

Resultado de la evaluación de 45 pacientes con dermatitis por contacto de miembros inferiores, estudiados en un periodo de 14 meses, en el Centro Dermatológico Pascua

Dra. Lourdes Alonzo Romero Pareyón,* Dra. Argelia Eng Luna,** Dra. Diana Medina Castillo**

RESUMEN

Se presenta la evaluación de 45 pacientes con dermatitis por contacto de miembros inferiores, asociada a dermatitis por estasis, que fueron estudiados durante un periodo de 14 meses, en el Servicio de Dermatitis por Contacto del Centro Dermatológico Pascua. La mala evolución clínica de la dermatitis por estasis, puede ser indicativa de un proceso alérgico agregado, por lo que es conveniente la aplicación de pruebas epicutáneas para complementar el estudio de estos pacientes. Se trata de un padecimiento frecuente, en nuestra casuística se encontró en el 71% de los casos estudiados. El alérgeno encontrado con más frecuencia, fue la lanolina y sus derivados, seguido de la neomicina y el peróxido de benzoilo.

Palabras clave: Dermatitis por contacto, extremidades inferiores, alergia de contacto, antibióticos, vehículos, fragancias.

ABSTRACT

It presents, an evaluation of 45 patients with Contact Dermatitis in lower limbs associated to stasis dermatitis, those patients were study during a period of 14 months in the medical service of Contact Dermatitis at Centro Dermatológico Pascua. The wrong clinical evaluation of stasis dermatitis, could indicate an allergic process attached, that's why is convenient to apply patch test to complete the study of this patients. This contact allergy is frequent, we found it in 71% of the cases studied. The allergens which produces an allergic process in most of the cases are lanoline, neomycin and benzoil peroxide.

Key words: Contact dermatitis, lower limbs, contact allergy, antibiotics, vehicles, fragrances.

INTRODUCCIÓN

La úlcera de pierna, es un problema frecuente que causa alteración importante en la calidad de vida, con disminución del rendimiento en las actividades, deterioro económico derivado de los gastos médicos y limitación laboral. En EUA, las úlceras crónicas de pierna, originan un gasto de 1 billón de dólares por año, y 600 millones a 7 billones de dólares a nivel mundial por parte de los servicios de salud.¹⁻³ Por esta misma causa se estima una pérdida de 2,000,000 de días de trabajo anualmente en los EUA y la capacidad laboral de los pacientes se puede afectar permanentemente.⁴

Las úlceras venosas son la causa más común de úlcera de pierna con 80 a 90% aproximadamente de los

casos; la prevalencia de insuficiencia venosa es de 5.5% en mayores de 75 años de edad, de 3% entre 25 a 75 años y de 2% en la población en general. El problema se incrementa con la edad, de manera que 60% de los pacientes desarrollan su primera úlcera después de los 50 años y de un 15 a 25 por 1,000 personas desarrollan ulceración alrededor de los 85 años, sin embargo no es una afección exclusiva de pacientes ancianos, pues 40% de los pacientes tiene su primer episodio de úlcera venosa antes de los 50 años.⁵ La Escuela Mexicana de Dermatología le ha llamado complejo vasculocutáneo de pierna, nombre que trata de describir los componentes básicos del síndrome y la localización del proceso en las piernas, dando idea además, de lo complejo del cuadro.⁶⁻⁹

Es una afección más frecuente en mujeres, con una relación aproximada de 2:1, pero antes de los 40 años de edad, el sexo masculino es el que más se afecta en Europa y EUA.⁹ En el Hospital General de México se ha encon-

* Jefe del Servicio de Dermatosis Reaccionales Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatólogas egresadas del CDP.

trado en un 55 a 60% en los hombres y en diversos estudios realizados en el CDP, predomina en mujeres.⁵⁻⁹

