

Revisión de libros y revistas

Dermatología profesional

Editores: L. Conde Salazar, A. Ancona Alayón

Volumen de pasta dura, de 21 x 28 cm, en papel couché, 570 páginas en idioma español.

Los autores – editores, de amplia trayectoria en el ámbito de la Dermatología Profesional, los doctores Luis Conde-Salazar y Armando Ancona, presentan a los lectores de habla hispana, una obra única en su género.

Dermatología profesional es un libro dirigido a todos los médicos interesados en Dermatología Laboral. Está estructurado en 38 capítulos, donde participan como autores, médicos de diversos países, incluyendo a cuatro mexicanos, miembros del Grupo Mexicano de Investigación en Dermatitis por Contacto y Profesionales. Predomina la información obtenida a partir de la experiencia de servicios de habla hispana. La bibliografía es amplia y fácilmente accesible.

En los primeros capítulos, se revisan los conceptos generales de la dermatitis por contacto y en los capítulos posteriores, se describen las profesiones con mayor riesgo de ocasionar problemas en la piel, los productos que se utilizan en cada caso, su capacidad de daño, las características clínicas más importantes, así como aspectos fundamentales de prevención y tratamiento.

Al final de cada capítulo se incluye un cuadro con un enlistado de consejos prácticos, donde se resumen los puntos más importantes del tema tratado.

El libro incluye una colección iconográfica notable, (937 fotografías en color y 3 en blanco y negro), con imágenes de gran calidad.

Se trata de una obra que contiene información extensa, práctica y bien presentada, que proporciona información de gran utilidad para los profesionales de la dermatología.

Dra. Ma. del Carmen Padilla Desgarenes

Alergia al látex. Diagnóstico y aspectos terapéuticos. Allergol et Immunopathol. 2001; 29(5): 212-221.

Sánchez A.

La alergia al látex, es un problema médico, que afecta a un número importante de pacientes en todo el mundo, y las estadísticas mencionan una incidencia entre el 3-25%.

Se encuentra con mayor frecuencia en el personal sanitario, en los trabajadores de fábricas de látex, en niños con espina bífida y anomalías urogenitales, en este último grupo se presenta por la exposición repetida al producto, ya que requieren de múltiples cirugías y colocación de sondas, razón por la cual tienen una prevalencia que varía entre el 10-60%, en el caso de atopia se ha encontrado que en el caso de los trabajadores sanitarios alérgicos al látex, son atópicos con una prevalencia 2 a 4 veces mayor que los trabajadores que no son alérgicos al látex.

Las características del látex son: que se encuentra constituido por 240 péptidos componentes, y que alrededor de 50 de estos péptidos son capaces de fijar IgE. La proheveína (hev B6) se comporta como alérgeno mayor, ya que capta IgE en la mayoría de los sueros de pacientes alérgicos al látex.

Las manifestaciones clínicas dependen de la vía de exposición, la cantidad del alérgeno contactado y la variabilidad individual, desde hace 20 años se han descrito reacciones de hipersensibilidad inmediata frente a los alérgenos del látex que incluyen: dermatitis de contacto irritativa, dermatitis de contacto alérgica, rinitis, conjuntivitis, asma y anafilaxia, reacciones que se encuentran mediadas por anticuerpos IgE específicos.

Para realizar el diagnóstico se necesita de una historia clínica y ocupacional, investigar el contacto actual o pasado con látex y con algunos alimentos relacionados con esta alergia como son: aguacate, papa, plátano, tomate, kiwi. La prueba cutánea (prick test) es la más fiable para el diagnóstico de la sensibilización al látex. Dentro de sus medidas preventivas se encuentra: evitar el contacto con el alérgeno, utilizar guantes de algodón debajo de los de látex, o el uso de guantes de polímeros sintéticos, e identificar a los grupos de riesgo.

Dra. Corte Casarreal Lizbeth R2D

A systematic review of contact dermatitis treatment and prevention. J Am Acad Dermatol 2005; 53(5): 845-855.

Saary J, Qureshi R, Palda V, Desoven J, Pratt M, Skotnicky S, Holtnes L.

La dermatitis por contacto (DC) es una enfermedad ocupacional común. No existe una revisión sistemática del tratamiento de la DC.

Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como MEDLINE, EMBASE y cochrane de enero de 1966 a junio del 2003 en lenguaje Inglés, se excluyeron los estudios en niños y animales, que no fueran ensayos clínicos y estudios con menos de 10 pacientes.

Se encontraron 413 estudios, sólo 49 cumplieron los criterios de inclusión. De acuerdo a la calidad metodológica se clasificaron como buenos, moderados y pobres.

