermatitis de contacto en aquellos que presentan un patrón de distribución atípico, como los pacientes con dermatitis atópica con lesiones muy intensas en párpados en los que se tendrá que descartar sensibilización a los componentes de las cremas empleadas, o aquellos individuos atópicos con lesiones mucho más activas en las axilas que en la flexura de los codos, en los que habrá que descartar sensibilización a componentes textiles. Los pacientes diagnosticados de eccema dishidrótico que presentan lesiones fuera de las palmas o plantas también debieran ser valorados. El empeoramiento agudo de las lesiones, o la falta de respuesta a un tratamiento adecuado, nos debe plantear el diagnóstico de sensibilización a los componentes de los tratamientos tópicos



Figura 4 Agravamiento de una dermatitis seborreica. Posible sensibilización a los tratamientos tópicos.

empleados e indicar el estudio correspondiente (tabla 1)^{6,7,30}.

Indicación terapéutica

El beneficio diagnóstico implica el beneficio terapéutico; sin embargo, también existen situaciones en las que la realización de pruebas epicutáneas facilita el manejo del cuadro clínico. En situaciones especiales las pruebas epicutáneas constituyen una herramienta de refuerzo del manejo del enfermo, y aunque la determinación de sensibilizaciones en pruebas epicutáneas sin una anamnesis que oriente a una posible dermatitis de contacto es muy pobre, ocasionalmente pueden ser convenientes. La realización de las pruebas, en las que el paciente desempeña un papel activo, puede emplearse como refuerzo para aumentar la adherencia de los pacientes a la terapia propuesta por el facultativo. Woo et al han demostrado la mejoría en la calidad de vida en enfermos con pruebas epicutáneas negativas tras la realización de estas¹¹.

Otro aspecto relevante de la realización de pruebas de contacto ocurre en aquellos pacientes tratados por una dermatosis crónica en los que se presenta una agudización de sus lesiones. La aparición de esta complicación puede deberse a sobreinfección bacteriana o a sensibilización a los productos tópicos empleados (fig. 4). En estos individuos debe considerarse siempre la posible sensibilización a corticoides tópicos, que debido a su poder antiinflamatorio pueden ocasionar cuadros larvados de dermatitis^{7,14,31}.

Indicación legal o social

Las pruebas epicutáneas de contacto son una prueba objetiva de sensibilización, en la que tanto su positividad o negatividad puede tener importancia fuera del ámbito sanitario. Este hecho es de especial trascendencia en el ámbito laboral, donde la presencia de una dermatitis alérgica o irritativa tiene la repercusión de un dermátitis y lésica o irritativa. En estos casos, y aplicando el criterio de beneficio para el enfermo, los enfermos deben ser estudiados adecuadamente, aunque inicialmente se sospeche que los resultados

de las pruebas epicutáneas serán negativas⁷. Un hecho completamente distinto es la realización de pruebas de contacto «proféticas» o «preventivas» en personal sano (como las que se podrían hacer a futuros empleados), que dado el riesgo de sensibilización deben ser evitadas y consideradas no éticas¹⁴.

Aunque sean casos excepcionales, la sensibilización a componentes metálicos puede originar el rechazo de una prótesis colocada dentro del cuerpo humano y la realización de pruebas epicutáneas preventivas en este caso debe regirse por el criterio de beneficio para el enfermo⁹.