La sintomatología derivada de la estasis venosa, y la cronicidad de la misma, favorecen con frecuencia la

aplicación de sustancias que producen dermatitis por contacto, que se manifiesta por eccema y condiciona mala evolución de la úlcera.¹⁰⁻¹⁴ De acuerdo a datos publicados en diferentes estudios, la incidencia de dermatitis por contacto en pacientes con úlcera de pierna varía de un 39 a 90% de los casos.¹⁵

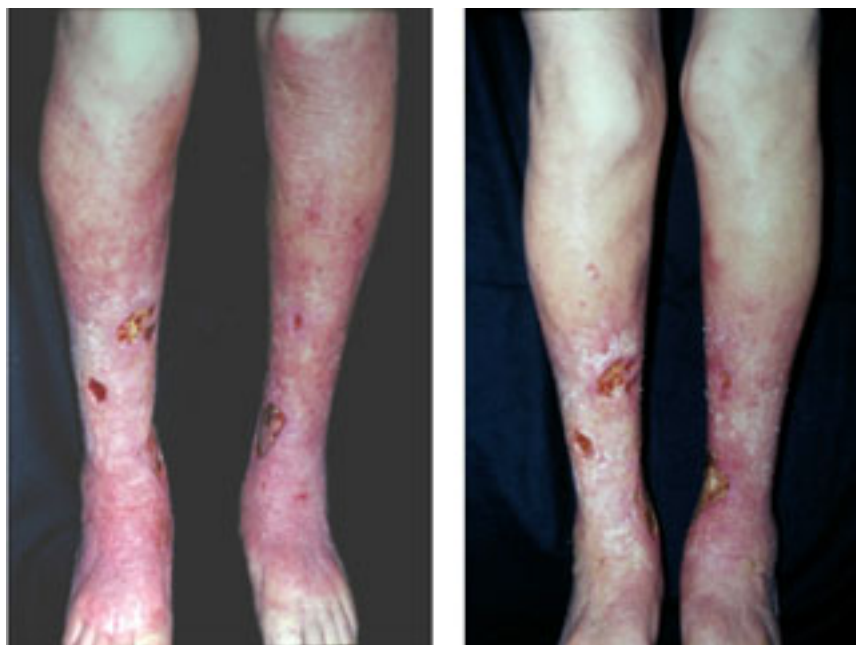
Los alérgenos implicados en estas reacciones por contacto, constituyen una amplia gama de productos, dentro de los que se mencionan antibióticos tópicos: vehículos, emolientes y fragancias, entre otros.¹⁶⁻²⁴

Algunos de estos alérgenos tiene baja capacidad sensibilizante, pero su aplicación sobre piel previamente dañada o con inflamación crónica, como sucede en la dermatitis por estasis, favorece un aumento en su capacidad de generar dermatitis alérgica, a diferencia de lo que sucede si se aplica sobre piel sana.^{16,21}

Para corroborar el diagnóstico de dermatitis por contacto, agregada a la dermatitis por estasis, y con ello establecer un tratamiento adecuado, es preciso aplicar pruebas epicutáneas. En la actualidad existen lineamientos generales acerca de las características que deben tener los alérgenos, cómo deben aplicarse, el vehículo en el que deben ser incorporados y las concentraciones en que deben emplearse. Actualmente estos alérgenos se adquieren de forma comercial, en jeringas individuales y a las concentraciones recomendadas por los grupos internacionales para el estudio de las dermatitis por contacto.



Figuras 1 y 2. Dermatitis por contacto a neomicina, evolución al evitar el alérgeno.



Figuras 3 y 4. Dermatitis por contacto a la-nolina, evolución al evitar el alérgeno.

