

Caso clínico

Dermatitis por contacto alérgica a conservadores y vulcanizadores. Comunicación de un caso

Lourdes Alonzo-Romero Pareyón,* Paola Castañeda Gameros,**
Lourdes Espinosa Alonzo-Romero***

RESUMEN

Las dermatitis por contacto representan de 40 a 60% de todas las enfermedades ocupacionales y hasta 95% de las dermatosis de origen ocupacional. De éstas, las más frecuentes son las que afectan a las manos. Este tipo de dermatitis comprometen no sólo la actividad laboral de los pacientes, sino también su calidad de vida. El diagnóstico certero requiere, en muchos casos, de la aplicación de pruebas epicutáneas, con el que podremos proporcionar un manejo adecuado. El pronóstico está condicionado por el tipo de dermatitis por contacto de la que se trate, el agente causal, el diagnóstico correcto y la educación del paciente. En el presente trabajo se comunica el caso de un podólogo con dermatitis de larga evolución, cuyo diagnóstico definitivo fue dermatitis de manos por contacto, alérgica a vulcanizadores y conservadores.

Palabras clave: Dermatitis por contacto de manos, vulcanizadores de hule, conservadores.

ABSTRACT

Contact dermatitis account for 40 to 60% of all occupational diseases and up to 95% of dermatoses of occupational origin. Of these, the most frequent are those affecting the hands. This type of dermatitis undertake not only the labor activity of patients but also their quality of life. Accurate diagnosis requires in many cases, application of patch tests so that we can provide successful management. The prognosis is determined by the type of contact dermatitis in case, the causal agent, the correct diagnosis and patient education. In this paper, the case of a podiatrist with dermatitis of long duration is presented, the definitive diagnosis was allergic hands dermatitis by contact to conservatives and vulcanizing chemicals.

Key words: Contact dermatitis of the hands, rubber vulcanizer, conservatives.

INTRODUCCIÓN

Las dermatitis por contacto representan de 40 a 60% de todas las enfermedades ocupacionales y hasta 95% de las dermatosis de origen laboral. De éstas, las más frecuentes son las que afectan a las manos. Como las manos participan en la mayoría de nuestras actividades

cotidianas, las dermatitis por contacto, tanto la irritativa como la alérgica, repercuten en la calidad de vida, así como en el rendimiento laboral.^{1,2}

Predomina en adultos jóvenes y, dependiendo del tipo de exposición ocupacional, se observará más en hombres o en mujeres. Las más frecuentemente afectadas son las amas de casa, los estilistas, el personal médico o relacionado con la salud y los trabajadores del metal. Los factores de riesgo incluyen, entre otros, antecedentes de dermatitis atópica en la infancia y el poco apego a las medidas de protección laboral. La dermatitis por contacto se caracteriza por ser una dermatosis polimorfa, en donde observamos principalmente eritema, edema, vesículas en su fase aguda, y liquenificación e hiperpigmentación en el periodo de cronicidad; y se puede acompañar de ardor o prurito.³

* Jefa del Servicio de Dermatosis Reaccionales.

** Residente del Curso de Alta Especialidad en Dermatología y Cirugía Dermatológica.

*** Residente del Cuarto Año.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 49 años de edad, quien acudió a consulta por presentar una dermatosis diseminada a las falanges, de las que se afectaba tanto su cara dorsal como palmar, estaba constituida por eritema, escamas, fisuras y vesículas, algunas íntegras y otras rotas que confluían formando placas de formas no bien definidas (**Figuras 1 y 2**). El paciente señaló una evolución de nueve meses al momento de acudir a consulta a este centro, había recibido múltiples tratamientos tópicos y otros por vía oral, con mejoría parcial y exacerbaciones periódicas.

Al realizar el interrogatorio dirigido se obtuvieron los siguientes datos: ocupación podólogo desde hace 12 años. Antes de esto trabajó durante 25 años sin presentar dermatitis de manos. En su ocupación actual refirió estar en contacto con fenol, ácido fólico, formol, glutaraldehído, nitrito de sodio, cloruro de benzalconio y alcohol alcanforado, entre otros, observando mejoría en los periodos de descanso laboral. En su sitio de trabajo tres personas más realizan las mismas actividades que el paciente y ninguna de ellas fue señalada como portadora de dermatitis en manos.

