

Original

Dermatitis de contacto

J. Gutiérrez de la Peña*, M. Tomás Salvá**

En la patología laboral las manifestaciones cutáneas inflamatorias de la epidermis debidas a la exposición de la piel a sustancias agresivas del medio externo, sean químicas, físicas o biológicas, ocupan un lugar destacado. Son los eczemas o dermatitis de contacto. El número de sustancias implicadas en su patogenia aumenta incesantemente, paralelo al progreso de la industria química.

Existen dos tipos polares de dermatitis: la atópica o endógena, debida a predisposición constitucional, y la de contacto, originada por agentes externos que provocan en la piel una reacción inflamatoria. Esta última se subclasifica en dos formas:

- 1.º Dermatitis irritativa.
- 2.º Dermatitis alérgica, donde existe un mecanismo inmunológico implicado.

Dermatitis irritativa

Son reacciones inflamatorias no alérgicas causadas por agentes químicos. Afecta a cualquier persona, dependiendo únicamente de la susceptibilidad individual y de la concentración del producto irritante.

Se ven favorecidas por la humedad, la maceración, el roce, el calor y el frío. La susceptibilidad individual varía según el grado de resistencia natural de la piel, cuyo manto natural ácido-graso actúa como protector. Cuando éste se pierde por la actuación de álcalis como jabones, detergentes, lejías o limpiadores, se desencadena la enfermedad.

El eczema irritativo afecta primordialmente a las manos. Se inicia con sequedad y enrojecimiento de los dedos, cuyos pulpejos se excorían. Si el cuadro evoluciona, afecta a palmas y dorso de las manos, que pasan a ser secas, brillantes, eritematosas y fisuradas (fig. 1). El cuadro es más evidente en la mano predominante, y más frecuente en ocupaciones y oficios que requieren lavar las manos repetidamente o con un contacto prolongado con el agua: cocineros, camareros, médicos, enfermeras, amas de casa, fontaneros, etc.

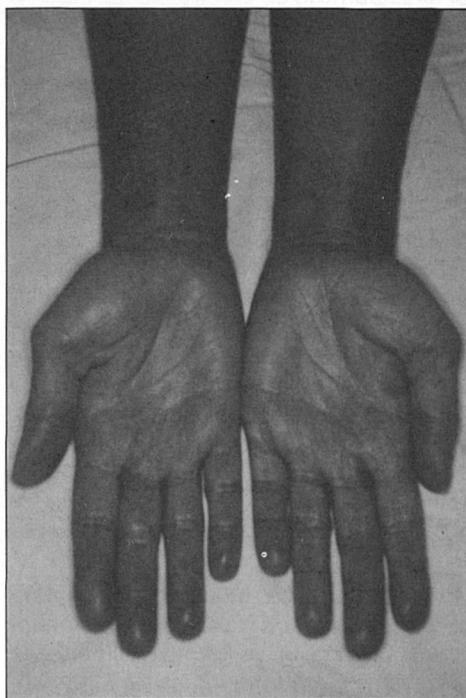


Figura 1. Eczema irritativo, con palmas de las manos secas y brillantes en paciente con neurosis obsesiva que se lavaba constantemente las manos.

* Dermatólogo.

** Especialista en Medicina de Trabajo. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca.



Figura 2. Eczema de contacto por rodillera de espuma sintética.

Las pieles afectas de dermatitis irritativas se agravan al ponerse en contacto con cítricos, ajos, tomates o pescados, y por el uso de guantes de goma que, al retener la humedad, favorecen la maceración. Señalemos finalmente que este característico «eczema del ama de casa» puede, con el tiempo, convertirse en verdadera sensibilización alérgica al níquel de los detergentes, a la goma de los guantes, o a los productos químicos con los que la piel afecta tenga contacto.

