

Dermatitis por contacto

E. Fonseca Capdevila

Concepto

Las dermatitis por contacto son consecuencia del contacto de la piel con una sustancia química y pueden producirse por varios mecanismos patogénicos. Con frecuencia se hacen sinónimos dermatitis por contacto y eccema por contacto, puesto que la mayoría de estas reacciones tienen una presentación clínica eczematosas. Sin embargo, sobre todo la dermatitis alérgica por contacto, también es posible que adopten otros patrones, como urticariforme, liquenoide, eritema exudativo multiforme, etc.

Según el mecanismo patogénico, pueden distinguirse dermatitis por contacto irritativas, alérgicas, fototóxicas y fotoalérgicas. Debe tenerse en cuenta que una misma sustancia puede ser responsable de dermatitis por contacto por diversos mecanismos.

Dermatitis por contacto irritativa

También denominada dermatitis por irritante primario. Se debe a la acción irritante directa de las sustancias desencadenantes, que provocan una reacción inflamatoria en la piel, sin que medien mecanismos inmunológicos.

Aunque las sustancias irritantes lo son para todos los individuos, la sensibilidad a su acción es muy variable. Los niños, sobre todo los lactantes, se encuentran entre los más vulnerables a los irritantes. La constitución atópica predispone también a sufrir dermatitis por irritantes.

Las dermatitis por contacto irritativas pueden dividirse en agudas, que se desencadenan por un contacto poco duradero y crónicas o acumulativas, que son consecuencia de un contacto prolongado, en general con irritantes poco potentes. La quemadura química equivale a una dermatitis irritativa muy aguda e intensa.

Dermatitis por contacto alérgica

Es una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel, mediada por un mecanismo inmunológico de tipo IV. La sensibilización requiere un tiempo de contacto habitualmente prolongado, en general meses o años. Una vez que se ha producido la sensibilización, las lesiones suelen desencadenarse en 24-48 horas tras nuevas exposiciones al alérgeno.

Dermatitis por contacto fototóxica

Son reacciones irritativas o tóxicas debidas al contacto con sustancias fotoactivas y exposición lumínica. No son mediadas inmunológicamente y por lo tanto no requieren una sensibilización previa.

Dermatitis por contacto fotoalérgica

Es provocada por el contacto con una sustancia fotosensibilizante y exposición a radiación lumínica. Su mecanismo es inmunológico y exige una sensibilización previa para que se produzcan las lesiones.

Clínica

Dermatitis por contacto irritativa

Es la forma más frecuente de dermatitis por contacto en todas las edades y mucho más en los niños. Las lesiones se circunscriben a la zona donde se produce el contacto de la piel con los irritantes.

En las formas agudas pueden verse pápulas o placas eritematosas y edematosas y más adelante vesículas o ampollas, exudación, erosiones y costras. En las formas acumulativas o crónicas, además de este último grupo de lesiones, puede predominar un aspecto descamativo, liquenificación y formación de grietas o fisuras.

Subjetivamente puede producir prurito, escozor, quemazón o incluso dolor.

En los niños pequeños la orina y las heces, cuyo contacto con la piel es responsable de la dermatitis del pañal (Fig. 1), y la saliva, que origina lesiones en la cara y el cuello, son los principales desencadenantes. En niños más mayores y adolescentes la saliva causa también queilitis descamativa y lesiones periorales (Fig. 2). La orina y las heces continúan actuando como irritantes en casos de incontinencia o enuresis.

Otros irritantes a tener en cuenta en la infancia son jabones, detergentes, pinturas, disolventes, el agua, la tierra, las tizas, plantas, maderas y soluciones azucaradas. Algunas de ellas se manipulan en actividades escolares o complementarias.

Los niños atópicos son muy propensos a reacciones irritativas por alimentos como tomate, naranjas, limones, piña, fresas, etc. y por la lana y otras prendas textiles.

Dermatitis por contacto alérgica

Las lesiones más características son las propias del eccema en su fase aguda, con presencia de vesículas o ampollas, exudación y costras, pero pueden encontrarse otras descritas al hablar de la dermatitis de contacto por irritantes. Suelen circunscribirse a las zonas en que se produce el contacto con los alérgenos, pero pueden producirse erupciones generalizadas. El prurito es aquí un hallazgo constante.

El níquel es uno de los principales responsables de dermatitis alérgica por contacto en la infan-



Fig. 1. Dermatitis del pañal. Dermatitis irritativa por la orina.



Fig. 2. Queilitis y dermatitis irritativa perioral por contacto con saliva.



