

Revisiones Bibliográficas

Lucie Puell¹

Dermatitis de contacto de manos: estudio transversal de los datos de grupo norteamericano de dermatitis de contacto, 1994-2004.

Warshaw E, Ahmed R, Belsito D, DeLeo V, Fowler J Jr, Maibach HI, Marks JG Jr, Toby Mathias CG, Pratt M, Rietschel R, Sasseville D, Storrs FJ, Taylor JS, Zug KA; North American Contact Dermatitis Group. *J Am Acad Dermatol* 2007;57(2):301-14.

La dermatitis de manos es común. La prevalencia en la población oscila entre 8 a 8.8% y se estima entre el 20% y 35% de todas las dermatitis que afectan las manos. La etiología es multifactorial, incluye factores exógenos (irritantes, alérgenos) y factores endógenos (atopia). Las variantes clínicas incluyen: de contacto (alérgicas e irritativas), hiperqueratósicas, friccionales, numular, atópica y la dermatitis de mano crónica vesicular. Las dermatitis de contacto de manos (irritante y alérgica) son los diagnósticos más comunes. El objetivo de este estudio fue evaluar los alérgenos e irritantes, y su relevancia clínica utilizando los datos del grupo norteamericano de dermatitis de contacto. Se hizo un análisis de 22 025 pacientes a quienes se les colocó la prueba de parche epicutánea entre 1994 y 2004. El compromiso en manos se observó en 6 953 pacientes y 959 tuvieron dermatitis de contacto alérgica como único diagnóstico. De estos pacientes los 12 alérgenos más relevantes fueron: quaternium-15 (16.5%), formaldehído (13.0%), níquel sulfato (12%), fragancias mix (11.3%), thiuran mix (10.2%), bálsamo del Perú (9.6%), carba mix (7.8%), neomicina sulfato (7.7%), bacitracina (7.4%), metildibroglytaronitril (7.4%) y cobalto cloruro (6.5%). Las gomas fueron los alérgenos más comúnmente asociados con la ocupación. Se identificaron los irritantes que tuvieron relevancia clínica en un tercio de los pacientes con dermatitis de contacto alérgica. Una limitación es que con un análisis transversal no se puede hacer una evaluación de asociaciones causales. En conclusión, en los pacientes del grupo norteamericano de dermatitis de contacto, los alérgenos más comunes incluyeron: preservantes, metales, fragancias, antibióticos tópicos y aditivos de goma.

Dieta baja en cobalto para pacientes con eczema dishidrótico.

Stuckert J, Nedorost S. *Contact Dermatitis* 2008;59(6):361-5.

La exposición a cobalto por inhalación, oral o tópica ocurre en diferentes circunstancias. Trabajadores de la industria metal pesada, de la industria del tungsteno, de la producción química y refinamiento del cobalto están expuestos a niveles de cobalto en el aire elevados, al igual que aquellos que viven en áreas cercanas a las factorías y en ciudades altamente industrializadas. Como exposición ambiental puede resultar en una toxicidad sistémica o alérgica, así como alergia o irritación cutánea. La dermatitis de contacto alérgica al cobalto es un factor de dermatitis de manos en pacientes previamente sensibilizados. La dermatitis de contacto de manos alérgica o irritativa al níquel frecuentemente precede a la dermatitis de contacto alérgica al cobalto. De los pacientes que desarrollaron dermatitis ocupacional, el 90% desarrolló dermatitis por joyas antes de la aparición del eczema dishidrótico por el trabajo.