Los métodos utilizados para evaluar la evolución de los pacientes fueron: Capacitancia eléctrica medida sobre la superficie de la piel, la cual es directamente proporcional a la cantidad de agua en la capa córnea. Cromometría/colorimetría/espectrofotometría para medir el eritema, color y grosor de la piel. Prueba de parche para DC alérgica. TEWL (pérdida de agua transepidérmica): Por medio de un sensor se mide la cantidad de agua perdida por evaporación y es un buen indicador de la función de barrera de la piel.

Examen de absorción y retención de agua: Se hidrata la piel y por medio de instrumentos eléctricos se mide la capacidad del estrato córneo para retener agua, si se encuentra dañado su capacidad está reducida.

Resultados: Las cremas que contienen dimeticona o perfluoropolietéres, guantes de algodón previenen la DC irritativa. Los humectantes ricos en lípidos la previenen y tratan. La crema con ácido pentaacético dietilene-triamina previene la dermatitis por níquel, cromo y cobre. Los esteroides de mediana o alta potencia son efectivos para tratar la DC alérgica.

Conclusiones: Un número limitado de intervenciones previenen efectivamente o tratan la DC irritativa y alérgica y son necesarios más estudios.

Dra. Sandra Patricia Siordia Zambrano. R3D.

Dermatitis de manos (Hand dermatitis)

Dirk M. Lestón, Debra D. F. Ahmed, Kalman L. Watsky, Kathryn Schwarzenberger. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 291-9.

La siguiente sinopsis repasa publicaciones recientes de artículos pertenecientes a la epidemiología, etiología, y tratamiento de la dermatitis de manos.

Epidemiología: La dermatitis de manos es común. Se estima que es del 2 al 10% de la población general. El 20 al 30% de todas las dermatitis afecta las manos. Se han identificado varias poblaciones de riesgo. En muchos estudios, las mujeres son con frecuencia más afectadas que los hombres, posiblemente debido a la exposición de agua y químicos en la casa, otros estudios indican que es más frecuente en hombres, pero en todos los estudios coinciden que los pacientes con dermatitis de manos, trabajan con cantidades importantes de agua a diario.

Etiología: La dermatitis de la mano puede ser causada por muchos factores en forma separada o en combinación. Puede ser un resultado de condiciones endógenas como atopia o pompholyx, o por el resultado de causas exógenas, como la dermatitis de contacto. La dermatitis de contacto puede ser dividida en dermatitis de contacto irritante y alérgico. Los irritantes más comúnmente identificados en el lugar de trabajo son: agua, jabones, detergentes, solventes, desengrasantes, lubricantes, aceites, metales, plásticos, resinas y trauma mecánico. Los alérgenos que se encuentran de forma ocupacional son germicidas, sales metálicas, plantas, resinas. Los alérgenos no ocupacionales se encuentran en fragancia, preservativos y níquel. Además temperaturas extremas y baja humedad pueden afectar la dermatitis de manos.

Prevención: Las medidas preventivas deben dirigirse a los grupos de alto riesgo, incluso peluqueros, aquéllos con una historia de dermatitis atópica. La educación del obrero y los exámenes, reducen la incidencia de la enfermedad superficial relacionada con el trabajo. Las evaluaciones del lugar de trabajo deben enfocarse en los químicos utilizados, el riesgo atribuible de cada agente, y reducción de la exposición. El trabajo con exposición prolongada al agua y la baja humedad ambiental, aumentan el riesgo para la dermatitis.

Tratamiento: Los corticoesteroides, siguen siendo la principal terapia, sin embargo éstos también pueden actuar como alérgenos. La pobre penetración del estrato córneo es un problema particular con la hidrocortisona. La fototerapia, la utilización de radiación ultravioleta A y B, así como la aplicación de un psoraleno se refieren como muy efectivos. También se han utilizado dosis bajas de metotrexate.

Impacto económico: La dermatitis de la mano puede tener graves consecuencias económicas, aunque la mayoría de las referencias discuten el impacto económico de dermatitis en general, realmente no se tienen cantidades estimadas por año.

Dr. José Ángel Martínez Muñoz R3D.

Complications of body piercing. Am Fam Phys 2005; 72(10): 2005.

Meltzer D

En años recientes la perforación de diversas partes del cuerpo se ha convertido en una práctica habitual, socialmente aceptada por diferentes grupos de edad. Los productos de joyería utilizados son de forma y materiales variables, pero en su mayoría contienen un alto contenido de níquel.

Actualmente es frecuente encontrar que se realizan perforaciones en diversas partes del cuerpo, como lengua, orejas, nariz, región periumbilical, pezones y área genital, lo que acarrea importantes complicaciones que no siempre son tomadas en cuenta.

