

Actualidades en:



DERMATITIS por CONTACTO en VULVA

Condiciones que la generan y Abordaje Terapéutico

CONTACT DERMATITIS Conditions that generate and therapeutic approach

Norma Rodríguez Martínez*

** Doctora Especialista en Dermatología. Médico Adscrito al Departamento de Dermatología en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, del Instituto Médico del Seguro Social. (IMSS), Guadalajara, Jal.*

RESÚMEN

Identificar el contactante es difícil, se requiere de alto índice de sospecha para identificarlo, tener en cuenta que la dermatitis por contacto es la más común, el exceso de agua y jabón elimina la función de

barrera, la orina y heces queman de forma química y enzimática, la disminución de estrógenos aumenta el riesgo de dermatitis por contacto, las dermatosis preexistentes aumentan en riesgo de sensibilización, si se sospecha de DCA de inicio súbito con sensación de quemadura y prurito, suspender todos los posibles irritantes, siendo las pruebas de parche necesarias para el diagnóstico y volver a investigar los posibles contactantes

ABSTRACT

Identify contacted directly is difficult, it requires high index of suspicion to identify you, keep in mind that contact dermatitis is the most common, the excess water and soap removes the barrier function, urine and feces and burn in a chemical enzyme, the decrease of estrogen increases the risk of contact dermatitis, dermatoses preexisting increase in risk of sensitization, if suspected of DCA sudden onset with burning and itching, discontinue all possible irritants, being necessary patch tests for diagnosis and possible reinvestigate contactants.

INTRODUCCION

La vulva, área descuidada de la piel, oculta por ignorancia, vergüenza y tabú, provoca que algunas mujeres no expresen molestias o alteraciones que aparecen en la piel, por consecuencia, recurren a la aplicación de numerosos remedios y medicamentos, aumentando los gastos que se destinan a la automedicación. Estas condiciones producen iatrogenias y dermatitis por contacto. (1)

La dermatitis por contacto resulta por la exposición de agentes externos, que actúan como irritantes o alérgenos, el origen es multifactorial. (1,2,3)

La incidencia reportada por dermatitis por contacto corresponde el 20-30% de la patología vulvar, de éstos el 26% reportó positividad para pruebas de parche. (2)

La piel de la vulva, al igual que el resto tiene las mismas funciones que el resto de la piel, rica en folículos pilosos, glándulas écrinas, apócrinas y sebáceas, con mínima queratinización. La función de barrera es la que fácilmente se pierde por humedad, descarga urinaria, vaginal y fricción, provocando que la piel sea sensible a sustancias externas y reaccione fácilmente, puede estar afectada por otras enfermedades preexistentes donde se agregan sustancias alérgicas o irritantes.(3)

El diagnóstico de dermatitis por contacto puede ser difícil por el espectro de manifestaciones. Las dermatitis por contacto se dividen en, Dermatitis por contacto irritativa (DCI) y Dermatitis por contacto alérgica (DCA). La DCI resulta de la

exposición a sustancias que por contacto directo causan citotoxicidad por agentes físicos o químicos, sin una sensibilidad previa. La DCA es una reacción inmune retardada o mediada por células, (reacción tipo IV).

DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

La DCI es la más común, la piel vulvar es muy sensible y reacciona de forma intensa, en la presentación aguda, es similar a una quemadura por un irritante cáustico y se manifiesta por edema, eritema, vesículas y ulceraciones, el tipo crónico acumulativo se desarrolla después de exposiciones repetidas a los irritantes, la irritación sensorial aparece como sensación de picor y quemadura por exposición a sustancias químicas sin lesión cutánea. (2)

Los estrógenos son importantes para mantener la integridad funcional y estructural de la vagina y el introito, si estos disminuyen como en la menopausia, lactancia, postparto, premenarquia e ingesta de Tamoxifeno, hace a la piel mas vulnerable a irritantes, otros factores precipitantes para DCI son la dermatitis del pañal, en pacientes con incontinencia urinaria, si se agrega laxitud de los músculos del piso pélvico, obesidad y limitación en la movilidad, la humedad macera el estrato córneo, y los restos fecales causan irritación, se pueden agregar infecciones por *cándida*. El grado de irritación depende de factores del huésped, enfermedades subyacentes como psoriasis, dermatitis atópica, deficiencias nutricionales, uso de antibióticos y la incontinencia, gran cantidad de productos pueden causar irritación (Tabla 1)

Tabla 1 IRRITANTES VULVARES COMUNES	
Irritantes cáusticos (fuertes)	Ácido tricloroacético 5-fluorouracilo Fenol Podofilina, Podofilotoxina Hipoclorito de sodio
Irritantes acumulativos (débiles)	Alcohol, desodorantes, detergentes, pañales, heces, perfumes, toallitas, polvos Propilenglicol, semen, jabones, orina, secreciones vaginales, agua
Contactantes abrasivos	Esponjas, limpiadores faciales
Irritantes térmicos	Bolsas de agua caliente, secadores de pelo

Las manifestaciones cutáneas varían desde eritema, edema y escama, en casos severos, úlceras, y en las formas crónicas liquenificación, hipopigmentación, datos de infección secundaria como pústulas, costras y fisuras. Fig 1 y 2.