Dermatitis alérgica

Motivada por el contacto con una sustancia alérgica a la que la piel está previamente sensibilizada, en su patogenia interviene el mecanismo inmunológico de hipersensibilidad diferida, tipo IV de la clasificación de Coombs y Gell, en la que las células de Laangerhans presentan el hapteno a los

linfocitos, lo que da lugar a clonos sensibilizados que reconocen al antígeno en cada ocasión en que entra en contacto con la piel. Requiere un período variable de incubación, y, generalmente tras meses de exposición a los alérgenos, se manifiesta la hipersensibilidad alérgica. Una vez adquirida, un ligero contacto basta para desencadenar brotes de eczema, localizados en las zonas de exposición. Los alérgenos implicados son numerosísimos y extremadamente variados: metales, aceites, colorantes, gomas, jabones, cosméticos, medicamentos, insecticidas y, en general, cualquier producto químico. La dermatitis alérgica provoca eczema en el lugar de contacto, con sus fases de eritema, edema, vesiculación y exudación, en las formas agudas; en las crónicas, se manifiesta con enrojecimiento, hiperqueratosis, descamación, formación de costuras y agrietamiento (figs. 2, 3 y 4). Se acompaña siempre de prurito de intensi-



Figura 3. Eczema de contacto agudo por crema de antibióticos conteniendo neomicina, que agravó la dermatitis preexistente.

dad variable, generalmente de moderada a grave.

Junto a la realización de una historia clínica detallada, la ubicación del eczema es de gran ayuda para identificar al agente responsable. Así, mientras la localización en cuero cabelludo y zona posterior del cuello orienta hacia la responsabilidad de tintes capilares, la afectación de los lóbulos de las orejas lo hace hacia los pendientes de bisutería y la localización en muñecas hacia relojes y pulseras.

En la frente puede producir eczemas la banda de sombrero o gorra, el área de contacto de la ropa interior o del sujetador, afectarse por elásticos o corchetes y la zona infraumbilical por el botón metálico del pantalón vaquero.

En cara y cuello las cremas cosméticas ocasionan eczemas alérgicos. Las axilas son la localización topográfica habitual de

las dermatitis por desodorantes, mientras que los pies lo son de las causadas por el cromo del cuero de los zapatos, o por las gomas y caucho del calzado deportivo.

Existe, pues, una clara relación entre el contactante y la dermatitis. Dicha relación causal es conocida con frecuencia por los pacientes que, por motivos estéticos, no evitan el uso de los objetos responsables, sufriendo así recaídas.

También los medicamentos tópicos como las gotas óticas o colirios ocasionan manifestaciones eczematosas: en los pabellones auriculares las primeras, en los párpados los segundos. Es asimismo frecuente la sensibilización a la neomicina o tul grasum usados como medicación tópica de las úlceras varicosas, con eczematización secundaria y posible generalización de la erupción cutánea.

En la fotosensibilización tópica la actuación de los rayos solares actúa como desencadenante de la dermatitis alérgica. Es el caso de las cremas de prometazina, entre otras medicaciones locales y generales (fig. 5).

Ciertas profesiones tienen un riesgo mayor de sufrir eczemas alérgicos: los jardineros padecen eczemas de contacto causados por flores y plantas; los albañiles, por cemento; las peluqueras, por tintes capilares; los dentistas, por anestésicos tópicos; los obreros, por la industria siderúrgica, por aceites pesados; los panaderos, por harinas y sus conservantes, etc.

Las sensibilizaciones cutáneas más frecuentes son las desencadenadas por la exposición al níquel, presente en multitud de objetos metálicos de adorno y en diversos detergentes, por el cromo del cemento, por el caucho de los guantes de goma, por el adhesivo del esparadrapo y por la resina de las colas, pinturas y disolventes. Entre los cosméticos destaca la parafenilendiamina de los tintes y productos capilares. Finalmente, señalamos que el preservativo puede eczematizar el pene, lo que no debe confundirse con una enfermedad venérea.



Figura 4. Eczema crónico por cromo del cemento en trabajador de la construcción.



Figura 5. Eczema de fotosensibilidad por crema de prometazina.

