



## Eccema agudo



▲ 14.1. Erupción vesiculosa pruriginosa de aparición aguda, a las 48 h de tatuaje con henna.



▲ 14.2. Eccema agudo de tipo dishidrótico.



▲ 14.3. Eccema agudo en antebrazo de 48 h de evolución tras aplicación de antiinflamatorio tópico.

▲ 14.4. Eccema agudo en dorso de pie inducido por calzado en periodo estival.

### Características específicas de la lesión

El eccema muestra como lesión elemental primaria la vesícula, a la que habitualmente los pacientes se refieren como «burbujas o ampollas de agua», y presenta como síntoma guía un picor o prurito intenso<sup>1</sup>. El eccema agudo comienza con un eritema y una piel infiltrada o engrosada con carácter pruriginoso, sobre la que se desarrollan pequeñas vesículas, como consecuencia del despegamiento de los queratinocitos epidérmicos provocado por el proceso inflamatorio (histológicamente, espongiosis). Posteriormente, producto del rascado, aparece la exudación, y en el plazo de unos días se observan descamación, costras y fisuras propias de la cronificación del eccema. Las lesiones se presentan con distribución parcheada y son persistentes<sup>2</sup>.

### Síntomas de alarma

El eccema agudo recurrente es un signo de alarma, pues sugiere la existencia de un desencadenante exógeno o endógeno repetido y susceptible de ser tratado. La búsqueda etiológica de este desencadenante mediante pruebas de provocación *in vivo* adecuadas (p. ej., epicutáneas) es esencial para un correcto tratamiento<sup>3</sup>.

### Claves para el diagnóstico diferencial

- Histología cutánea de espongiosis y exocitosis.
- Lesiones vesiculosas-ampollosas iniciales acompañadas de prurito.
- Suele existir un factor endógeno o exógeno (p. ej., sustancia de contacto de tipo irritativo o sensibilizante) desencadenante.
- Se precisan pruebas de provocación cutánea (p. ej., epicutáneas, prick test, etc.) para establecer el diagnóstico etiológico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Milam EC, Cohen DE. Contact dermatitis: emerging trends. *Dermatol Clin*. 2019; 37(1): 21-28.
2. Saint-Mezard P, Rosieres A, Krasteva M, Berard F, Dubois B, Kaiserlian D, et al. Allergic contact dermatitis. *Eur J Dermatol*. 2004; 14(5): 284-295.
3. Katelaris CH, Peake JE. Allergy and the skin: eczema and chronic urticarial. *Med J Aust*. 2006; 185(9): 517-522.