

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **12**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2003**

Artículo:




Dermatitis por contacto irritativa por plantas. Presentación de tres casos

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Dermatitis por contacto irritativa por plantas. Presentación de tres casos

Dra. Maribet González González,* Dra. Diana Medina Castillo,** Dra. Lourdes Alonzo Pareyon**

RESUMEN

La dermatitis de contacto irritativa es una reacción inflamatoria no inmunológica ocasionada por sustancias irritantes. Es la más común de las enfermedades cutáneas ocupacionales; se debe tener en cuenta que deben existir factores exógenos y endógenos para que se presente esta entidad. En este artículo se realiza la revisión bibliográfica de la dermatitis por contacto irritativa específicamente por plantas, a propósito de tres casos.

Palabras clave: Dermatitis por contacto irritativa, plantas.

ABSTRACT

The irritant contact dermatitis is an inflammatory reaction not immunologic occasioned by irritating substances. Being the most common of the illnesses cutaneous occupations; it should keep in mind that factors should exist exogenous and endogenous so that this comes entity. In this article is carried out the bibliographical revision of the irritant contact dermatitis specific for plants, by the way of three cases.

Key words: Irritant contact dermatitis, plants.

La dermatitis por contacto irritativa se define como una reacción inflamatoria no inmunológica debida al contacto con un agente externo, tanto físico como químico; sin tener que haber una sensibilidad previa. Se le conoce también como dermatitis por contacto por irritante primario, dermatitis venenata o dermatitis no inmunitaria.¹⁻⁵

La dermatitis irritativa es la más común de las enfermedades cutáneas ocupacionales, ya que abarca más del 80% de los casos. A menudo afecta las zonas expuestas de la piel, como las manos y los antebrazos. Entre los factores principales de irritación tenemos la naturaleza intrínseca de la sustancia irritante, su concentración y la duración del contacto. La raza negra es la más resistente. Estudios en gemelos monocigóticos sugieren que los factores genéticos pueden influir en la susceptibilidad a los irritantes. La incidencia declina con la edad, debido a que los ancianos presentan una disminución de la respuesta inflamatoria. Se refiere una incidencia mayor en mujeres que en hombres. La dermatitis por contacto irritativa por plantas se presenta

principalmente en jardineros, granjeros, floristas, trabajadores de invernaderos y amas de casa.^{6-10,12,13}

Se han relacionado diversos factores en la patogenia de la dermatitis por contacto irritativa, los cuales se pueden clasificar como factores exógenos y endógenos. Entre los factores exógenos se encuentran: tipo de irritante (estructura química, pH), cantidad penetrada del irritante (solubilidad, vehículo, concentración, método y tiempo de aplicación), sitio del cuerpo, temperatura del cuerpo, factores mecánicos (presión, fricción, abrasión) y condiciones climáticas (temperatura, humedad, aire). Dentro de los factores endógenos tenemos: susceptibilidad individual al irritante, hiperirritabilidad primaria (sensitiva) de la piel, atopia (particularmente dermatitis atópica), hiperirritabilidad secundaria (estado eccematoso), factores raciales, edad, sensibilidad a la radiación UV, inhabilidad de desarrollar endurecimiento y dermatosis preexistentes (psoriasis).¹⁴⁻¹⁶

Los mecanismos por los cuales se puede producir irritación cutánea son los siguientes: disolviendo el manto ácido de Marchionini, como solvente de la queratina, precipitando proteínas, por efecto higroscópico, estimulando la formación de queratina, por efecto fototóxico.¹⁷

Las sustancias químicas presentes en diversas partes de las plantas son responsables de muchas de las

* Residente de 2do Año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga, CDP.

irritaciones producidas por éstas. Entre ellas se encuentran los ácidos oxálico, fórmico y acético; diversos glucósidos, enzimas proteolíticas, ésteres de forbol, isotiocianatos y cristales de oxalato de calcio.

Entre las plantas que producen irritación directa tenemos: *Ortiga común*, de la familia Urticáceas por producir ronchas debido al ácido cinámico y aldehído cinámico presente en su jugo. *Mucuna pruriens* de la familia de las leguminosas, produciendo prurito intenso por la proteasa muconafina. Euforbiáceas (plantas medio cactus): tártagos, crotones, flor de pascua, manzanillo; que contienen una secreción lechosa en su tallo con ésteres de diterpene. Jugo de piña americano contiene bromelia, que es una enzima proteolítica que causa separación de las capas superficiales de la epidermis y aumento de la permeabilidad de los capilares, con la formación de ronchas. Plantas de la familia mostaza y del rábano que contienen glucósido sinigrin que es inofensivo en estado seco, pero que se convierte en el irritante aceite volátil de mostaza en presencia de agua. Algunos miembros de la familia de las margaritas pueden producir erupciones ampollas. Ranúnculo o botón de oro es una planta muy irritante que puede producir ampollas debido a que contiene la lactona insaturada protoanemonina. Los bulbos de los tulipanes contienen cristales de oxalato de calcio en forma de finas agujas que pueden producir pulpitis secas y fisuras de los dedos. El *Agave americana* L. variedad *variegata*, contiene ácido oxálico, aceite volátil y cristales de oxalato de calcio.