El eczema dishidrótico es un tipo de dermatitis intermitente crónica que puede afectar manos y pies. Los síntomas incluyen prurito y sensación de quemazón, que pueden preceder al desarrollo de vesículas, bulas y cambios distróficos en las uñas. Aunque el mecanismo exacto no es conocido, los iones metálicos podrían funcionar como un tipo de alérgenos de hipersensibilidad I y IV en la inducción de dermatitis alérgica. Recientes evidencias refieren que los iones metálicos se comportan como haptenos atípicos los cuales son activados por las células T a través de mecanismos antígeno independientes de leucocitos humanos. En adición a la célula presentadora de antígenos, los anticuerpos podrían contribuir en la dermatitis sistémica alérgica de manera similar a la dermatitis de contacto por proteínas. Aunque no todos los eczemas dishidróticos son producidos por hipersensibilidad al metal, altas dosis de ingestión oral de cobalto deben ser consideradas en el resultado de la prueba de parche epicutánea. Aunque la sensibilidad al níquel es más común que la sensibilidad al cobalto, las dos están

¹ Médico asistente de Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

íntimamente relacionadas. Rystedt y Fischer reportaron que un cuarto de los pacientes sensibles al níquel desarrollaron alergia al cobalto, y que los pacientes con alergia simultánea a níquel y cobalto tenían más frecuentemente eczema dishidrótico severo. Múltiples estudios, han demostrado que los niveles de dieta normal de estos minerales pueden causar eczema dishidrótico, especialmente en aquellos pacientes en quienes la prueba de parche es positiva.

Las reacciones de hipersensibilidad del cobalto y de la vitamina B12 están relacionadas con la exposición al cobalto. No existen evidencias de que estas reacciones ocurran con la vitamina B12 en forma natural en las comidas: adenosilcobalamina y metilcobalamina. Existen múltiples reportes detallando reacciones con las inyecciones de derivados sintéticos de vitamina B12 incluyendo cianocobalamina e hidroxicobalamina. Los niveles de cobalto y de vitamina B12 en las comidas son demasiado insignificantes para producir una dermatitis alérgica sistémica. La ingesta de comidas con alta cantidad en cobalto causa dermatitis alérgica sistémica y es debido al cobalto y no por la vitamina B12. De las dos fuentes, el promedio de cobalto ingerido es 12µg por día. Los autores recomiendan que los pacientes con hipersensibilidad al cobalto deben evitar ingerir nuez, hígado de vaca, hierbas y remedios homeopáticos, debido al alto contenido metálico de éstos. Los pacientes también deben poner atención a la cantidad de comida con altos niveles de cobalto. Debe ser observado que la cantidad de cobalto ingerido para producir dermatitis alérgica sistémica depende del estatus de fumador, de los niveles ambientales de cobalto en el aire, suelo y agua (por ejemplo las viviendas cercanas a industrias). Así el cobalto es un metal contaminante en los multivitámicos, de manera similar en remedios de hierbas y homeopáticos.

Clasificación del eczema de manos atópico y la mutación de filagrina.

Giwerzman C, Lerbaek A, Bisgaard H, Menné T. Contact Dermatitis 2008;59(5):257-60.

El eczema de manos es una enfermedad común con varios factores de riesgo, siendo la dermatitis atópica uno de los factores más importantes. Recientemente se han descubierto dos mutaciones en el gen codificante de la filagrina, una proteína importante en la barrera cutánea, que ha demostrado estar asociada a dermatitis atópica.

La filagrina es una proteína esencial para en el engranaje de los filamentos de queratina, los cuales compactan a los queratinocitos, y para la formación del estrato corneo. La profilagrina, precursor de la filagrina, está localizada en los gránulos de queratohialina en la capa granular de la epidermis. La formación de las células cornificadas es crucial en la función de barrera así como en la prevención de la pérdida de agua y en la penetración de agentes infecciosos,

químicos, tóxicos y alérgenos. Dos genes polimorfos en la filagrina, R501X y 2282del4, resultan en la pérdida de las funciones de dicha proteína. Variantes genéticas homocigotas o compuestos heterocigotas que producen la pérdida total de los productos de filagrina ocasionan piel seca y escamosa (ictiosis vulgar); los heterocigotas presentan, en todos los casos, una forma leve o sin síntomas. La pérdida de las dos funciones de las variantes genéticas en los genes de la filagrina fue recientemente identificada como uno de los principales factores predisponentes en el eczema atópico, una asociación confirmada por muchos estudios. Marcadores no genéticos para eczema de manos han sido también identificados y sólo unos pocos estudios publicados han investigado una posible relación entre la mutación de la filagrina en la pérdida de la función de la piel y dermatitis de contacto.

