

DERMATITIS DE CONTACTO ALERGICA A CINTA QUIRURGICA MICROPOROSA

*SILVIA PACHECO
*RAÚL CASTAÑEDA
**FRANCISCA CONTRERAS
***RICARDO SÁNCHEZ

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente que presentó dermatitis de contacto alérgica a la cinta quirúrgica microporosa durante una timpanoplastia. La paciente tenía el antecedente de atopia crónica. El tratamiento anestésico incluyó tiopental, vecuronio, halotano y fentanyl. El tubo endotraqueal se fijó a la piel con microporo, después de aplicar una capa de tintura de benjuí y para mantener los párpados cerrados se colocaron unas tiras de microporo sobre ambos párpados superiores. Al terminar la intervención la paciente presentaba una reacción cutánea muy intensa en ambos párpados superiores. Se concluye que en pacientes susceptibles se debe limitar el uso de cintas adhesivas y proteger la piel con soluciones aislantes del tipo de la tintura de benjuí.

Palabras clave: Dermatitis de contacto alérgica. Cinta quirúrgica microporosa.

SUMMARY

A case of a female patient who developed a severe allergic skin reaction to the application of micropore tape is described. The patient was subjected to a tympanoplasty and among her past history there was chronic atopy. The anesthetic procedure included thiopentone, vecuronium, halothane and fentanyl. The endotracheal tube was secured to the skin with micropore tape previous application of tincture of benzoin on the other hand a piece of micropore tape was also applied to each eyelid with the purpose of securing their closure to avoid eye injury. When the procedure was over the patient presented a severe skin reaction on both eyelids. It is concluded that in skin sensitive patients the use of adhesive tapes should be restricted and the skin must be protected with isolating solutions such as tincture of benzoin.

Key words: Allergic contact dermatitis: Adhesive bandages.

Durante el procedimiento anestésicoquirúrgico el anesthesiólogo rutinariamente utiliza bandas adhesivas para fijar a la piel un número de aditamentos tales como catéteres venosos, tubo endotraqueal, sonda nasogástrica, etc.; no obstante, esta práctica no está libre de riesgos, y es relativamente frecuente la dermatitis de contacto. Afortunadamente en la mayor parte de los casos estas dermatitis son de tipo irritativo y sólo una pequeña parte son de tipo alérgico.

El presente reporte corresponde a un paciente que

presentó una dermatitis de contacto probablemente de tipo alérgico.

REPORTE DE UN CASO

Paciente femenino de 44 años con otitis media derecha programado para timpanoplastia.

Valoración preanestésica. Tabaquismo y alcoholismo de baja intensidad. Alérgica a flores y frutas diversas, intolerancia a cremas faciales y al sol. Amigdalectomía y resección de ganglio submaxilar bajo anestesia

*Médico Anesthesiólogo, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, I.M.S.S.

**Médico Residente, Curso de Especialización en Anestesiología, Centro Médico Nacional, IMSS - UNAM.

***Médico Jefe de Servicio.

Recibido: 12 de enero de 1991. Aceptado para publicación: 30 de enero de 1991.

Sobretiros: Silvia Pacheco, Depto. de Anestesiología. Hospital de Especialidades CMN. Ave. Cuauhtémoc 330, México 06725, D.F.

general aparentemente sin complicaciones. Otros antecedentes sin relación.

Inicia su padecimiento a los 9 años de edad con dolor y otorrea derecha, hipoacusia progresiva y acúfenos 3 meses antes de su ingreso. La revisión de aparatos y sistemas no es contribuyente. Sin manifestaciones generales.

La exploración física no reportó datos anormales, excepto los relacionados con su padecimiento.

La fórmula roja, pruebas de coagulación y química sanguínea fueron normales. La radiografía del tórax fue normal y el electrocardiograma mostró bloqueo de la división anterior y crecimiento incipiente del ventrículo izquierdo. Se clasificó como ASA I.

