

Identifique el caso

Guerrero Zulueta Alejandro,* Guerra Rentería Sergio G,** Campos González Rosa Y,**
Domínguez López Annel,** Hernández Rodríguez María T,** Gutiérrez Rodríguez Yadira***

Hombre de 42 años de edad que no había acudido a atención médica. Se presenta en consulta de urgencias con presencia de múltiples tumoraciones de consistencia firme localizadas a nivel de metatarsos, muñecas, región oleocraneana, zona coxofemoral, rodillas, tobillos y metacarpos; evidenciándose datos claros de inflamación con hipertermia, dolor, aumento de volumen e hiperemia solo en miembro pélvico derecho



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2011;18(2):53

Dermatitis de contacto

La dermatitis de contacto comprende a todas las reacciones cutáneas adversas debidas al contacto directo de un agente exógeno con las capas más externas de la piel,¹ condicionando una reacción inflamatoria de la piel.

La dermatitis por contacto predomina en varones, sin embargo la incidencia se encuentra en aumento en mujeres por la exposición al agua y a los detergentes,² se presenta en 60% de todos los problemas ocupacionales en los países industrializados,³ de 80 a 90%⁴ en países subdesarrollados como Perú y afecta predominantemente en las manos, en la región palmar, en 87.3%.⁵

Mecanismos para desencadenar una dermatitis de contacto:

1. *Dermatitis de contacto irritativa*: se debe a la acción directa de un producto irritante sobre la piel, que ocasiona daño tisular; se comporta igual en todos los individuos, dependiendo de la concentración y tiempo de exposición.

2. *Dermatitis de contacto alérgica*: resulta de una reacción inflamatoria de la piel mediada por un antígeno, la cual desencadena una reacción de hipersensibilidad tipo IV, de tal forma que la lesión dérmica no solo puede presentarse en la zona afectada, sino con lesiones a distancia.

Clínicamente las lesiones se pueden presentar en forma aguda, se caracterizan por la presencia de prurito intenso, eritema, edema, vesiculación y exudación. En las lesiones crónicas se aprecian eritema, descamación y liquenificación.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial en la dermatitis de contacto irritativa, ya que la lesión solo aparece en la zona de contacto, tiene bordes bien delimitados y la prueba de parche es negativa, en tanto que en la dermatitis de contacto irritativa la lesión tiene bordes imprecisos, puede generalizarse y la prueba de parche es positiva.

El caso que nos ocupa se debió al contacto con detergente, polvo más potente que el jabón y desnaturaliza fácilmente la queratina.

No debe olvidarse que en la práctica diaria podemos ocasionar dermatitis de contacto alérgica con el uso de medicamentos tópicos, en particular la neomicina.⁶

Básicamente el diagnóstico diferencial deberá establecerse con: dermatitis atópica, dermatomicosis y urticaria.

El manejo se establecerá con medidas generales, en la fase aguda se debe utilizar, por ejemplo, fomentos de sulfato de cobre a 1%, corticoides tópicos usados con criterios de racionalidad,^{7,8} e inmunomoduladores tópicos, como el tacrólimus y en la fase crónica corticoides tópicos. Debe complementarse en forma sistémica con: antihistamínicos, corticoides y en casos severos usar la prednisona de 0.5 a 1 mg/kg/día y cuando sea necesario utilizar, según el caso, antimicrobianos.

Referencias

1. Beltrani VS, Beltrani VF. Contact dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 1997;78:160-175.
2. Alonso L, Rodríguez PME. Dermatitis por contacto ocupacional. Rev Cent Dermatol Pascua. 1999; 89-95.
3. Resendiz GF. Mecanismos inmunológicos en las dermatitis por contacto. Alergia. 2004; 51(3):110 -118.
4. Meza B. Dermatoses profesionales. Dermatol Perú. 2006; 16(1): 66 -77.
5. Puell L, Del Solar M, Bravo F, Terashima A, Salomón M, Rojas J y cols. Características clínicas y epidemiológicas de las dermatitis de contacto de las manos en una clínica médica de la ciudad de Lima enero 2004-diciembre 2008. Dermatol Perú. 2009; 20(3):125-33.
6. Gómez VM, Fernández RV, Toribio J. Dermatitis alérgica de contacto a tratamientos tópicos. Actas Dermo-sifiliogr. 2003; 94: 150-54.
7. McHenry PM, Williams HC, Bingham EA. Manejo del eccema atópico. BMJ Latinoamericana. 1995; 3:120-25.
8. Howell JB. Eye diseases induced by topically applied steroids. Arch Dermatol. 1976; 112:1529-30.

*Médico adscrito a la UMF No.22, IMSS, Hospital ISSSTE, Teziutlán, Puebla.

**Residente de Medicina Familiar, IMSS.

***Médico Cirujano y Partero.

Correspondencia:
Guerrero Zulueta Alejandro
agzulueta@hotmail.com
Guerra Rentería Sergio
sergeo16@hotmail.com

Aten Fam 2011;18(4): 97