Las complicaciones que se observan con mayor frecuencia son: infección del área perforada, en algunos casos con formación de abscesos, cicatrización anormal (hipertrófica o queloide), pericondritis auricular, formación de hematomas, fracturas de dientes en personas con perforaciones en lengua y dermatitis de contacto al níquel. Cada una de estas entidades requiere ser evaluada por el médico con el fin de instituir el tratamiento adecuado, además el médico debe de estar instruido para brindar la información necesaria a los pacientes acerca de las posibles complicaciones a las que están expuestos al perforarse alguna parte del cuerpo.

Dra. Regina Malo-Juvera R2D

Contact sensitization to Compositae mix in children. J Am Acad Dermatol 2005; 53: 877-80.

Belloni FA

La familia de las plantas Compuestas (Asteraceae) es la segunda familia de plantas más grande y representa el 10% de las plantas del mundo. La dermatitis por contacto alérgica se presenta como una dermatitis aguda o crónica en áreas expuestas. Es una enfermedad ocupacional en floristas, granjeros y jardineros profesionales sin embargo también se puede presentar por la exposición ocasional a plantas compuestas o por el uso de remedios naturales. Los síntomas inician en verano y mejoran en otoño e invierno.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la sensibilización por contacto a la mezcla de plantas compuestas en la población pediátrica. Se estudiaron 641 niños y adolescentes menores de 17 años con sospecha de

dermatitis por contacto alérgica. Se les aplicaron pruebas epicutáneas con series estándar de 30 alérgenos incluyendo la mezcla de plantas compuestas en vaselina (*Tanacetum vulgare*, *Arnica montana*, *Parthenolide*, *Chamonilla romana*, *Archillea millefolium*). Se registró la edad, fecha de pruebas epicutáneas, localización del eccema, antecedente personal de atopia y fotosensibilidad.

Las pruebas epicutáneas se realizaron utilizando Finn Chambers en Scanpore aplicadas en la parte superior de la espalda y fueron removidas a las 48 h. La lectura fue realizada por dermatólogos expertos al 2º y 4º día de acuerdo a la escala recomendada por el Grupo de Investigación Internacional de Dermatitis por Contacto. No se aplicaron pruebas si existían lesiones en piel. El uso de antihistamínicos y esteroides tópicos se prohibió por lo menos una semana antes de la aplicación de las pruebas. Se evaluó el curso de la reacción alérgica si existía un incremento, si permanecía estable o si disminuía.

Resultados: Las pruebas epicutáneas fueron positivas en 17 niños (2.6%), de los cuales 12 (70.5%) tenían antecedente personal de dermatitis atópica, la reacción fue dinámica en 15 niños (88%), 12 niños (70.5%) empeoraban en primavera y verano, 14 niños (82%) presentaban otras reacciones positivas principalmente a metales y cocamidopropilbetaina.

Conclusión: Se sugiere que puede ser de utilidad agregar la mezcla de plantas **Compuestas a las series de escrutinio pediátricas cuando se investiga dermatitis aerotransportada en niños con dermatitis atópica.**

Dra. Edda Bernal Ruiz R4D

Alergia de contacto intraoral a los materiales de uso odontoestomatológico. Una revisión crítica.

Mallo Pérez L, Díaz Donado C. Med Oral 2003; 8: 334-47.

Las reacciones alérgicas de contacto intraoral son entidades clínicas pobremente identificadas, entendidas y de baja prevalencia. El objetivo de este artículo es hacer una revisión crítica y actualizada de los cuadros alérgicos frente a los materiales de uso dental, dicha búsqueda se realizó mediante el buscador MEDLINE. La alergia de contacto intraoral (ACIO) se puede incluir dentro de las dermatitis por contacto de fisiopatología alérgica, requiere de la participación del aparato inmu-

nológico a través del mecanismo de hipersensibilidad tardía o reacción tipo IV de Gell y Coombs y mucho menos frecuentemente de hipersensibilidad inmediata del tipo I según la misma clasificación. Se desarrolla en un periodo de días y la clínica puede presentarse muchos años después del contacto inicial. El diagnóstico de la ACIO es a menudo complicado y difuso. No existe un cuadro sintomatológico patognomónico único ni específico del proceso y es muy difícil, a veces imposible, de distinguir de las irritaciones físicas o químicas crónicas, de la dermatitis/estomatitis de contacto irritativas y con signos de enfermedades con manifestaciones orales. Las lesiones elementales habituales incluyen: eritema, edema, descamación, vesículas y, en ocasiones, ulceración. Sin embargo las reacciones liquenoides constituyen las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas a sensibilización de contacto en la mucosa oral. Las amalgamas de mercurio han sido y son el material restaurador por excelencia en odontología. A pesar de ello, los casos de hipersensibilidad retardada son relativamente infrecuentes, siendo lo más habitual la reacción liquenoide oral. El oro es el material de uso dental que más frecuentemente da reacciones positivas a las pruebas epicutáneas, por encima del mercurio, aun así, son relativamente raras las reacciones de hipersensibilidad bucales con oro.