Tratamiento anestésico. Medicación preanestésica a base de diazepam VO (10 mg). Narcosis inicial con fentanyl IV (150 mcg). La inducción de la anestesia se hizo con tiopental (250 mg) y para facilitar la intubación de la tráquea y mantener el bloqueo neuromuscular se administró vecuronio (6 mg). El mantenimiento de la anestesia se llevó con halotano y dosis fraccionadas de fentanyl.

El tubo endotraqueal se fijó sobre la piel con cinta quirúrgica microporosa, después de aplicar una capa de tintura de benjuí, y para mantener los párpados cerrados durante el transoperatorio se aplicó una tira de microporo sobre ambos párpados superiores.

Los signos vitales y el ECG permanecieron estables dentro de la normalidad. La recuperación fue espontánea.

Cuando finalizó la intervención se retiraron los campos quirúrgicos que cubrían la cara y observamos una reacción cutánea intensa en ambos párpados superiores que incluía edema, equimosis y flictenas (figura 1), sin otras manifestaciones sistémicas diferentes a los efectos residuales de los anestésicos administrados, por lo que se trasladó a la paciente al área de recuperación anestésica y 60 minutos después a su cama de hospitalización.

Evolución. Durante el tiempo que la paciente permaneció hospitalizada (72 horas) no se instituyó ningún tratamiento específico para la reacción cutánea, la cual desapareció espontáneamente en el transcurso de los siguientes 8 días.

Un mes después se le practicó una prueba cutánea con un parche de la cinta adhesiva utilizada, la cual resultó positiva.



Figura 1. Manifestaciones cutáneas de los párpados superiores secundarias a la aplicación de microporo. Vísra frontal.

DISCUSION

La paciente presentó una dermatitis de contacto de tipo alérgico a la cinta quirúrgica microporosa.

Se ha encontrado que algunos componentes de las cintas adhesivas tienen propiedades alergénicas. Así, algunos autores¹⁻⁴ han reportado varios casos de dermatitis de contacto alérgica desencadenados por el tricresilfosfato, el cual es un aditivo plastificante que se agrega al soporte vinílico de las cintas. Asimismo, otros autores⁵ reportan casos de dermatitis alérgica desencadenados por el antioxidante (2, 5-Dihidroquinona) que contiene la goma adhesiva. El presente caso, aunque no se probó en forma aislada cada componente de la cinta adhesiva, probablemente fue desencadenado por el antioxidante, ya que la cinta quirúrgica microporosa no contiene al tricresilfosfato como aditivo plastificante.

Ya que la dermatitis de contacto alérgica es una respuesta inflamatoria mediada inmunológicamente, en la que el antígeno se adquiere por penetración percutánea,⁶ se recomienda "proteger" la piel sobre la que se va a aplicar una cinta adhesiva con una capa de solución aislante del tipo de la tintura de benjuí, tal como se hizo con la piel sobre la que se fijó el tubo endotraqueal y que no participó en la reacción. Asimismo, en pacientes con antecedentes de atopia crónica, asma, fiebre del heno, alergias a fármacos y sensibilidad a alimentos; se debe limitar el uso de cintas adhesivas, ya que son más propensos a una reacción alérgica que puede incluir a la dermatitis tal como ocurrió en el presente caso.

REFERENCIAS

1. NORRIS P, STORRS F J. *Allergic contact dermatitis to adhesive bandages*. Dermatol Clin 1980; 8:147-152.
2. WILHELM K P, MAIBACH H I. *Factors predisposing to cutaneous irritation*. Dermatol Clin 1990; 8:17-22.
3. BENEZRA C. *Molecular recognition in allergic contact dermatitis. The concept to double-headed haptens*. Dermatol Clin 1990; 8:13-16.
4. CAMARASA J G. *Analgesic spray contact dermatitis*. Dermatol Clin. 1990; 8:137-138.
5. MOUDGIL G C. *Anaesthesia and allergic drug reactions*. Can Anaesth Soc J 1986; 33:400-414.
6. BERGSTRESSER P R. *Immune mechanisms in contact allergic dermatitis*. Dermatol Clin 1990; 8:3-11.