

Dermatitis por contacto ocupacional, de tipo alérgico por *Alstroemeria*. Presentación de un caso

Dra. Lourdes Alonzo Romero P,* Dra. Gabriela Moreno Agraz,** Dra. Adriana Machado Chavelas**

RESUMEN

La *Alstroemeria*, mejor conocida como "lily" es una flor de ornato de gran popularidad, que se encuentra en todo tipo de arreglos florales. Crece en climas templados y es nativa de Centro y Sudamérica. Se conocen tres alérgenos, el Tulipósido A, B y el D, los cuales son sustancias bacteriotóxicas y fungitóxicas que se encuentran en forma natural, en las plantas de las familias *Alstroemeriaceae* y *Liliaceae*; para desarrollar dermatitis por contacto a estas plantas, se requiere de al menos 6 años de exposición directa con el alérgeno. Clínicamente se caracteriza por eritema, escama, fisuras e hiperqueratosis, con hipersensibilidad, ardor o dolor en la punta del dedo pulgar, índice y medio de la mano dominante. Se presentan dos casos de floristas con dicha dermatosis.

Palabras clave: Dermatitis por contacto ocupacional, *Alstroemeria*, floristas, dedos de tulipán.

ABSTRACT

Alstroemeria, also known as "lily", is a very popular decorative flower commonly found in flower arrangements. It grows in areas with template weather and it is native from Central and South America. Three types of allergens are known: Tuliposid A, B and D. These allergens are bacteriotoxic and fungitoxic substances that are found in their natural form on plants from the *Alstroemeriaceae* and *Liliaceae* families. In order to develop contact dermatitis to these plants, it is required at least 6 years of direct exposure with the allergen. Clinically, it is characterized by erythema, cracking and hyperkeratosis with hypersensitivity, rash or pain on the tip of the thumb, index and middle finger of the dominant hand. Two cases of florist with such dermatosis are presented.

Key words: Occupational contact dermatitis, *Alstroemeria*, florist, tulip finger.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis por contacto, es una dermatosis frecuente entre los floristas; se ha relacionado con la exposición a jabones, detergentes, agua, fertilizantes, herbicidas, parásitos y cierto tipo de plantas irritantes o bien partes de algunas flores. Dichas dermatosis pueden ser mecánicamente inducidas, de tipo urticariano, irritante, fotoinducidas o bien alérgicas.¹

Las dermatitis de tipo alérgico, ocasionada por plantas, son en la mayoría de los casos, relacionadas a compuestos de bajo peso molecular, aunque también se conocen casos publicados de reacciones alérgicas in-

mediatas o retardadas, secundarias a proteínas encontradas en las plantas.²

La dermatitis por contacto de tipo alérgico causada por la flor *Alstroemeria* o lily peruana (conocida también como "lily Inca"), corresponde a la dermatosis descrita en Europa como "Dedo de tulipán". El alérgeno causal, se ubicó en el bulbo del tulipán³ y fue identificado gracias a los estudios hechos por Verspyck Mijnsen en el Hospital Universitario de Leiden, Holanda en los años 70; casi veinte años después, dicho alérgeno se encontró también en la *Alstroemeria*, como agente causal de la dermatitis ocupacional de tipo alérgico, entre floristas estadounidenses.

Los pétalos de las flores contienen la más alta cantidad de Tulipósido A, y el contacto con éstos causa las reacciones más severas. Aunque el florista no toque las flores, puede haber sensibilización por medio del jugo de las plantas presente en las tijeras, mesas y floreros.

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

** Residente del cuarto año de Dermatología del CDP.



Figura 1. Eritema y liquenificación.



Figura 2. Hiperqueratosis y grietas.



Figura 3. "Dedos de tulipán".

CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA

La Sociedad Americana de Floristas determinó en 1999, que una tercera parte de las florerías tenían al menos un



Figura 4. Positividad +++ a alérgenos estandarizados.



Figura 5. Alstroemeria ligtu.

trabajador florista con dermatitis por contacto, de cualquier tipo;⁴ y en Alemania, después de estudiar a 153 cultivadores de *Alstroemeria* se encontró una frecuencia muchas veces insospechada, de la enfermedad. Es considerada como una dermatosis crónica, y en la mayoría de los pacientes afectados, el tiempo de exposición previo a la enfermedad varía de meses hasta años.^{1,2,5,6}

Clínicamente se observa en las puntas de los dedos pulgar, índice y medio de la mano dominante, con eritema, escama, fisuras e hiperqueratosis; el paciente refiere hipersensibilidad, ardor o dolor. Al hacerse crónica la dermatosis, se extiende a antebrazos y se han descrito casos de diseminación a distancia, aunque esto es poco frecuente. Se han publicado casos de despigmentación y reacciones de urticaria secundarias.^{4,10}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico se corrobora con pruebas epicutáneas de la serie de plantas estandarizada. Las plantas de la familia *Alstroemeriaceae* y *Liliaceae* contienen tres sustancias bacteriotóxicas y fungitóxicas de manera natural, el Tulipósido A, B y el D; los dos primeros se hidrolizan luego de estar en contacto con la piel, el agua o ácidos, es así como se transforman en lactonas insaturadas, conocidas como tulipalín A (α -metilen- γ -butirolactona) y B (β -hidroxí- α -metilen- γ -butirolactona), que actúan como alérgenos y se encuentran en el tallo, hojas y pétalos de las flores. El Tulipósido D, tiene una forma inestable que no es considerada alérgica, sin embargo se ha observado que ocasiona una reacción cruzada con el tulipósido A y el tulipalín A.

