

Síndrome de hule blanqueado: Comunicación de un caso

Dra. Sandra Yáñez Vázquez,* Dra. Rita Lucía Valdés Webster,* Dra. Lourdes Alonso Romero**

RESUMEN

Se denomina síndrome de hule blanqueado, a la dermatitis por contacto alérgica, causada por el elástico de las prendas de vestir, principalmente calceta deportiva y ocasionalmente ropa interior; se considera que el alergeno responsable es el cloruro de N'N dibenzilcarbamilo, un subproducto liberado a partir del dibenzil-ditiocarbamato de cinc, producto que se utiliza como vulcanizador de hule. Esta entidad, descrita en 1975 por Jordan, es poco conocida en nuestro medio; sin embargo desde hace algunos años se observa cada vez con mayor frecuencia en nuestro Servicio. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 57 años de edad con un cuadro típico de S. de hule blanqueado.

Palabras clave: Síndrome de hule blanqueado, dermatitis por contacto alérgica, dibenzilditiocarbamato de cinc.

ABSTRACT

The allergic contact dermatitis that is caused when the skin is in contact with the rubber of clothing, is denominated rubber bleached syndrome. We present the case of a female

Key words: *Rubber bleached syndrome, allergic contact dermatitis, zinc dibenzildithiocarbamate.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hule blanqueado es una dermatitis por contacto de tipo alérgico, secundaria a la interacción de blanqueadores de lavandería, como el hipoclorito de sodio sobre un componente del elástico, el dibenzilditiocarbamato de cinc, el cual funciona como acelerador de la vulcanización en la fabricación del elástico y que se encuentra en algunas prendas interiores de vestir como son las calcetas, trusas o pantaletas y brasieres. Al ponerse en contacto el ditiocarbamato de cinc, con el hipoclorito de sodio, se libera el cloruro de N'N dibenzilcarbamilo, que es un subproducto con alto potencial alergénico.

HISTORIA

En 1975, William Jordan y Manuel Bourlas observaron 6 pacientes que estuvieron en contacto con el elás-

tico de ropa interior, y que presentaron una dermatitis limitada al sitio de contacto con éste. De ese momento hasta la fecha se han hecho varias publicaciones de dermatitis por contacto, secundaria a los materiales involucrados en las prendas de vestir, así como a las sustancias empleadas en su proceso y su mantenimiento.¹

Este tipo de dermatitis es el resultado de una respuesta inmunológica de tipo alérgica tardía (tipo IV de Gell y Coombs), hacia diferentes materiales principalmente químicos empleados en la industria textil con los cuales entra en contacto la piel.²

De los componentes involucrados en la fabricación de calcetas y ropa interior los que nos interesan son las fibras elásticas y de ellas el hule (látex), elastano (span-dex) y elastodieno.

EPIDEMIOLOGÍA

No existen publicaciones donde se haya establecido la frecuencia, incidencia y prevalencia de esta patología; así como las edades en las que predomina y el sexo más frecuentemente afectado.³

* Residentes del segundo año de Dermatología del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Servicio de Dermatosis Reaccionales del CDP.



Figura 1. Placas eritematosas en "manguito".



Figura 2. Vista lateral de las mismas lesiones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Éstas dependen de la susceptibilidad de cada individuo hacia el alergeno. Los signos y síntomas, son el resultado de la exposición directa con los productos mencionados. La topografía más afectada son los tobillos, en forma de manguito, seguida de la cintura, pliegues inguinales e inframamarios; es bilateral y simétrica.

Se puede manifestar como una dermatitis aguda, caracterizada por eccema, edema, eritema, vesículas o ampollas y costras hemáticas acompañadas de prurito; o bien como una dermatitis crónica, con liquenificación e hiperpigmentación.⁴

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis por contacto irritativa aguda: es la reacción inflamatoria de naturaleza no inmunológica, producida por daño directo a la piel, secundaria al contacto con agentes externos físicos o mecánicos. Se presenta como eritema, pápulas, eccema, descamación, prurito, ardor, sensibilidad al tacto y al agua. La respuesta generalmente es rápida y se asocia con la aplicación directa de sustancias cáusticas, el acúmulo de residuos de detergentes en las prendas de vestir, pueden occasionar un cuadro irritativo en pieles sensibles.

Quemaduras por productos químicos: La forma aguda se debe al contacto único, de ácidos o álcalis fuertes o a algún tipo de disolvente. La morfología de las lesio-



Figura 3. Prueba epicutánea ++ a las 96 h.

nes varía de acuerdo a las propiedades, concentración y tiempo de contacto con el agente irritante, y clínicamente se presentan como quemaduras; un ejemplo de esto es la quemadura por cemento. La topografía afectada depende del sitio del contacto con el irritante, generalmente es unilateral; se considera una variante del cuadro anterior.

Dermatitis por contacto irritativa crónica: También se le conoce como "dermatitis por agresiones repetidas, acumulativas" y se refiere a un estado eccematoso persistente, por un mínimo de 6 a 8 semanas, y en el cual después de un proceso diagnóstico cuidadoso, no se demuestra una etiología alérgica. Se asocia con antecedentes de contacto repetido con agua, detergentes, disolventes o algún irritante débil.