Con la sospecha clínica de alergia de contacto se aplicaron pruebas epicutáneas con la serie estándar, así como alérgenos complementarios: cloruro de benzalconio, glutaraldehído y salicilanidas halogenadas, así como productos propios, con lectura a las 48 y 72 horas, las cuales fueron positivas únicamente

para tiuram y formaldehído (**Figuras 3 y 4**). Con base en lo anterior, se realizó el diagnóstico definitivo de **dermatitis por contacto alérgica a vulcanizadores y conservadores**. Se indicó como tratamiento la aplicación de fomentos sulfatados, vaselina sólida y prednisona por vía oral a dosis antiinflamatoria con esquema de reducción.

Se le proporcionó una explicación amplia y detallada de su padecimiento, haciendo hincapié en la importancia de tomar ciertas precauciones, y se le dio un instructivo por escrito para evitar el contacto con los productos a los cuales es alérgico, después de lo cual se resolvió la dermatosis (**Figuras 5 y 6**).

DISCUSIÓN

En estos casos, la historia clínica debe ser detallada, tanto en la descripción de la dermatosis, como en los datos laborales. El diagnóstico definitivo dependerá en gran medida de la aplicación y adecuada interpretación de las pruebas epicutáneas. Una vez identificados los alérgenos, es fundamental explicar ampliamente al paciente acerca de su padecimiento, y brindar la orientación necesaria para evitar futuros contactos, ya que la base del tratamiento consiste en evitar el contactante. Se debe proporcionar además un instructivo por escrito en donde se detalle la sustancia a la cual se es alérgico, mencionando qué otros fármacos u objetos pueden formar parte, señalando con qué otros nombres se les encuentra en el mercado.⁴

En el caso que nos ocupa, el paciente resultó alérgico a formaldehído y tiuram. El primero es un conservador



Figura 1. Dermatitis aguda digital.



Figura 2. Afección de pulpejos.

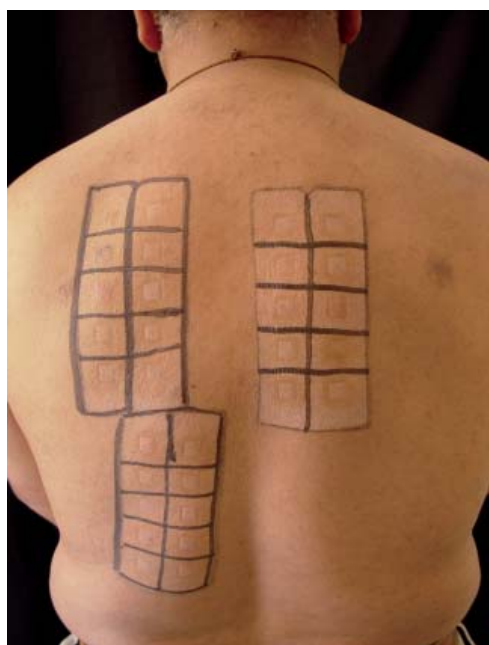


Figura 3.

Aspecto general de las pruebas epicutáneas aplicadas.



Figura 4.

Acercamiento en donde se observa la positividad para tiuram y formaldehído.



Figura 5. Resolución de la dermatosis después de tratamiento.



Figura 6. Otro aspecto de las zonas afectadas después del tratamiento.

que forma parte de medicamentos, cosméticos y anti-corrosivos; útil en la fabricación de fibras sintéticas, en la manufactura de materiales fotográficos y plásticos. El segundo se utiliza como vulcanizador en la industria del caucho, por lo que se encuentra en muchos productos de hule, como zapatos, guantes, gomas elásticas, mangos de herramientas, adhesivos de cuero y como ingrediente en pesticidas y aceites lubricantes, entre otros.⁵⁻⁷

Es posible que nuestro paciente haya iniciado su enfermedad de manos como un proceso irritativo derivado

del trabajo húmedo bajo la oclusión de los guantes de látex, y posteriormente desarrolló sensibilización a los mismos y a otros productos utilizados en su trabajo.