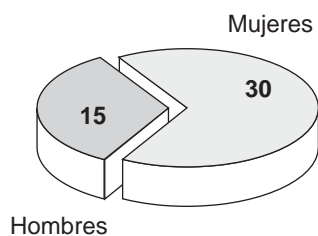


Figura 5. Sexo

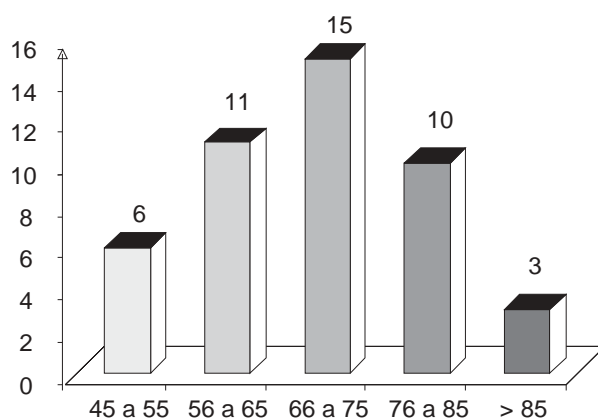


Figura 6. Edad



Figura 8. Dermatitis por contacto alérgica a germal 115.



Figura 7. Dermatitis por contacto alérgica a bálsamo del Perú.

CUADRO I. ALERGENOS POSITIVOS.

Alergenos serie UP	Casos
Neomicina	9
Amerchol	8
Peróxido de benzoilo	7
Tiomersal	6
Lanolina	6
Bálsamo del Perú	6
Sorbitán sesquiolato mix	5
Sorbitán sesquiolato	3
Germal 115	2
Germal II	2
Cloruro de benzalconio	1
Kathon	1
Trietanolamina	1
Clioquinol	1
Própolis	1
Propilenglicol	1
BHA	1
Negativos	13

Algunos pacientes tenían más de un alérgeno positivo
Fuente: Servicio de D. Reaccionales CDP

OBJETIVO

Conocer la frecuencia de la dermatitis por contacto alérgica en extremidades inferiores, asociada a dermatitis por estasis, y determinar los alérgenos implicados en esta patología, en pacientes del Servicio de Dermatosis Reaccionales del Centro Dermatológico Pascua.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y observacional, en el que se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de dermatitis por contacto asociada a complejo vasculocutáneo de pierna, referidos de la Consulta Externa del Centro Dermatológico Pascua, al Servicio de Dermatosis Reaccionales del mismo centro, en un periodo de catorce meses.

Se incluyeron pacientes adultos, mayores de 18 años, cualquier sexo, con diagnóstico clínico de complejo vasculocutáneo de pierna y sospecha de dermatitis por contacto en miembros inferiores.

Se excluyeron pacientes embarazadas, pacientes portadores de enfermedad sistémica, grave y aquellos que se encontraban bajo tratamiento con medicamentos inmunosupresores, así como tratamiento con pentoxifilina 30 días previos al estudio.

A todos los pacientes se les aplicaron las pruebas epicutáneas, con la serie de úlcera de pierna de Chemo-technique Diagnostics, en tórax posterior; estas pruebas fueron leídas a las 48 y 96 h. Los resultados se registraron de acuerdo a lo indicado por el Grupo Internacional para el Estudio de la Dermatitis por Contacto (GIEDC).

Se consideró el diagnóstico de dermatitis por contacto irritativa en el caso de encontrar un cuadro clínico compatible con dermatitis por contacto, en paciente que se había aplicado productos diversos en la piel, se estableció diagnóstico de DxC alérgica en los casos con cuadro clínico compatible y alérgenos positivos y se consideró el diagnóstico de complejo vasculocutáneo de pierna, sin dermatitis por contacto, en pacientes con pruebas epicutáneas negativas y que negaban la aplicación de productos en la piel afectada. En todos los casos se continuó el seguimiento del paciente en el Servicio de Dermatosis Reaccionales, hasta la resolución de la dermatitis por contacto y el control del padecimiento de base. En los pacientes en los que se detectó algún alérgeno, se proporcionó en forma escrita, la información necesaria para evitar el contacto con dichos productos; en el momento de redactar este trabajo los pacientes con pruebas positivas, habían solucionado clínicamente su alergia de contacto (*Figuras 1, 2, 3 y 4*).

