

Dermatitis fotoalérgica por bencidamina. Presentación de un caso

Dra. Lourdes Alonzo Romero Pareyón,* Dra. Edna González Solís**

RESUMEN

La bencidamina es un AINE (antiinflamatorio no esteroideo), conocido desde hace mucho tiempo por tener la habilidad de sensibilizar o fotosensibilizar. Sin embargo, a pesar de su amplio uso, los casos publicados de dermatitis fotoalérgica a bencidamina son raros.

Palabras clave: Clorhidrato de bencidamina, fotodermatitis, fotopruebas epicutáneas.

ABSTRACT

Benzydamine is a NSAID whose sensitizer and photosensitizer ability has been known for a long time. It is available in Mexico as cream for topical application, oral solution. Despite this widespread use reported cases of photoallergic dermatitis to benzydamine are rare.

Key words: Benzydamine hydrochloride, photodermatitis, photopatch test.

INTRODUCCIÓN

La bencidamina es 1-benzyl-3-(3-dimetilaminopropoxi)-1 H-indazol, que para fines médicos se conoce como clorhidrato de bencidamina; es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). En el pasado se usaba principalmente como tratamiento sintomático, posterior a cirugías o traumatismos; se ha usado tanto por vía oral como tópica.¹⁻³

En México, se encuentra en el comercio en diversas presentaciones: crema, pomada, gel, pasta dental, solución bucofaríngea y solución vaginal. Debido a su alto potencial sensibilizante, su empleo es poco frecuente en el resto del mundo. Se sabe que el hidrocloruro de bencidamina tiene propiedades sensibilizantes intrínsecas, con lo que puede generar dermatitis por contacto, y que por añadidura, la luz puede transformarla en un potente fotoalergeno y con ello, puede también producir fotoalergia.^{4,5} A pesar de su uso frecuente y su capacidad de sensibilizar, las publicaciones acerca de reacciones cutáneas a bencidamina son raras.^{6,7}

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 65 años de edad sin antecedentes patológicos

cos de importancia, con dermatosis diseminada a cabeza, cuello, tronco y extremidades superiores. De cabeza afecta piel cabelluda, cara y pabellones auriculares; de cuello, cara posterior y laterales; de tronco, "V" del escote y de extremidades, superficie de extensión de antebrazos y dorso de manos. La dermatosis estaba constituida por eritema, hiperpigmentación y liquenificación, que confluyan formando placas (*Figuras 1, 2 y 3*).

El paciente refería una evolución de 4 meses, con eritema y eccema en piel fotoexpuesta y posteriormente aparecieron las lesiones ya descritas. Recibió tratamiento previo a base de hidrocortisona vía tópica, refirió 2 cuadros previos similares, pero de localización en región occipital, que el paciente asociaba al uso de tinte de pelo.

Se aplicaron pruebas epicutáneas con la serie estándar y fotopruebas con la serie de fotoalergenos, siendo negativas la primera y segunda lectura para todos los alergenos de la serie estándar, incluyendo a la parafenilendiamina.

La fotoprueba irradiada, con bencidamina, fue positiva ++ a las 96 horas (*Figura 4*).

Al reintervigatorio, buscando la fuente de sensibilización, encontramos que utiliza clorhidrato de bencidamina por vía tópica, para dolor articular, en forma intermitente.

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

** Residente segundo año Dermatología, CDP.

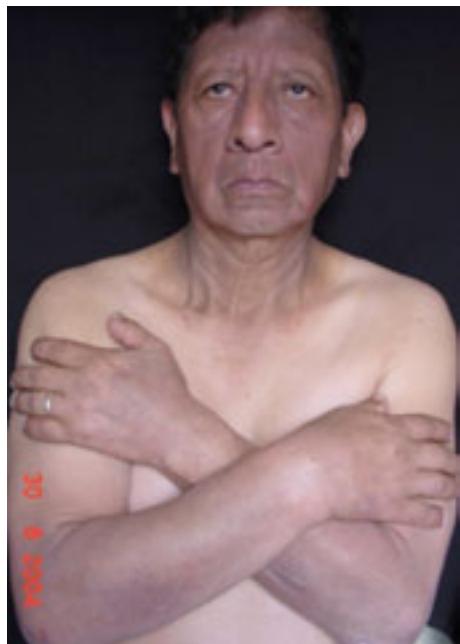


Figura 1. Dermatosis foto-distribuida.



Figura 3. Liquenificación intensa.



Figura 2. Eritema, liquenificación, y pigmentación.

DISCUSIÓN

Existen dos formas de dermatitis por fotocontacto. Las reacciones fototóxicas y las fotoalérgicas. La reacción fototóxica se manifiesta por eritema y manchas, que

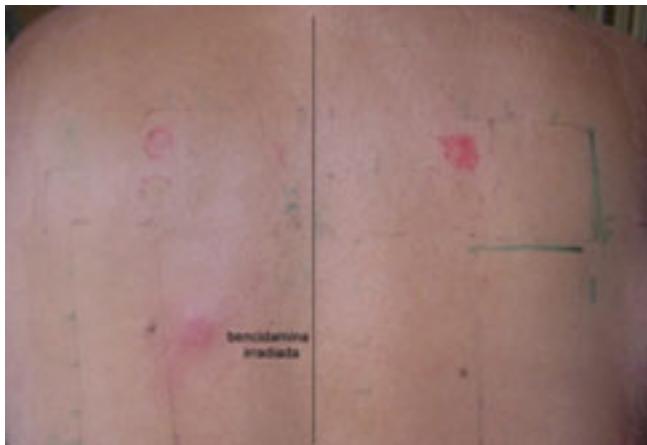


Figura 4. Fotoprueda ++ bencidamina irradiada.