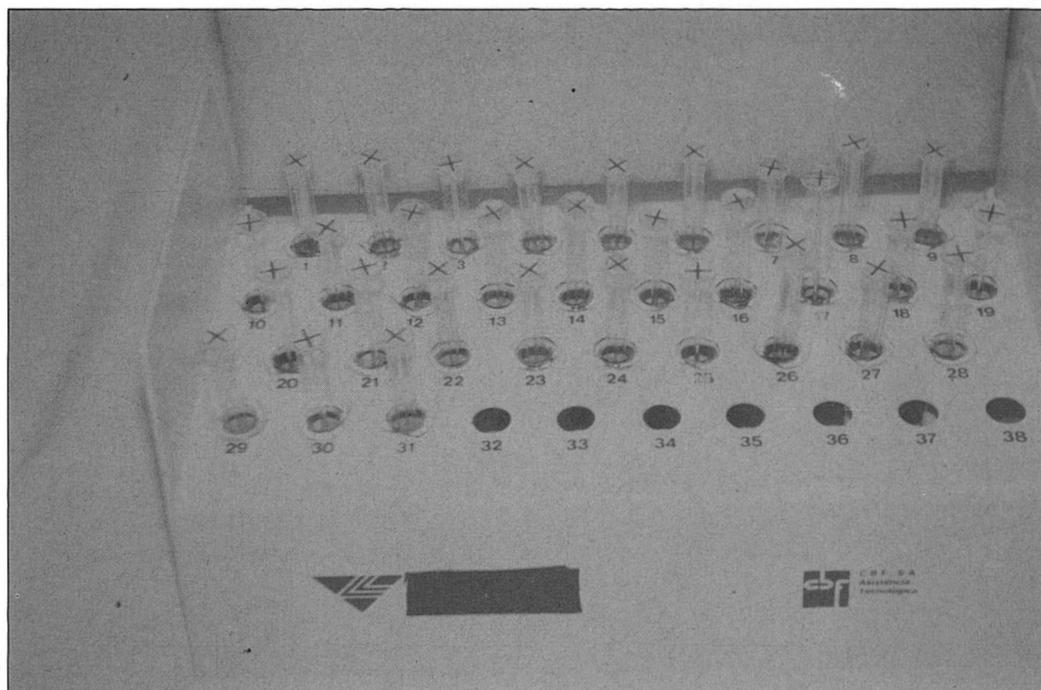


Figura 6. Batería de pruebas epicutáneas de contacto standard.

Histología

La distinción histológica entre la dermatitis irritativa y la alérgica es, actualmente, imposible. El aspecto histológico de una y otra depende de la fase evolutiva de la enfermedad.

La fase aguda se caracteriza por acantosis, hiperqueratosis y edema en el cuerpo mucoso de Malpighio. Esto último disocia los filamentos de unión epidérmica y origina espongiosis y exocitosis linfocitaria y monocitaria que, al evolucionar, conduce a la formación de vesículas que exudan al romperse. En la dermis aparece edema, dilatación vascular e infiltración perivascular de predominio linfocitario, con eosinófilos ocasionales.

En la fase crónica, disminuye la exudación y predomina la hiperplasia epidérmica, la para e hiperqueratosis y el infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular.

Diagnóstico

El diagnóstico diferencial entre la dermatitis alérgica y la irritativa por contacto se basa en la realización de las pruebas alérgicas cutáneas de contacto, conocidas como «pruebas del parche». Se emplean a fin de demostrar el poder alérgico de una sustancia puesta en contacto con la piel del paciente. Esta prueba de sensibilización es negativa en el caso de las dermatitis irritativas.

La existencia de un número tan elevado de alérgenos hace necesaria una selección de los mismos. En la sospecha de sensibilización alérgica que practican las pruebas epicutáneas standard (fig. 6), recomendadas por el ICRG (International Contact Research Group) o por el GEIDC (Grupo Español de Investigación sobre la Dermatitis de Contacto) (Tabla I).

Con las pruebas epicutáneas standard se



Figura 7. Resultado de las pruebas de contacto con eczematización y positividad en los lugares correspondientes al níquel, mercurio y PPD.

obtienen datos suficientes, en la mayoría de los casos, para incriminar a un determinado alérgeno. En determinadas circunstancias conviene completar el estudio con todos los posibles derivados químicos implicados: son las pruebas cutáneas dirigidas o especiales, a realizar únicamente en centros de patología laboral especializados, por las dificultades técnicas que supone la detección del agente etiológico.²

Existen baterías de pruebas con alérgenos habituales para determinadas profesiones, como peluquería, pastelería, industria textil, metalurgia, laboratorios fotográficos, etc. Para la realización de estas pruebas se precisa esparadrapo hipoalergénico incorpo-

rado a unos discos de plástico donde, tras añadir los reactivos, se aplican sobre la espalda del paciente.