Hausen y cols. recomiendan, en los casos en que no se cuenta con alérgenos estandarizados, la aplicación de pruebas epicutáneas con fragmentos o extractos de pétalos, tallos y hojas, sin embargo este procedimiento tiene el inconveniente de que puede causar una respuesta irritativa, o bien producir sensibilización activa.^{8,9}

CASO CLÍNICO

Femenino de 56 años, florista desde hace seis, la cual presentó una dermatosis diseminada a extremidades superiores, de las que afectaba antebrazo derecho y manos, y de éstas, pulpejos de 1°, 2° y 3er dedos, con predominio en mano diestra; constituida por eritema, fisuras, hiperpigmentación y grietas, que ocasionaban ardor. Refería una evolución de 4 meses, con mejoría en los periodos de descanso (*Figuras 1, 2 y 3*).

Se aplicaron pruebas epicutáneas con la serie de plantas estandarizada (chemotechnique), obteniéndose positividad para mezcla de lactonas sesquiterpénicas y para α -metilen γ -butirolactona (tulipalina A) 2(+) (*Figura 4*).

Recibió tratamiento a base de lubricantes y esteroides tópicos y se le indicó utilizar guantes de nitrilo, con mejoría de su dermatosis.

DISCUSIÓN

La *Alstroemeria* o lily peruana (*Figura 5*) es originaria del Perú, sin embargo ha emigrado a Europa y Estados Unidos en las últimas décadas, con una enorme distribución. Es muy solicitada en los arreglos florales, lo que ha ocasionado un aumento en la frecuencia de dermatitis ocupacional de tipo alérgico a este tipo de flor desde 1980.

Se ha relacionado con el padecimiento descrito desde los años 60 en Europa, y conocido como "Dedo del tulipán", del cual es clínicamente indistinguible.

Una vez hecho el diagnóstico, debe evitarse el contacto con este tipo de flores, así como con tijeras, mesas, navajas, etc., contaminados con el jugo de las plantas, pues de lo contrario, cualquier tratamiento es inútil, pues aun cuando el paciente mejora, presentará recaídas en forma continua.

La familia de la *Alstroemeriaceae* posee cinco géneros y aproximadamente 150 especies (McGovern), de los cuales sólo en dos se ha encontrado el tulipósido A, la *Alstroemeria* y la *Bomarea*.

La dermatitis por contacto de tipo ocupacional, por *Alstroemeria*, se presenta cada vez con mayor frecuencia, por lo que consideramos importante promover el conocimiento del cuadro clínico, e insistir en el adecuado manejo de este tipo de flores.⁹

Es preciso tomar en cuenta que los guantes de nitrilo son los únicos que protegen frente a la exposición al alérgeno, a diferencia de aquéllos fabricados con vinilo; ya que estos últimos, por las propiedades del material, permiten en gran medida la permeación del alérgeno hacia la piel del paciente. Esto último se ha demostrado en forma experimental al aplicar pruebas epicutáneas con el tulipósido, en sujetos alérgicos a la *Alstroemeria*, en donde la piel expuesta al alérgeno se cubre con un fragmento de vinilo y otro de nitrilo, en forma comparativa; obteniendo una prueba epicutánea positiva, únicamente en el sitio protegido con el vinilo.¹¹ Por otra parte M. Goncalo, comenta que en su experiencia, no ha encontrado protección adecuada con los guantes de nitrilo, en este tipo de pacientes.¹²

BIBLIOGRAFÍA

1. Thiboutot DM, Hamory BH, Marks JG. Dermatoses among florist shop workers. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 54-58.
2. Lamminpää A, Estlander T, Jolanki R, Kanerva L. Occupational allergic contact dermatitis caused by decorative plants. *Contact Dermatitis* 1996; 34: 330-335.

3. Verspyck GAW. Pathogenesis and causative agent of "Tulip finger". *Br J Dermatol* 1969; 81: 737-745.
4. McGovern TW. Alstroemeria L. (Peruvian Lily). *Am J Contact Dermatitis* 1999; 10(3): 172-176.
5. Adams RM, Daily AD, Brancaccio RR, Dhillon IP, Gendler EC. Alstroemeria. A new and potent allergen for florists. *Dermatol Clinics* 1990; 8(1): 73-76.
6. Marks JG. Allergic contact dermatitis to Alstroemeria. *Arch Dermatol* 1988; 124: 914-916.
7. Christensen LP, Kristiansen K. Isolation and quantification of a new Tuliposide (Tuliposide D) by HPLC in Alstroemeria. *Contact Dermatitis* 1995; 33: 188-192.
8. Christensen LP, Kristiansen K. A simple HPLC method for the isolation and quantification of the allergens Tuliposide A and Tulipalin A in Alstroemeria. *Contact Dermatitis* 1995; 32: 199-203.
9. Chan R, Oppenheimer J. Occupational allergy caused by Peruvian lily (Alstroemeria). *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 88: 638-639.
10. Bruynzeel D. Bulb dermatitis. *Contact Dermatitis* 1997; 37: 70-77.
11. Marks J. Allergic Contact Dermatitis to Alstroemeria. *Arch Dermatol* 1988; 124: 914-916.
12. Goncalo M. Dermatitis por plantas y madera. En: Conde-Salazar, Ancona- Alayón. *Dermatología profesional*. Grupo Aula Médica. Madrid, España 2004: 196.