RESULTADOS

De los pacientes enviados al Servicio de Dermatosis Reaccionales, durante el periodo de estudio, 338 correspondían a dermatitis por contacto y de éstos, 50 (14.8%) presentaban la asociación de ambas dermatosis (complejo vasculocutáneo de pierna y dermatitis por contacto), se eliminaron 5 por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 45 pacientes estudiados, 30 fueron femeninos y 15 masculinos en una relación de 2:1, con un rango de edad de 45 a 93 años y un promedio de 69 (*Figuras 5 y 6*).

TOPOGRAFÍA

De los 45 pacientes estudiados, en 41 casos la dermatosis se encontró únicamente en piernas y en cuatro, había lesiones diseminadas a otras áreas de la superficie corporal (tronco y extremidades superiores e inferiores); de estos cuatro pacientes, tres tuvieron pruebas epicutáneas positivas.

PRUEBAS EPICUTÁNEAS

A todos los pacientes en estudio les fueron aplicadas pruebas epicutáneas con la serie de úlcera de pierna; 32 presentaron pruebas positivas (71.1%), con lo que se estableció el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica; 13 pacientes tuvieron pruebas negativas (28.8%). El alérgeno que se encontró positivo con mayor frecuencia fue la lanolina (6 casos) y sus derivados amerchol (8 casos), seguido de neomicina y peróxido de benzoilo. Otros alérgenos encontrados con menor frecuencia, fueron el bálsamo del Perú (*Figura 7*), tior-mersal, sorbitán sesquiolato, germol 115 (*Figura 8*), germol II, própolis, cloruro de benzalconio, kathon, trietanolamina, propilenglicol y Butil-hidroxi-anisol (BHA).

A uno de los pacientes, de ocupación empleado de la construcción, quien presentaba también dermatitis de manos de origen laboral, se le aplicó la serie estándar en forma complementaria; encontrándose pruebas positivas para cromo y cobalto (*Cuadro I*).

CORRELACIÓN ENTRE PRODUCTOS APLICADOS Y ALERGENOS POSITIVOS

Se hizo revisión de los productos comerciales, que los pacientes habían aplicado en la piel de las piernas y se encontró una correlación entre alérgenos/productos utilizados en 21 pacientes con 6 alérgenos (*Cuadro II*).

CUADRO II.

Producto comercial		Casos
Alergenos serie UP		
Neomicina	Vitacilina	8
Amerchol	Crema nivea, lubriderm, recoverón	5
Lanolina	Lubriderm, recoverón, liniderm, crema nivea	5
Trietanolamina	Lubriderm	1
Clioquinol	Hidroxiquinoleína	1
Própolis	Producto naturista de cera y miel de abeja	1

Fuente: Servicio de D. Reaccionales CDP

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La mala evolución clínica del complejo vasculocutáneo de pierna, puede ser indicativa de un proceso alérgico o irritativo agregado, por lo que es conveniente la aplicación de pruebas epicutáneas para complementar el estudio de este tipo de pacientes. La dermatitis por contacto alérgica, agregada al complejo vasculocutáneo de pierna es un padecimiento frecuente, en nuestra casuística se encontró en el 71% de los casos estudiados.

El alérgeno encontrado con más frecuencia, fue la lanolina y sus derivados, seguido de la neomicina y el peróxido de benzoilo.

Los datos referentes a edad y sexo corresponden a los propios de la patología de base. Las pruebas epicutáneas demostraron su utilidad en el diagnóstico y pronóstico de la dermatosis, como se observó en la evolución de los pacientes en el tiempo posterior a la aplicación de las pruebas.

La serie de úlcera de pierna de Chemotechnique Diagnostics no incluye lanolina, neomicina ni bálsamo del Perú, sin embargo en la experiencia de nuestro Servicio, sabemos que estos productos son ampliamente utilizados por los pacientes, en nuestro medio, por lo que decidimos agregar a la serie disponible comercialmente, los alérgenos mencionados.