Figura 1. Eritema, edema y escama



Figura 2. Likenificación y discromía

En el diagnóstico se investiga la forma de inicio de las lesiones, patrón de presentación, rutina de higiene, periodo menstrual, coitos, tipo de sustancias con las que realiza el aseo, utilización previa de antifúngicos, y la disciplina en el tratamiento. La primera medida suspender todos los productos que se aplique, realizar limpieza solo con agua, los cultivos son útiles y si es necesario toma de biopsia, aplicar emolientes, evitar compresas heladas y el rascado, agregar estrógenos en caso necesario, utilizar antihistamínicos del tipo Hidroxizina o Cetirizina, esteroides tópicos como

Hidrocortisona reducen la inflamación, en casos severos los esteroides sistémicos serán de gran utilidad

DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA.

Es una reacción inflamatoria cutánea mediada inmunológicamente en un individuo sensibilizado(1), por alergenitos de bajo peso molecular, solubles en lípidos(2), las primeras manifestaciones se presentan de 48 a 72 horas, las formas agudas resultan por la exposición a fuertes alergenitos en pacientes previamente sensibilizados, inicialmente presentan edema, eritema, vesículas y ulceración, en la DCA crónica se presentan eritema, hiperpigmentación, liquenificación, y escoriaciones, en ocasiones la pigmentación intensa enmascara el eritema, los pacientes con prurito vulvar tienen un alto riesgo de desarrollar DCA por la frecuente y excesiva aplicación de productos, como, anestésicos locales como Benzocaína, Neomicina, fragancias, bálsamo del Perú, y Nickel, este último se encontró, haber sensibilizado hasta 31% de mujeres con DCA, (1) la Benzocaína puede causar reacción cruzada con sulfas, ácido paraaminobenzoico y paraenilendiamina, Tabla 2

TABLA 2.

ALERGENOS VULVARES COMUNES

Anestésicos

- Dibucaína, Lidocaína, Benzocaína, Tetraina
- Crotamitón
- Difenhidramina

Antibióticos

- Bacitracina, Neomicina,
- Polimixina, Sulfonamidas

Antifúngicos

- Imidazoles (Clotrimazol, Miconazol)
- Nistatina

Antisépticos

- Clorhexidina
- Violeta de genciana
- Timerosal

Corticoesteroides

Duchas

- Metilsalicilatos
- Fragancias, perfumes
- Aceite de eucalipto

Emolientes
<ul style="list-style-type: none"> • Glicerina, jojoba • Lanolina • Propilenglicol
Fragancias
<ul style="list-style-type: none"> • Bálsamo del Perú • Alcohol cinámico • Eugenol, Isoeugenol
Nickel
Preservativos
<ul style="list-style-type: none"> • Formaldehído • Bronopol • Urea • Cuaternario 15
Productos del caucho
<ul style="list-style-type: none"> • látex • Mercaptobenzotiazol • Tuirano
Pañales sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Acetilacetona • Formaldehído • Fragancias • Metacrilato
Espermicidas
<ul style="list-style-type: none"> • Hexilresorcinol, Nonoxynol • Sulfato de oxiquinoleína
Acetato y butirato fenilmercúrico



Figura 3. Dermatitis por contacto alérgica



Figura 4. Péñfigo vulgar



Figura 5. Lique plano

La forma de presentación en la DCA es también aguda, subaguda y crónica, manifestada por prurito y sensación de quemadura, en los 10 a 14 días después de la exposición y en pacientes sensibilizados a las 24 hrs, el grado de reacción dependerá de factores genéticos, concentración y duración del contacto y el potencial alergénico, las manifestaciones cutáneas iniciales son eritema, edema, vesículas, úlceras, prurito, si se agrega infección observaremos pápulas, pústulas, fisuras y secreción purulenta, al igual que en la DCI, revisar la lista de productos aplicados o utilizados por su pareja, pruebas de parche, toma de biopsia en algunos casos.

El manejo al igual que en la DCI suspender las sustancias que se aplica y utilizar antihistamínicos o esteroides tópicos y en caso necesario esteroides sistémicos.



Figura 6. Psoriasis

Tabla 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS DERMATITIS POR CONTACTO

Dermatitis por contacto papuloerosiva

- Péñfigo
- Candidosis
- Eritema multiforme
- Eritema pigmentado fijo
- Péñfigo benigno familiar
- Herpes simple
- Liquen plano

Dermatitis por contacto crónica eczematosa

- Dermatitis atópica
- Candidosis
- Eritrasma
- Enfermedad de Paget extramamaria
- Psoriasis
- Dermatitis seborreica
- Carcinoma epidermoide
- Tiña inguinal

BIBLIOGRAFÍA

1. Contact dermatitis of the vulva Schlosser *Dermatol Clin* 28 (2010) 697–706
2. Contact dermatitis of the vulva Margesson, *Dermatologic Therapy*, Vol. 17, 2004, 20-27
3. *Dermatología*. Bologna, J, 1ª edición, 2004, pp 25-27
4. *Piel*. 2007;22(6):286-92

Contacto con la autora:

momita49@yahoo.com.mx