Entre otras tenemos a las Solanáceas (pimienta, capsicina), *Opuntia vulgaris* (nopal), *Cerastium tomentosum*. De la familia Compositae se encuentran: *Argyranthemum frutescens* (margaritas) y *Dendranthema* (crisantemos); Primulaceae: *Primula obconica*, *P. malacoides* (primulas); Araceae: *Dieffenbachia maculata*, *Epipremnum aureum* (hiedra venenosa); Araliaceae: especie *Hedera helix* (hiedra); Geraniaceae especie *Perlagonium cvs* (geranios); Begoniaceae especie *begonia* (begonias); Asclepiadaceae especie *Stephanotis floribunda* (jazmín de Madagascar); Moraceae especie *Ficus benjamina*.¹⁸⁻²¹

El cuadro clínico se presenta en el sitio de aplicación del contactante, predominando en zonas expuestas de la piel como manos y antebrazos, con un estado ecematoso con eritema, edema, vesículas, ampollas, costras melicéricas y hemáticas, en ocasiones pueden haber alrededor algunas pápulas sin límites precisos y pruriginosas. Aunque más que prurito hay ardor o sensación de quemadura.

El diagnóstico se realiza con una historia clínica que consigne el antecedente de contacto con plantas, tipo

de trabajo, datos de atopia o psoriasis, el cuadro clínico establecido con poco tiempo de duración a la exposición con plantas. Las pruebas epicutáneas están contraindicadas en dermatitis por contacto irritativa.²²

Los diagnósticos diferenciales son diversos, entre los más frecuentes tenemos: dermatitis atópica, tiña de las manos, sífilis secundaria, radiodermatitis, quemadura química, dermatitis solar, dermatitis medicamentosa, dermatitis microbiana, dermatitis seborreica, eccemátides, dishidrosis y pitiriasis rosada.

El tratamiento ideal es evitar el contacto con sustancias irritantes. Se pueden usar corticoides de potencia media, fomentos con solución de Burow o agua de vegetal en estado ecematoso o cremas hidratantes y emolientes en piel seca o con liquenificación. Además, cremas protectoras cuya finalidad es prevenir el contacto con la sustancia irritante, y sedantes o antihistamínicos.²³

La evolución puede ser aguda o crónica, esta última puede deberse a una agresión repetida y acumulativa de las sustancias irritantes. El pronóstico depende de la causa de la dermatitis, el tiempo entre el inicio de la dermatosis y la instalación de un tratamiento adecuado, la información que haya recibido el paciente acerca de los agentes que lo han contactado y la posibilidad de evitar el contacto.

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenino de 58 años de edad, originaria del estado de Guanajuato y residente del D.F. ocupación ama de casa, quien presenta una dermatosis diseminada a extremidades superiores de las que afecta palma de ambas manos, bilateral, asimétrica. Dermatitis de aspecto monomorfo constituido por placas eritematosas en las que se encuentran pápulas y vesículas, de evolución aguda, dolorosa. Al interrogatorio refiere haber iniciado un día previo, al estar limpiando una planta, presentando posteriormente dolor, enrojecimiento y formación de ampollas. El diagnóstico clínico inicial fue de dermatitis venenata, dándose tratamiento con esteroide tópico de mediana potencia y pasta secante, con buena evolución, a un mes de tratamiento sin lesiones (Figuras 1 y 2).

CASO CLÍNICO 2

Paciente femenino de 47 años de edad, sin antecedentes de importancia, la cual presenta una dermatosis de una semana de evolución, al tener contacto con la salsa de una planta (*Agapando africano*), generándole



Figura 1. Aspecto clínico de la dermatitis por contacto irritativa.



Figura 3. Agapando africano de la familia de las liliáceas que produjo la dermatosis.



Figura 2. Acercamiento de la lesión anterior.