La presencia de una prueba de parche epicutánea positiva ofrece un prediagnóstico de sospecha, que ha de acompañarse necesariamente de manifestaciones clínicas para el diagnóstico de ACIO. Recientemente se empieza a cuestionar la eliminación o sustitución intraoral sistemática de sustancias a las que existe hipersensibilidad cutánea y del mismo modo, tampoco se puede descartar un componente alérgico en algunos cuadros cénicos estomatológicos inespecíficos.

Edna González Solís R4D

Riesgos de los tatuajes de Henna

Arranz DM, Corral M, Vidaurrázaga A, De Lucas R, Díaz R. *Anales de Pediatría* 2005; 63: 448-52.

La Henna es un pigmento natural de color rojizo que se extrae de las hojas secas de la planta *Lawsonia inermis*. Se aplica directamente sobre la piel o el pelo y su capacidad de sensibilización es extraordinariamente baja. En ocasiones se le añaden distintas sustancias para aumentar la duración y estabilidad, entre ellas está el limón, remolacha, cáscara de nuez, aceites esencia-

les y colorantes sintéticos como la parafenilendiamina (PPD) y sus derivados. La Henna negra es aquella a la que se le añade PPD.

La PPD es una sustancia coloreada que se utiliza como componente de tintes capilares, como colorante textil, en gomas, sombras de ojos, plásticos, tintas de impresión, líquido para revelado de rayos X y productos de fotografía. Tiene un alto poder sensibilizante y tiene reacción cruzada con otras moléculas como colorantes del grupo azo, sulfonamidas, el ácido paraaminobenzoico (PABA) de algunos fotoprotectores y anestésicos locales como benzocaína y procaina. Existen sustancias que se utilizan como antioxidantes en el proceso de transformación del caucho hasta las distintas clases de gomas comerciales.

En los últimos años han aparecido múltiples casos de dermatitis de contacto alérgico por sensibilización a la PPD contenida en la henna negra.

Se realizan pruebas epicutáneas para valorar la posibilidad de un origen alérgico, a través de la colocación en la espalda de unos parches que contienen cantidades estandarizadas de diversos alergenitos. Se mantienen en contacto con la piel durante 48 h. Y después se retiran, haciéndose una primera lectura en ese momento y otra posterior a las 96 h. de su colocación.

Según la normativa vigente en la Unión Europea sobre la composición de los productos cosméticos, la PPD no puede estar a una concentración mayor del 6% y no puede aplicarse directamente sobre la piel de las cejas o pestañas.

La presumible alta concentración de PPD en las mezclas usadas para tatuar y el prolongado contacto de la sustancia sin neutralizar con la piel limpia, facilitan la sensibilización activa a PPD en pacientes que nunca hayan tenido contacto previo con ésta, ni con tintes capilares ni en otros tatuajes.

Esta sensibilización primaria desencadena un fenómeno de hipersensibilidad tipo IV, con aparición de lesiones eccematosas en las zonas de contacto entre 1 y 3 semanas después de la aplicación.

En el caso de pacientes sensibles a PPD por contacto previo con tintes capilares permanentes o con textiles, las lesiones de eccema pueden aparecer a las pocas horas o días del tatuaje. Una vez que el individuo se ha sensibilizado a PPD, esta sensibilización ya no desaparece, por lo que no podrá utilizar en un futuro tintes capilares, tintes de ropa y con el resto de productos que pueden tener PPD.

Las reacciones cruzadas más frecuentes son las de los colorantes textiles del grupo azo, el motivo de esta reacción es la existencia de anillos aromáticos comunes en su composición química.

El mecanismo por el cual se produce hipopigmentación posinflamatoria transitoria es desconocido, pero podría relacionarse con inhibición de la síntesis de melanina o con citotoxicidad directa sobre los melanocitos. Esta hipopigmentación tarda varios meses en desaparecer por completo.

Es previsible encontrar cada vez más casos de dermatitis de contacto alérgicas provocadas por tatuajes de henna negra, debido al aumento de su po-

pularidad. Se debe desaconsejar los tatuajes de henna que contengan PPD y por la imposibilidad de conocer la composición en casi la totalidad de las mezclas utilizadas por los artistas ambulantes, sería deseable que esta práctica quedase regulada legalmente.

Dra. Clara Emilia Márquez Palencia R2