
Dermatitis de contacto en el personal del área de la salud. Revisión de tema

Contact dermatitis in personal health area. Topic review

A dermatite de contato na área de saúde pessoal. Revisão do tópico

■
Sergio Andrés Molina Paniagua¹, Camila Pérez Madrid¹, María Adelaida Garcés Abad¹, Mateo Mejía Zu-
luaga¹, Manuela Ossa Builes¹, María Paulina Noreña Gómez¹, Andrea Gómez González¹, Julián Espinosa¹,
Elsa María Vásquez T²

¹ Estudiante pregrado Medicina. Universidad CES. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. e-mail: samp910223@hotmail.com

² Bióloga, Magister en Epidemiología, Docente Universidad CES. Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública. e-mail:
evasquez@ces.edu.co

Recibido: Mayo 09 de 2012 Revisado: 14 de 2012 Aceptado: Mayo 29 de 2012

Resumen

La dermatitis de contacto es una enfermedad altamente prevalente en el área de la salud, siendo la segunda causa de consulta más frecuente en la especialidad de dermatología. En este artículo se hace una revisión completa del tema, comenzando con su definición y los diferentes tipos descritos de dermatitis junto con sus principales características; se describe su etiología y patogenia, los principales factores de riesgo relacionados con el área de la salud que influyen en el desarrollo de la enfermedad; se mencionan las principales manifestaciones clínicas y cómo evolucionan en el tiempo. Se concluye que el médico debe realizar una historia clínica completa, haciendo énfasis en la anamnesis y el examen físico de la piel y las lesiones, para realizar una adecuada correlación médica, orientar su diagnóstico y definir qué ayuda diagnóstica sería la más adecuada, para así escoger el tratamiento ideal. Al ser la dermatitis de contacto una enfermedad recurrente, es importante educar al paciente para que sea consciente de su patología, y así prevenir futuras recaídas; es labor del médico realizar un seguimiento adecuado para evitar la progresión de la enfermedad y obtener un buen pronóstico.

Palabras Clave: *Dermatitis por contacto, Dermatitis profesional, Látex, Personal de salud*

Abstract

Contact dermatitis is a highly prevalent disease in the health care area, being the second most frequent consult in dermatology. This article will make a complete review of the subject, starting with its definition and the different types of dermatitis described with their main characteristics; it will describe the etiology and pathogenesis, the main risk factors related with the health care workers that influence in the evolution of the disease. It also will mention the principal clinical manifestations and how they evolve during time. Concluding, the physician should perform a complete medical history with emphasis on the anamnesis and physical examination of the skin and lesions, for an appropriate medical correlation to guide the diagnosis and define which one is the most appropriate laboratory test, in order to choose the ideal treatment. As contact dermatitis is a recurrent disease, education is fundamental to create conscious in the patient about his condition, and prevent future relapses. It is physician's responsibility to make a strict follow-up, in order to avoid disease progression and improve its outcome.

Key Words: *Dermatitis, Contact, Dermatitis Occupational, Latex, Health Personnel*

Resumo

A dermatite de contato é uma doença altamente prevalente na área da saúde, a segunda causa mais freqüente de consultas na especialidade de dermatologia. Neste trabalho, uma revisão abrangente do tema, começando com a sua definição e diferentes tipos de dermatite descritos juntamente com as suas principais características, descreve sua etiologia e patogenia, os principais fatores de risco associados com a área da saúde que a influência o desenvolvimento da doença referida principais manifestações clínicas e evoluem com o tempo. Conclui-se que o médico deve realizar uma história médica completa, com ênfase no exame história e física da pele e lesões, para correlação médico apropriado, guia de diagnóstico e de ajuda de diagnóstico definir o que seria o mais adequado, a fim de escolher o tratamento ideal. Quando em contato com a doença dermatite recorrente, é importante educar o paciente estar ciente de sua condição, e prevenir recaídas futuras é médico trabalho caminho certo para evitar a progressão da doença e obter um bom resultado.

Palavras Chave: *Dermatite de Contato, Dermatite Ocupacional, Látex, Pessoal de Saúde*

Introducción

La dermatitis de contacto (DC) se define como un eczema cutáneo agudo o crónico originado en respuesta al contacto de la piel con irritantes primarios, como alérgenos que generan una reacción de hipersensibilidad (1,2).

Es una enfermedad común en la dermatología, 20 a 25% de la consulta dermatológica por enfermedad cutánea. Su prevalencia es 136 por cada 10,000 personas (6).

Sí bien la dermatosis ocupacional en el área de la salud engloba una variedad de patologías cutáneas entre ellas neoplasias, infecciones y lesiones, la dermatitis de contacto es la más común de las dermatosis relacionadas con el trabajo, representando el 90% a 95% de todos los casos.