asemejan una quemadura severa, al igual que la dermatitis por contacto irritativa, no requiere de un mecanismo inmunológico ni un periodo de sensibilización; los síntomas pueden ocurrir en la primera exposición a la radiación UV. La reacción fotoalérgica, en cambio, es una hipersensibilidad retardada inducida por radiación UV, en donde los alergenos son modificados químicamente, provocando la sensibilización de la piel. Esta reacción se manifiesta por prurito, papulovesículas y eccema, similar a la dermatitis de contacto alérgica.⁸

La fotosensibilización requiere de la presencia en el medio biológico de ciertas sustancias conocidas como

fotosensibilizantes, las cuales inducen cambios en el sustrato biológico después de la absorción inapropiada de la radiación. La estructura de los fotosensibilizantes para inducir fototoxicidad, se relaciona con la habilidad de absorber las ondas de radiación arriba de 310 nm, la cual tiene mejor penetración en la piel, favoreciendo la subsecuente descomposición fotoquímica a la forma de fotoproductos, radicales libres y *singletes* de oxígeno.⁹

La dermatitis por contacto fotoalérgica es mediada por células T; la reacción tipo hipersensibilidad tardía de la piel, se presenta en respuesta a un fotoalergeno o fotoantígeno, en una persona que ha sido previamente sensibilizada al mismo químico o bien por reacción cruzada con él. Las lesiones bien definidas y generalmente simétricas, ocurren en áreas fotoexpuestas. En algunas ocasiones, la aplicación en el sitio original no produce lesiones, mientras que posterior a la exposición solar se presenta reacción en áreas expuestas y no expuestas.

A pesar que la dermatitis por contacto fotoalérgica se considera poco común, la literatura cita diversas sustancias tópicas que pueden ocasionarla, algunas sustancias pueden tener excepcionalmente efectos fotoalergénicos, como es el caso del cadmio en los tatuajes. Los AINES como el ketorolaco, ácido flufenámico y etofenamato así como el aciclovir en crema y pantallas solares con octaltriazona, son también fotosensibilizantes. Existen también otras sustancias que sensibilizan en menor frecuencia.¹⁰

El diagnóstico se realiza mediante la prueba de fotoparche, que consiste en la aplicación de la prueba de parche tradicional, con la adición de radiación, con el fin de inducir la formación de fotoantígenos. El protocolo recomendado para esta prueba consiste en la aplicación de los tipos más comunes de fotosensibilizantes. El día 1, se aplican los fotoantígenos en la espalda, en dos juegos idénticos, se protegen con material opaco y se retiran a las 48 horas, momento en que se realiza la primera lectura; se irradia una de las series con lámpara de luz UV generalmente 10 J/cm², (el día 2). A las 96 horas el paciente regresa y el sitio de fotoparches se evalúa por la presencia de eritema, infiltración o ampolla, de la misma forma que la lectura convencional de las pruebas epicutáneas.¹¹ El juego de alergenos no irradiado sirve de testigo, al no presentar reacción con las mismas sustancias que se aplicaron en el lado irradiado.

En este caso para realizar el diagnóstico presuntivo fue de suma importancia el interrogatorio dirigido, ya

que el paciente utilizaba la bencidamina vía tópica, cotidianamente durante varios años, para dolor articular, sin considerarlo importante ni asociarlo al padecimiento de piel. El diagnóstico definitivo de fotoalergia a bencidamina, se realizó con la prueba de fotoparche.

Este caso nos parece especialmente interesante, debido a la escasez de publicaciones al respecto, en la literatura mundial. Actualmente son pocos los países que tienen disponible este medicamento, sin embargo en México se encuentra aún en varias presentaciones. La serie de fotoalergenos de chemotechnique no cuenta con bencidamina, por lo que el material utilizado proviene de la casa Martí Tor, de España.

Las lecturas negativas de parafenilendiamina, descartan la sensibilización a tintes, diagnóstico con el cual fue enviado el paciente al Servicio de Dermatitis por Contacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henschel R, Agahos M, Breit R. Photocontact dermatitis after gargling with a solution containing benzoydamine. *Contact Dermatitis* 2002; 47: 53.
2. Foti C, Vena GA, Angelini G. Occupational contact allergy to benzoydamine hydrochloride. *Contact Dermatitis* 1992; 27: 328.
3. Fernández CL. Photodermatitis from benzoydamine. *Contact Dermatitis* 1980; 6: 285-303.
4. Vincenzy C, Cameli N, Tardio M, Piraccini BM. Contact and photocontact dermatitis due to benzoydamine hydrochloride. *Contact Dermatitis* 1990; 23: 125.
5. Lasa EO, Egino GP, Gardeazabal GJ, Ratón NJA, Díaz PJL. Photoallergic hand eczema due to benzoydamine. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 69-70.
6. Motley RJ, Reynolds AJ. Photodermatitis from benzoydamine cream. *Contact Dermatitis* 1988; 19:66.
7. Christophersen J. Allergic contact dermatitis to benzoydamine. *Contact Dermatitis* 1987; 16: 106-118.
8. Mark BJ, Slavin RG. Allergic contact dermatitis. *Med Clin N Am* 2006; 169-185.
9. Quintero B, Miranda MA. Mechanisms of photosensibilization induced by drugs: A general survey. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41:1: 27-46.
10. Goossens A. Photoallergic contact dermatitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2004; 20: 121-125.
11. Vincent A. Deleo Photocontact dermatitis. *Dermatologic Therapy* 2004; 17: 279-288.