En lo que respecta al tratamiento, se debe señalar el necesario apego a las medidas de higiene laboral, indicando al paciente la forma correcta de trabajar: con limpieza eficaz de la piel, con agua tibia y jabones suaves; uso razonable de guantes por no más de 20 minutos continuos, y en caso de alergia a vulcanizadores, se deben sustituir los de látex por vinilo o nitrilo.

Se pueden emplear guantes de algodón debajo de los de protección, aunque se debe recordar que en casos de alergia, esto no evita la dermatosis, ya que los alérgenos atraviesan la tela y permiten el contacto con la piel, perpetuando la dermatitis. Los guantes de vinilo no protegen de forma adecuada en contra de los contactantes, por lo que se prefieren los guantes de nitrilo.^{3,4}

Respecto a las cremas que funcionan como barrera, éstas tienen la finalidad de proteger la piel del contacto con sustancias irritantes o sensibilizantes. Deben cumplir ciertos requisitos como son: acción duradera, mínimo potencial irritante y ser fácilmente eliminables con agua y con jabón. Se deben usar sólo en piel sana, evitando su aplicación en piel irritada o con fisuras.⁴ En nuestra experiencia personal, son de utilidad muy relativa, por lo que preferimos las medidas generales de higiene laboral.

Los esteroides tópicos de mediana o alta potencia están indicados para mejorar la dermatosis y pueden prescribirse el tiempo necesario hasta que el paciente realice las medidas de protección de manera adecuada, supervisándolos debidamente; asimismo, proporcionan bienestar y favorecen el apego del paciente al tratamiento. Debe explicarse con detalle que estos medicamentos son auxiliares del tratamiento, pero que la parte fundamental para obtener la curación es evitar el contacto con alérgenos, aunado a las medidas de higiene laboral.⁶ Los esteroides sistémicos se reservan para los casos severos, con una evaluación cuidadosa de cada caso.⁴

COMENTARIO

La dermatitis por contacto de tipo ocupacional es un problema frecuente pero subdiagnosticado, que en muchos casos progresa a la cronicidad debido a un estudio incompleto y manejo inadecuado. El pronóstico está condicionado al tipo de dermatitis por contacto de que se trate, el agente causal, el diagnóstico correcto y la educación del paciente.

Nuestro mayor esfuerzo debe dirigirse a la orientación adecuada del enfermo para evitar el contacto con los alérgenos, y al cuidado correcto de las manos, lo que permite mantener la continuidad de la actividad laboral. No podemos confiar en el cambio de puesto de trabajo, que en muchos de los casos no es posible, además de que los alérgenos no son privativos del ambiente ocupacional, ya que están presentes también en las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population—prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*. 2010; 62: 75-87.
2. Sehgal VN, Srivastava T, Aggarwal AK, Sharma AD. Hand dermatitis/eczema: Current management strategy. *J Dermatol*. 2010; 37: 593-610.
3. Nixon R, Frowen K, Moyle M. Occupational dermatoses. *Aust Fam Physician*. 2005; 34: 327-333.
4. Alonzo-Romero PL, Rodríguez PME. Dermatitis por contacto ocupacional. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1999; 8: 89-94.
5. Uter W, Hegewald J, Pfahlberg A, Lessman H, Schnuch, Gefeller O. Contact allergy to thiurams: multifactorial analysis of clinical surveillance data collected by the IVDK network. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010; 83: 675-681.
6. Menné T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2011; 65: 3-12.
7. Lundov MD, Johansen JD, Carlsen BC, Engkilde K, Menné T, Thyssen JP. Formaldehyde exposure and patterns of concomitant contact allergy to formaldehyde and formaldehyde-releasers. *Contact Dermatitis*. 2010; 63(1): 31-6.

Correspondencia:

Dra. Lourdes Alonzo-Romero Pareyón
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780, México, D.F.
Tel. 5519-6351
E-mail: lalonzo.revistaderma@gmail.com