En la mayor parte de los casos pudimos establecer la fuente de sensibilización del alérgeno implicado, con lo que se complementa el estudio del paciente y se evitan nuevas exposiciones. En algunos casos el etiquetado auxilió en este proceso, sin embargo, la falta de un etiquetado completo y confiable, en los productos que utilizan los pacientes, dificulta determinar el origen del producto sensibilizante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Margolis D, Bilker W. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 381-386.
2. Douglas W, Simpson N. Guidelines for the treatment of chronic venous leg ulceration. Report of a multidisciplinary workshop. *Br J Dermatol* 1995; 132: 446-452.
3. Recacoechea M. Úlceras cutáneas en nuestro medio, especial énfasis en leishmaniasis cutáneo mucosa. *Cenetrop* 1980; 4: 24-30.
4. Rodríguez E. Úlceras crónicas de los miembros inferiores. Conceptos médico-sociales sobre el problema. *Acta Med Venezolana* 1965: 159-162.
5. Verazaluce B. Tratamiento de úlcera de pierna con estimulación eléctrica funcional contra parche hidrocoloide. Estudio piloto en el CDP. *Tesis de Posgrado en Dermatología*, CDP 1999.
6. Ortega M. Úlceras de pierna: estudio para valorar la eficacia y tolerancia de la fenitoína tópica en el tratamiento de úlceras de pierna. *Tesis de Posgrado en Dermatología*, Hospital General de México 1989.
7. Alonzo R. Úlcera crónica de pierna. *Tesis de Posgrado en Dermatología*, CDP 1982.
8. Atoche D. Úlceras por complejo vasculocutáneo de pierna. *Tesis de Posgrado en Dermatología*, CDP 1986.
9. Ortiz C. Úlceras en miembros inferiores. *Tesis*. Centro Dermatológico Pascua, 1964.
10. Amblard P, Leccia MT. Úlceras de pierna. *Enciclopedia Médico-quirúrgica*. E98.570-A10.
11. Angelini G, Rantuccio F. Contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1975; 1: 81-87.
12. Paramsothy Y, Collins M. Contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1988; 18: 30-36.
13. Marasovic D, Vuksic I. Allergic contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1999; 41: 107-108.
14. Breit R. Allergen change in stasis dermatitis. *Contact Dermatitis* 1977; 3: 309-311.
15. Wilson C, Cameron J. High incidence of contact dermatitis in leg ulcer patients. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16: 250-253.
16. Giorgini S, Melli C. Comment on the allergenic activity of lanolin. *Contact Dermatitis* 1983; 9: 425-426.
17. Knudsen B, Avnstorp C. Chlorhexidine gluconate and acetate in patch testing. *Contact Dermatitis* 1991; 24: 45-49.
18. Zaki I, Dalziel K. Bacitracin: a significant sensitizer in leg ulcer patient? *Contact Dermatitis* 1994; 31: 92-94.
19. Lembo G, Giordano C. Contact sensitization in stasis dermatitis and chronic leg ulcers. Study of 112 patients. *Contact Dermatitis* 1983; 9: 425-426.
20. Vincenzi C, Morelli R. Contact dermatitis from chloramphenicol in a leg ulcer cream. *Contact Dermatitis* 1991; 25: 64-65.
21. Pasche-Koo F, Piletta P. High sensitization rate to emulsifiers in patients with chronic leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1994; 31: 226-228.
22. Malloni E, Powell M. Sorbitan sesquilate, a potential allergen in leg ulcer patients. *Contact Dermatitis* 1994; 30: 180-181.
23. Dissanayake M, Powell M. Allergic contact dermatitis from BHT in leg ulcer patients. *Contact Dermatitis* 1989; 21: 195-196.
24. Werth J, English J. Loss of patch test positivity of cetylstearyl alcohol. *Contact Dermatitis* 1998; 38: 109-110.