Penfigoide localizado: Es una enfermedad ampollosa de origen autoinmune, más frecuente en la séptima década de la vida, con grandes ampollas tensas, subepidérmicas y depósitos de IgG en la membrana basal, así como anticuerpos dirigidos contra los hemidesmosomas y contra una fracción de la lámina lúcida. Existe una publicación donde el síndrome de hule blanqueado, simulaba penfigoide pretibial; el estudio detallado de la paciente descartó dicho diagnóstico.²

DIAGNÓSTICO

Los antecedentes y el interrogatorio son de vital importancia; en la anamnesis deben tenerse en cuenta las actividades recientes, ocasionales y recreativas; el tipo de prendas de vestir utilizadas, así como los productos de higiene y cosmetología utilizados por el paciente.⁶

Las pruebas epicutáneas, también denominadas pruebas al parche, constituyen un método indispensable para el diagnóstico etiológico de la dermatitis por contacto; en el caso de la patología que nos ocupa, el alergeno involucrado es el cloruro de N'N dibenzilcarbamol; sin embargo éste no se encuentra disponible de forma comercial, y dada la complejidad para su elaboración, por medio de cromatografía de gases, no se puede obtener fácilmente; esto condiciona que no exista en el comercio, el alergeno purificado para su aplicación.

En los pacientes en quienes se sospecha de síndrome de hule blanqueado, el procedimiento diagnóstico a seguir, es utilizar parches ocluidos, con el elástico de las prendas de vestir del paciente; mismos que son retirados a las 48 horas, con lecturas al momento de retirarlos y a las 96 horas, en la forma habitual.^{7,8}

TRATAMIENTO

El tratamiento local depende del estado evolutivo; en la etapa aguda, fomentos y pastas secantes; en casos crónicos, lubricantes y pomadas queratolíticas. En casos muy inflamatorios se pueden utilizar glucocorticoides tópicos.⁹

PREVENCIÓN

Utilizar calceta deportiva y prendas interiores, fabricadas en México, ya que el ditiocarbamato, no es un producto de uso habitual en nuestro país.

Dar una explicación amplia al enfermo respecto a la naturaleza de la enfermedad, para evitar recidivas.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de sexo femenino de 57 años de edad, sin antecedentes personales y familiares de importancia para el padecimiento actual; el cual inicia hace dos semanas, con la aparición de "granos" rojos en tobillos, con prurito intenso, por lo que acude al centro dermatológico para valoración y tratamiento.

Se trata de una dermatosis diseminada a extremidades inferiores, de las que afecta piernas en su tercio distal, afectando todas sus caras en forma bilateral y simétrica. La dermatosis está constituida por eritema intenso y pápulas, es aguda y pruriginosa. Al interrogatorio dirigido, la paciente refiere haber utilizado unas calcetas blancas nuevas, adquiridas en el comercio informal, sin marca (*Figuras 1 y 2*).

Se le aplicaron pruebas epicutáneas con fragmentos de su calceta y elástico extraído de la misma, con lecturas a las 48 y 96 horas; siendo positiva ++ para el fragmento de prenda y para el elástico extraído de la calceta (*Figura 3*).

Se indicó tratamiento con aceponato de metilprednisolona, una vez al día por 10 días. La paciente evolucionó en forma satisfactoria, con desaparición de las lesiones. Se le indicó evitar el uso de prendas de riesgo.

COMENTARIO

El síndrome de hule blanqueado, es un padecimiento descrito hace más de tres décadas, sin embargo, el número de casos publicados al respecto es reducido; esto se debe, probablemente a que se trata de un cuadro poco conocido, lo que condiciona que la mayor parte de los pacientes sean manejados sintomáticamente, sin que se establezca el origen de la dermatosis.

El procedimiento diagnóstico descrito, es sencillo y puede ser aplicado por cualquier dermatólogo que esté interesado en confirmar la etiología de este tipo de cuadros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jordan WP, Bourlas M. Allergic contact dermatitis to underwear elastic. *Arch Dermatol* 1975; 111: 593-595.

2. Blancas-Espinosa R, Ancona-Alayón A, Arévalo-López A. Allergic contact dermatitis to socks presenting as bleached rubber syndrome. *Am J Contact Dermatitis* 2000; 11(2): 97-98.
3. Krista E, Schacketford MD, Donald V, Belsito MD. The etiology of allergy appearing foot dermatitis: A 5-year retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 715-721.
4. Belsito DV. Textile dermatitis. *Am J Contact Dermatitis* 1993; 4: 249.
5. Kaniwa MA, Momma J, Kojima S et al. A method for identifying causative chemicals of allergic contact dermatitis using a combination of chemical analysis and match testing in patients and animal group: application to a case of rubber boot dermatitis. *Contact Dermatitis* 1992; 27: 166-173.
6. Guin JD, Styles A. Protein-contact eczematous reaction to cornstarch in clothing. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 991-994.
7. Domínguez G, Alonzo R. Pruebas epicutáneas. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1997; 6: 81-85.
8. López MP. Las pruebas epicutáneas: Uso y abuso. *Dermatol Rev Mex* 1988; 32: 94.
9. Schilander E. Rubber Bleacher Syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1995; 23: 37-42.