En el caso de reactividad se desarrolla eritema, edema y vesiculación en el área de positividad, graduada de una a tres cruces según la intensidad de la reacción (fig. 7).

Tratamiento

En la dermatitis irritativa debe evitarse el contacto con el agua, los jabones alcalinos fuertes y los disolventes. Es conveniente utilizar guantes de protección muy secos, y usar cremas emolientes. En los casos intensos debe recurrirse a cremas o pomadas de corticosteroides.

En las dermatitis alérgicas establecer la etiología es fundamental, a fin de evitar el contactante. No obstante, en ciertas profesiones o por motivos sociales es muy

¹ Debido a su elevadísimo número y el desconocimiento de sus efectos nocivos, al haberlos incorporado recientemente la industria química o guardarlos en secreto.

TABLA I
PRUEBAS EPICUTÁNEAS STANDARD

Dicromato potásico	0,5 %
p-Fenilendiamina (PPD)	1 %
Mezcla tiurán del caucho	1 %
Sulfato de neomicina	20 %
Cloruro de cobalto	1 %
Mezcla anestésicos caína	7 %
Sulfato de níquel	2,5 %
Vioformo o chinosform	5 %
Colofonia resina	20 %
Mezcla parabenos	0,6 %
Alcoholes de lana (lanolina)	30 %
Resina epoxi	1 %
Bálsamo de Perú	25 %
p-tert-Butilfenol Formaldehido resina	1 %
Mezcla carba del caucho	3 %
Formaldehido en agua	2 %
Etilendiamina	1 %
Mezcla de perfumes	16 %
Esencia de canela	0,5 %
Trementina	10 %
Mercurio	0,5 %
Cloruro benzalconio	0,1 %
Sulfanilamida	5 %
Mezcla naftil	1 %
Mercaptobenzotiazol	1 %
Mezcla mercapto	1,5 %

(Recomendado por el GEIDC)

Nota: Este mismo Grupo Español de Investigación Dermatitis de Contacto propuso ciertos cambios en 1989 como suprimir la mezcla naftil, esencia de canela y sulfanilamida, y aconsejan incluir la mezcla de quinoleínas al 3 %, Kathon CG al 0,01 % en agua, y Quaternium XV al 1 % en vaselina.

difícil separar al enfermo del agente responsable. No existen cremas protectoras o aislantes eficaces para todas las variantes de reactivos posibles.

En las fases agudas y subagudas son convenientes las fomentaciones astringentes y antisépticas, como el sulfato de cobre o de zinc al uno por mil o de permanganato potásico al uno por diez mil, junto con cremas de corticoides y antibiótico o pastas al agua de ictiol y minio del cinco al diez por ciento.

En las etapas crónicas son útiles los reductores del tipo del alquitrán o corticoides tópicos.

Como tratamiento general, los antihistamínicos alivian el prurito y previenen las lesiones por rascado. Los corticosteroides por vía oral o parenteral deben reservarse para casos graves, y utilizarse sólo en la certeza de la eliminación del contactante.

Bibliografía

1. Dulanto F de. Dermatología Médico-Quirúrgica. 141-159. Ed. Anel. Granada. 1981.
2. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 572-579. Panamericana. Buenos Aires. 1980.
3. Fregert S. Manual de Dermatitis de Contacto. Salvat. Barcelona. 1977.
4. García Pérez A. Dermatología Clínica. 261-271. Gráficas Cervantes. Salamanca. 1976.
5. Grahon-Brown R, Burns T. Lecture Notes On Dermatology. 81-88. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1990.
6. Grimalt F, Romaguera C. Dermatitis Contacto. Syntex Latino. 1987.
7. Lever WF. Histopatología de la Piel. 87-89. Inter-médica Ed. Buenos Aires. 1979.
8. Rook A. Tratado de Dermatología. 481-648. Doy-ma Ed. Barcelona. 1988.