Fig. 3. Dermatitis alérgica por contacto con níquel producida por un reloj.

cia y es mucho más frecuente en las niñas. La perforación de los lóbulos de las orejas para colocar pendientes se considera la principal fuente de sensibilización. Además de dermatitis en el lóbulo auricular, son típicas las lesiones en zonas de contacto con objetos de bisutería, relojes y botones y hebillas metálicos (Fig. 3). Debido a la amplia difusión del uso del níquel, son muchos los objetos cuyo contacto puede desencadenar la dermatitis. La sensibilidad al cobalto también es relevante en la infancia y suele asociarse a la del níquel.

El mercurio y los productos mercuriales, como el tiomersal, son otra causa de sensibilización por contacto en niños. Se emplean con frecuencia como desinfectantes tópicos y como conservantes en medicamentos y en productos de uso tópico. El tiomersal, utilizado en las vacunas, se ha descrito como un importante responsable de sensibilizaciones. Los termómetros rotos y el mercurio metal proveniente de colecciones de minerales son otras importantes fuentes de contacto. Además de eccemas por contacto, el mercurio puede originar reacciones sistémicas y el síndrome del babuino, provocado por la aspiración de vapores de mercurio.

Son también importantes las sensibilizaciones a gomas y plásticos, que pueden producirse por alérgenos procedentes del calzado, correas y juguetes. Los zapatos de cuero pueden motivar sensibilizaciones por cromo.

Los productos cosméticos y de higiene pueden incluir perfumes, Kathon CG, parabenos y lanolina. Los medicamentos tópicos pueden incluir etilendiamina, bálsamo del Perú, neomicina, quinoleínas, anestésicos y antihistamínicos, que también son sensibilizantes. Aunque parece rara en niños, debe recordarse también la posible sensibilización a corticoides tópicos. La colofonia puede sensibilizar a partir de esparadrapos y otros adhesivos.

Dermatitis por contacto fototóxica

La presentación clínica más frecuente es un eccema agudo, con eritema, edema, vesículas y a veces ampollas (Fig. 4), que causan prurito o quemazón en la zona de contacto con la sus-



Fig. 4. Dermatitis fototóxica por contacto con plantas (fitofotodermatitis).

tancia fototóxica y expuesta a la luz. La reacción cutánea puede ser inmediata o aparecer varias horas tras el contacto.

En nuestro medio las dermatitis por contacto fototóxicas más frecuentes en la infancia son provocadas por plantas que contienen furocumarinas, entre las que se encuentran higueras, limoneros, naranjos, perejil, hinojo, apios, geranios, ruda y otras muchas hierbas. La dermatitis de los prados, con lesiones lineales y frecuente formación de ampollas, es una presentación clínica peculiar y característica.

Otras causas importantes de reacción fototóxica por contacto son los medicamentos (psoralenos, tetraciclinas, peróxido de benzoilo) y antisépticos (hexaclorofeno).

Tras remitir el episodio agudo, las dermatitis fototóxicas suelen dejar una hiperpigmentación muy persistente y cuya morfología suele permitir el diagnóstico. En la dermatitis de berloque, que suele ser causada por aceite de bergamota, utilizado en la elaboración de colonias, es frecuente que la fase inflamatoria aguda pase inadvertida. Este proceso se distingue por pigmentaciones con la disposición de un líquido que se ha desplazado sobre la piel.

Dermatitis por contacto fotoalérgica

Las lesiones suelen tener un patrón eccematoso y se localizan en zonas expuestas, donde



Fig. 5. Dermatitis fotoalérgica por contacto, desencadenada por un antiinflamatorio tópico.

pueden rebasar las áreas de contacto con la sustancia responsable (Fig. 5).

Entre los agentes etiológicos de interés en la infancia se encuentran también plantas que contienen furocumarinas, antiinflamatorios y anestésicos tópicos, hexaclorofeno, antihistamínicos tópicos, sulfamidas, tetraciclinas, benzofenonas (utilizadas en fotoprotectores) y diversos perfumes. Hay que tener en cuenta que todas las sustancias que actúan como fotoalérgenos tienen también potencial fototóxico.

Diagnóstico

La historia clínica y la exploración son la base del diagnóstico de las dermatitis por contacto. La analítica no aporta datos significativos y la biopsia muestra una imagen de dermatitis espongiótica y en ocasiones necrosis epidérmica; ambas pueden servir para descartar otros procesos, pero raramente orientan a un diagnóstico no sospechado por la clínica.

En las dermatitis por contacto irritativas y fototóxicas no existen otras pruebas complementarias con valor diagnóstico utilizables en la práctica diaria.