El eczema de mano es una enfermedad frecuente, común y con un curso crónico recurrente. Los factores de riesgo incluyen a la dermatitis atópica y la exposición a alérgenos e irritantes. No hay una clasificación universalmente aceptada de eczema de manos. La clasificación tradicional está basada en factores etiológicos (irritantes, alérgicos y enfermedad atópica), la localización del eczema (dorso, palma y muñeca), y características morfológicas (vesicular, hiperqueratósica, liquenificada y dermatitis manos vesicular recurrente). Los factores de riesgo para eczema de manos son la dermatitis atópica, alergia de contacto, los irritantes y trabajos con humedad. Muchos estudios han identificado, como uno de los principales factores de riesgo externos para el desarrollo de eczema de manos, al agua, probablemente porque disminuye la protección de la piel y la oclusión incrementa el efecto irritante.

En un estudio de seguimiento, sobre una población de gemelos, se concluye que los factores de riesgo genéticos, independiente de la dermatitis atópica y de la dermatitis de contacto alérgica, son importantes para el desarrollo del eczema de manos. Otro estudio de seguimiento, en la misma población, encontró que los factores de riesgo explicaban el 41% de casos de eczema de manos, considerando que gemelos monocigotos tuvieron el doble de riesgo de desarrollar eczema de manos.

Dos mutaciones, R501X y 2282del4, son responsables del 16.7% y 56% respectivamente, de todos los individuos con dermatitis atópica y son de herencia semidominante. Estas mutaciones están asociadas con asma y alergia, así como con la presentación temprana de dermatitis atópica. Lerbaek y colaboradores investigaron una posible asociación entre la mutación de filagrina y el eczema atópico, encontrando asociación estadística entre los pacientes con eczema de manos y dermatitis atópica, y la mutación de filagrina. Un solo estudio de la mutación de filagrina y alergia al níquel ha sido publicado, los autores observaron una asociación entre sensibilización de contacto al níquel y sensibilización al níquel en relación con la intolerancia a joyas de moda. La asociación positiva entre los alelos de la filagrina y la sensibilidad de contacto al níquel podrían ser explicadas por diferentes vías. Una posibilidad es

la mutación induzca una disfunción en la barrera de la piel, así el níquel podría actuar como un irritante y no como alérgeno y se podría obtener resultados falsos positivos en la prueba de parche epicutánea (PPE), cuando es aplicada en pacientes atópicos. Sin embargo en la población investigada por Novak y colaboradores, la alergia al níquel ocurrió con la misma frecuencia en pacientes atópicos y no atópicos. Otra explicación podría ser que el níquel se acumula en la piel de individuos con mutación positiva de la filagrina, ya que se incrementa la habilidad para unirse a la epidermis con la filagrina mutada.

Manejo de eczema crónico de manos.

Diepgen T, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P, McFadden J, Coenraads P. Contact Dermatitis 2007;57(4):203-10.

El eczema de manos es una manifestación dermatológica muy común, la cual frecuentemente tiene un alto impacto que afecta al individuo y a la sociedad. El eczema de manos no es una enfermedad uniforme y varía por su etiología, severidad y morfología. La prevalencia se estima en 10% en la población general. La proporción de eczema de manos severa es estimada en 5 a 7% de todos los pacientes con eczema de manos, y los son refractarios a tratamientos tópicos representan del 2 al 4%. La prevalencia es más alta en mujeres que en varones y es causada por factores ambientales y no genéticos. Basados en estudios retrospectivos, la incidencia anual del eczema de manos es estimada en 5 por 1 000 personas. Tiene un enorme impacto ocupacional, doméstico, social y psicológico. El eczema de manos frecuentemente tiene un origen en dermatitis de contacto irritativo o alérgico. La dermatitis de contacto irritativo puede ser causada por la exposición al agua, comidas, guantes y aceites. La dermatitis de contacto a alérgenos puede ser causado por alérgenos como cromo, níquel y químicos de la goma. La ingesta de alérgenos (por ejemplo níquel) puede también producir eczema de manos. Factores endógenos pueden jugar un rol muy importante en la etiología de eczema de manos. El más conocido es la disposición atópica.