Figura 4. Dermatitis producida por "berbericua" de la familia de las Berberáceas similar a la podofilina.

quemadura en la mano izquierda acompañado de prurito. Presenta una dermatosis localizada a extremidad superior izquierda de la que afecta cara posterior de tercio distal de antebrazo y mano. Constituida por eritema, escama y costras melicéricas que confluyen formando una placa de forma oval de aproximadamente 7 x 5 cm de tamaño. Se inicia tratamiento con fomentos y pasta secante, se agrega esteroide de mediana potencia, a dos meses de tratamiento sin lesiones (*Figura 3*).

CASO CLÍNICO 3

Paciente femenino de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia, que acude por presentar una der-

matosis de una semana de evolución, localizada a miembro torácico derecho del cual afecta cara posterior de antebrazo, constituida por una placa eczematososa posterior al contacto con una planta llamada "berbericua", se inicia manejo con fomentos, pasta secante y esteroide tópico de mediana potencia, con buena respuesta al tratamiento (*Figura 4*).

COMENTARIO

Algunas plantas presentan sustancias químicas las cuales son responsables de la irritación directa a la piel, ocasionando un estado eczematoso. Se debe tomar en cuenta como antecedentes de importancia el contacto con plantas, así como la ocupación del paciente, para llegar a un diagnóstico definitivo, dar tratamiento específico y lo más importante evitar el contacto con la planta y de esto dependerá su evolución y pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rook A. *Tratado de dermatología*. Barcelona: Ediciones Doyma. 1989: 481-490.
2. Fitzpatrick T, Freedberg I. *Dermatología en medicina general*. Buenos Aires, Argentina; Editorial Médica Panamericana, Quinta edición, 2001: 1697-1723.
3. Arenas R. *Dermatología Atlas diagnóstico y tratamiento*. México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana, segunda edición, 1987: 33-40.
4. Saúl A. *Lecciones de dermatología. Capítulo Dermosis reaccionales*. México D.F. Méndez Editores. Decimotercera edición. pp 281-292.
5. Enríquez G, Ortiz F. Dermatitis irritativa de contacto de las manos. *Piel* 1999; 14: 411-417.
6. White IR. ABC of work related disorders: Occupational dermatitis. *BMJ* 1996; 313: 487-489.
7. Lushniak B. *Occupational skin disease. Primary care; clinics in office practice*. 2000; 27(4): 1125-1132.
8. Wilhelm K, Maibach H. Factors predisposing to cutaneous irritation. *Dermatologic Clinics* 1990: 804-807.
9. Sun C, Cheng C. Frequency and determinants of occupational contact dermatitis in 2,793 consecutively investigated patient. *Contact Dermatitis* 1998; 38: 230-231.
10. Paulsen E, Skov P, Andersen K. Immediate skin and mucosal symptoms from pot plants and vegetables in gardeners and house workers. *Contact Dermatitis* 1998; 39: 166-170.
11. Pereira F. Hand dermatitis in florist. *Contact Dermatitis* 1996; 34: 144-145.
12. Halkier L. Occupational skin diseases: reliability and utility of the data in the various registers; the course from notification to compensation and cost. *Contact Dermatitis* 1998; 39: 71-78.
13. Paulsen E, Sogaard J. Occupational dermatitis in Danish gardeners and greenhouse workers (III). *Contact Dermatitis* 1998; 38: 140-146.
14. Grimalt F, Romanguera C. *Dermatitis de contacto*. Editorial Fontalba. Primera edición; Barcelona España, 1980 pp 301-318.
15. DuVivier. *Atlas de dermatología clínica*. Segunda edición. Londres. Editorial Harcourt Brace 1986; pp 4.10-4.11.
16. Gallacher G, Maibach H. Is atopic dermatitis a predisposing factor for experimental acute irritant contact dermatitis? *Contact Dermatitis* 1998; 38: 1-4.
17. Alonzo L, Rodríguez M. Dermatitis por contacto ocupacional. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1999; 8(2): 89-95.
18. Paulsen E. Occupational dermatitis in Danish gardeners and greenhouse workers (II). *Contact Dermatitis* 1998; 38: 14-19.
19. Brazzell V, Romano E. Acute irritant contact dermatitis from *Agave americana* L. *Contact Dermatitis* 1995; 33: 60-61.
20. Urushibata O, Kase K. Irritant contact dermatitis from *Euphorbia marginata*. *Contact Dermatitis* 1991; 24: 155-156.
21. Lear J, Tan B, Lovell C. Irritant contact dermatitis from *Cerastium tomentosum* (snow-in-summer). *Contact Dermatitis* 1996; 35: 182.
22. Drake L et al. Guidelines of care for contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 109-113.
23. Zhai H, Maibach H. Moisturizers in preventing irritant contact dermatitis: an overview. *Contact Dermatitis* 1998; 38: 241-244.