Para el diagnóstico de la dermatitis por contacto alérgica se utilizan las pruebas epicutáneas o del parche, consistentes en la aplicación de los supuestos alérgenos responsables sobre la piel del paciente. Aunque en determinadas

Tabla 1. Alérgenos recomendados por el Grupo Español para la Investigación de Dermatitis de Contacto

1. Sulfato de níquel
2. Alcoholes de la lana
3. Sulfato de neomicina
4. Dicromato potásico
5. Benzocaína
6. Mezcla de fragancias
7. Colofonia
8. Resina epoxi
9. Clíoquinol
10. Bálsamo del Perú
11. Diclorhidrato de etilendiamina
12. Cloruro de cobalto
13. Resina de p-terc-butilfenol
formaldehído
14. Mezcla de parabenos
15. Mezcla carbas
16. Fenilisopropil-para-fenilendiamina
17. Khaton CG
18. Quaternium 15
19. Mercaptobenzotiazol
20. Para-fenilendiamina
21. Formaldehído
22. Mezcla de mercaptos
23. Tiomersal
24. Mezcla de tiuranes
25. Mercurio
26. Mezcla de lactonas serquiterpénicas
27. Pivalato de tioxocortol

situaciones se emplean pruebas abiertas y otras modalidades, lo más común es mantener las sustancias investigadas en contacto con la piel durante 48 horas, empleando apósitos o recipientes adecuados. Pasado este tiempo se retiran los alérgenos y se evalúa la respuesta al

cabo de 1/2-1 hora, evaluación que se repite a las 72-96 horas. La respuesta positiva implica una reacción eczematosa en la zona de aplicación y su periferia.

En la Tabla 1 indicamos los alérgenos recomendados para el estudio sistemático mediante pruebas epicutáneas por el Grupo Español para la Investigación de Dermatitis de Contacto. En cada caso estas pruebas se complementarán o sustituirán según los hallazgos clínicos.

Las lesiones de las dermatitis por contacto fotoalérgica también pueden reproducirse mediante pruebas de fotoparche, similar a las anteriores, pero en las que tras retirar los alérgenos se irradia la zona de aplicación con una o varias longitudes de onda lumínica.

Tratamiento

El principal elemento del tratamiento de todas las dermatitis por contacto es evitar el contacto de las sustancias que la producen con la piel. En las formas fotoinducidas la evitación del contacto puede complementarse con la fotoprotección, que es el otro elemento esencial para el desarrollo de las lesiones.

En las dermatitis irritativas en las que es imposible evitar por completo el contacto con los desencadenantes, pueden ser de cierta

utilidad pastas, ungüentos y otros productos barrera o protectores. Estos suelen ser mucho menos eficaces en las dermatitis de mecanismo alérgico.

La piel íntegra siempre ofrece mayor resistencia al desarrollo de lesiones eczematosas, sobre todo de mecanismo irritativo, por lo que el tratamiento de cualquier proceso dermatológico de base es esencial.

En la dermatitis alérgica por contacto es importante advertir a los padres que no es posible la desensibilización mediante vacunas u otros métodos, pero que la evitación prolongada del contacto con el alérgeno a largo plazo puede hacer que desaparezca la hipersensibilidad.

Una vez están establecidas las lesiones, el tratamiento es el general de los eccemas. En su mayoría pueden controlarse con un corticoide tópico y si el componente exudativo es muy grande puede combinarse con fomentos o baños en una solución antiséptica-secante. Entre ellos se encuentran sulfato de cobre, sulfato de cinc o combinaciones de sulfatos. Debe tenerse extrema precaución para evitar la ingesta accidental de estas sustancias por los niños.

En casos graves puede ser preciso recurrir a la administración de antihistamínicos y corticoides orales, pero esta necesidad es rara en la infancia.

Bibliografía

1. Bielsa Marsol I. Eccemas (I). En: Ferrándiz C. *Dermatología Clínica*. Madrid: Harcourt 2001: 117-125.
2. Fernández Vozmediano JM, Nieto Montecosinos I. Dermatitis por contacto en la infancia. En: Fonseca Capdevila E, ed. *Dermatología pediátrica*. Madrid: Grupo Aula Médica 1997: 456-567.
3. García Bravo B, Rodríguez Rey E. Dermatitis de contacto en la infancia. *Piel* 2000; 15: 316-323.
4. Giménez Camarasa JM, Conde Salazar L, de la Cuadra Oyanguen J, Fernández Vozmediano JM, Fonseca Capdevila E, Giménez Arnau Am, Ortiz de Frutos FJ. Documento de Consenso en Eczema. Madrid: Grupo Aula Médica 1998.
5. Grupo Español para la Investigación de Dermatitis de Contacto. *Batería estándar*. (En línea). (15-01-2001). Disponible en: <http://www.arrakis.es/%7Egeidc/index.htm>
6. Rietschel RL, Fowler Jr. JF. *Fisher's Dermatitis*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkinson 2001.