El diagnóstico de eczema de manos está basado en una cuidadosa historia clínica y debe considerarse los siguientes aspectos: historia médica, localización, morfología de las lesiones, curso de la enfermedad y exposición a posibles irritantes y alérgenos. Una colocación cuidadosa de la prueba de parche es mandatoria en todos los pacientes con dermatitis de manos. Si el eczema de manos es primariamente causado por la exposición a un alérgeno o irritante, evitar la exposición es esencial, y podría suplementarse con terapia tópica. La terapia usualmente debe ser aplicada en forma escalonada con medidas de protección de la piel (guantes, cambios de estilo de vida y educación), seguido de tratamientos tópicos (emolientes, cremas y ungüentos de corticoides, inmunomoduladores tópicos, derivados de

alquitrán, irradiación con luz ultravioleta e inhibidores tópicos de la calcineurina) y tratamientos sistémicos (azatioprina, metotrexate, ciclosporina, retinoides y corticoides orales en cursos cortos de tratamiento).

Dermatosis ocupacionales en trabajadores de la salud evaluados por sospecha de dermatitis de contacto alérgica.

Suneja T, Belsito D. Contact Dermatitis 2008;58(5):285-90.

Las enfermedades ocupacionales de la piel ocurren frecuentemente en trabajadores del cuidado de la salud. El espectro de enfermedades incluye dermatitis de contacto alérgica (DCA), dermatitis de contacto irritativa (DCI), urticaria de contacto alérgica (UCA) e infecciones cutáneas. La urticaria de contacto alérgica secundaria al látex ha sido largamente estudiada y puede coexistir con otras enfermedades así como dermatitis de contacto alérgica y otras enfermedades atópicas. La prevalencia de alergia a látex en esta población ha sido estimada en 2.8-10.7%. La prevalencia de prueba de parche positiva en trabajadores de la salud ha sido reportada en el rango de 17 a 62.9%. Se estudio un total de 1 434 pacientes a quienes se colocó la prueba de parche epicutánea. Los datos demográficos y los alérgenos más comunes en los trabajadores de la salud (n=100) y en los no trabajadores de la salud (n=1 334) fueron comparados. Los sitios más comunes de dermatitis en los trabajadores de la salud fueron la mano (60%), cara (13%) y generalizado (10%). De los 60 trabajadores de la salud con eczema de manos, 32 (53%) fueron enfermeras. El 53% de los trabajadores de la salud y 51% de los trabajadores no salud tuvieron un diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica. El 22% de los trabajadores de la salud y 11% de los trabajadores no salud tuvieron un diagnóstico de dermatitis de contacto irritativa (p<0.01). Se observó que un 13% de los trabajadores de salud y 0.004% de trabajadores no salud tuvieron un diagnóstico de urticaria de contacto (p<0.001). Los alérgenos más comunes relevantes en personal de la salud con dermatitis de contacto alérgica fueron: quaternium, thiuram mix, formaldehído, carba mix, fragancias mix, glutaraldehído, níquel sulfato, myroxylon pereirae y cobalto cloruro. Del total de 19 pacientes con diagnóstico de urticaria de contacto alérgica a látex 13 (68%) tenía un diagnóstico concomitante de dermatitis de contacto alérgica y 3 pacientes (16%) fueron diagnosticados con dermatitis de contacto irritativa, 79% fueron mujeres y 21% tuvo historia de atopía. Las manos (74%) fueron el sitio más común de lesión en pacientes con urticaria de contacto alérgica. Los alérgenos más comunes de tipo retardado, en pacientes que presentaron urticaria de contacto alérgica y dermatitis de contacto alérgica, fueron: quaternium, formaldehído y cocamido diethanolamina. Es una limitación que el estudio fue retrospectivo y está sujeto a sesgos de resultado. Sólo los pacientes con sospecha de DCA y UCA fueron incluidos en la base de datos.