La derivación de un paciente afecto de eccema de contacto a una Unidad de Alergia Cutánea de referencia, para realizar un estudio en profundidad de su cuadro de dermatitis, debiera ser un hecho habitual entre los dermatólogos españoles. Los dermatólogos deben aplicar el criterio de máximo beneficio buscando los datos clínicos que establecen la indicación de esta derivación.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kligman AM. A personal critique of diagnostic patch testing. *Clin Dermatol*. 1996;14:35–40.
2. Holness DL, Tabassum S, Tarlo SM, Liss GM, Silverman F, Manno M. Dermatologist and family practitioner practice patterns for occupational contact dermatitis. *Australas J Dermatol*. 2007;48:22–7.
3. Mowad CM. Patch testing: pitfalls and performance. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2006;6:340–4.
4. Jacob SE, Steele T. Contact dermatitis and workforce economics. *Semin Cutan Med Surg*. 2006;25:105–9.
5. Rajagopalan R, Anderson RT, Sarma S, et al. An economic evaluation of patch testing in the diagnosis and management of allergic contact dermatitis. *Am J Contact Dermat*. 1998;9:149–54.
6. Bhushan M, Beck MH. An audit to identify the optimum referral rate to a contact dermatitis investigation unit. *Br J Dermatol*. 1999;141:570–2.
7. Bourke J, Coulson I, English J, British Association of Dermatologists. Guidelines for care of contact dermatitis. *Br J Dermatol*. 2001;145:877–85.
8. Diccionario de la Real Academia Española: Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=beneficiar (consultado el 18 de febrero de 2011).
9. Thyssen JP, Menné T. Metal allergy—a review on exposures, penetration, genetics, prevalence, and clinical implications. *Chem Res Toxicol*. 2010;23:309–18.
10. Real Decreto 1299/2006 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales y en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen los criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302 de 19 de diciembre 2006. p. 44487–546.
11. Woo PN, Hay IC, Ormerod AD. An audit of the value of patch testing and its effect on quality of life. *Contact Dermatitis*. 2003;48:244–7.
12. Goulden V, Wilkinson SM. Evaluation of a contact allergen clinic. *Clinical Exp Dermatol*. 2000;25:67–70.
13. Diepgen TL, Coenraads PJ. Sensitivity, specificity and positive predictive value of patch testing: the more you test, the more you get? *Contact Dermatitis*. 2000;42:315–7.

14. Devos SA, Van Der Valk PG. Epicutaneous patch testing. *Eur J Dermatol*. 2002;12:506–13.
15. Ormond P, Hazelwood E, Bourke B, Lyons JF, Bourke JF. The importance of a dedicated patch test clinic. *Br J Dermatol*. 2002;146:304–7.
16. Uter W. La epidemiología de la alergia de contacto en Europa. Situación actual y perspectivas. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:4–7.
17. Unidades y consultas monográficas. Libro Blanco de la Dermatología Española. Madrid: LOKI and DIMAS; 2008. p. 51.
18. Saripalli YV, Achen F, Belsito DV. The detection of clinically relevant contact allergens using a standard screening tray of twenty-three allergens. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:65–9.
19. Scheman A. Patch testing: an underutilized modality. *Arch Dermatol*. 2004;140:1529–30.
20. Lewis FM, Cork MJ, McDonagh AJ, Gawkrödger DJ. An audit of the value of patch testing: the patient's perspective. *Contact Dermatitis*. 1994;30:214–6.
21. Paul MA, Fleischer AB, Sheretz EF. Patient's benefit from contact dermatitis evaluation: results of a follow-up study. *Am J Contact Dermat*. 1995;6:63–6.
22. Rajagopalan R, Anderson R. Impact of patch testing on dermatology-specific quality of life in patients with allergic contact dermatitis. *Am J Contact Dermatitis*. 1997;8: 215–21.
23. Romaguera C, Alomar A, Camarasa JM, García Bravo B, García Pérez A, Grimalt F, et al. Contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis*. 1985;12:283–4.
24. Beattie PE, Green C, Lowe G, Lewis-Jones MS. Which children should we patch test? *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:6–11.
25. Castañedo-Tardan MP, Matiz C, Jacob SE. Dermatitis por contacto en Pediatría: revisión de opiniones actuales. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:8–18.
26. Prakash AV, Davis MD. Contact dermatitis in older adults: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11:373–81.
27. Rietschel RL, Fowler JF. *Fisher's Contact Dermatitis*. 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p. 52.
28. Carrascosa JM, Benvenuti F, Rodríguez C, Ferrándiz C. Perfil de los pacientes con dermatosis en las manos remitidos a la Unidad de Contacto de un hospital terciario e impacto de las pruebas epicutáneas en el diagnóstico. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:493–8.
29. Ramírez C, Jacob S. Dermatitis de manos. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:363–73.
30. Corral M, Vidaurrezaga C, Vera E, Bergón M, Hervella M, Casado M. Dermatitis alérgica de contacto en pacientes con dermatitis atópica. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:161–4.
31. Baeck M, Marot L, Nicolas JF, Pilette C, Tennstedt D, Goossens A. Allergic hypersensitivity to topical and systemic corticosteroids: a review. *Allergy*. 2009;64:978–94.