Existen 2 grandes subtipos de Dermatitis de contacto ocupacional (DCO), la DC irritativa y la DC alérgica. Se dice comúnmente que la DCI es responsable del 80% de todos los casos de DCO y el restante 20% es causado por DCA, sin embargo algunos estudios realizados en estados unidos han reportado que 60% se da debido a DCA y un 32% a DCI. Esto pudiera ser explicado por el aumento significativo de alergia al látex por el incremento del uso de guantes de látex, el cual se disparó a finales de los años 90, por parte de médicos y otros empleados del sector salud (3,7,8).

Recientemente se ha demostrado que la recuperación de la dermatitis de contacto ocupacional con un tratamiento adecuado supera el 75% sin discapacidad permanente. Esto se debe a la adecuada identificación del alérgeno, a las pruebas diagnósticas y al incremento en la prevención y en la educación del paciente (3).

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos médicas OVID, Pubmed, Medline y uptodate, con las palabras "occupational contact dermatitis" "contact dermatitis treatment", "allergic contact dermatitis", and "irritant contact dermatitis" entre los años 2000-2012 y se seleccionaron los artículos de revisión, las guías de manejo y artículos de investigación, además se revisaron algunos textos guía.

El objetivo fue hacer una revisión de tema en donde se estableciera la fisiopatología, clínica, factores de riesgo, y tratamiento, que permita mostrar la importancia de la dermatitis de contacto en los trabajadores del sector salud

Resultados

Definición

Se entiende por dermatitis de contacto o ecze-

ma de contacto el cuadro de eczema cutáneo agudo o crónico originado en respuesta al contacto de la piel con irritantes primarios, como lo son los ácidos y álcalis, o también con alérgenos que generan una reacción de hipersensibilidad, con similares manifestaciones clínicas. La dermatitis de contacto aguda se caracteriza por prurito, eritema y vesiculización, mientras que la crónica se manifiesta con prurito, xerosis, liquenificación, hiperqueratosis y fisuras en la piel (1,2).

La dermatitis de contacto irritativa (DCI) es causada por agentes externos que actúan meramente como irritantes químicos o físicos, provocando así una respuesta inflamatoria no alérgica en el paciente. La capacidad de estos agentes para generar una respuesta irritativa y su intensidad va a depender de ciertos factores como, la concentración de dicho agente, su PH, el vehículo y tiempo de exposición a este.³ Por otro lado la dermatitis de contacto alérgica (DCA) es causada por un agente externo que actúa como antígeno específico o alérgeno, produciendo una respuesta de hipersensibilidad retardada tipo IV, mediada por células T. Como es un fenómeno inmunológico, tiende a involucrar la piel circundante al área expuesta y hasta puede extenderse más allá del sitio inicial de contacto. Cuando el alérgeno provoca una respuesta inmune masiva, el compromiso es generalizado.^{1, 4} La dermatitis de contacto alérgica sistémica describe una erupción cutánea en respuesta a la exposición sistémica a un alérgeno previamente sensibilizado (2,4).

Epidemiología

Es una enfermedad común en la dermatología, 20 a 25% de la consulta dermatológica por enfermedad cutánea, siendo el segundo diagnóstico dermatológico más frecuente (6). Es una enfermedad de verdadero interés en salud pública. La prevalencia de la dermatitis de contacto en Estados Unidos es 136 por cada 10,000 personas, estimado por La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (NHANES por sus siglas en

inglés) (5,6). Se sabe que aumenta en la segunda, tercera y cuarta década de la vida. La tasa de incidencia es significativamente más baja en pacientes mayores de 70 años. En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres son más sensibles que los hombres a los alérgenos más comunes. Con respecto a la raza no se ha encontrado evidencia de una raza que sea más sensible que otra.

Si bien la dermatosis ocupacional en el área de la salud engloba una variedad de patologías cutáneas entre ellas neoplasias, infecciones y lesiones, la dermatitis de contacto es, por mucho la más común de las dermatosis relacionadas con el trabajo (3,7), representando el 90% a 95% de todos los casos (3). Las manos son el área más comúnmente afectada y representa el 66% de los casos de alergia ocupacional y 80% de los casos de irritativa ocupacional (1,3,8), mientras que sólo el 10% de las DCO involucra la cara.⁸ El 20% del eczema de manos es de origen ocupacional.

Los dos subtipos principales de dermatitis de contacto ocupacional (DCO) son la alérgica y la irritativa. Se dice comúnmente que la DCI es responsable del 80% de todos los casos de DCO y el restante 20% es causado por DCA (3,7,8); sin embargo el Grupo Norteamericano de Dermatitis de Contacto (NACDG por sus siglas en inglés) quienes realizaron 5839 pruebas de parche entre 1998 y 2000, reportó que del 19% que eran de origen ocupacional un 60% fue debido a DCA y un 32% a DCI en Estados Unidos (1). Esto pudiera ser explicado por el aumento significativo de alergia al látex por el incremento del uso de guantes de látex a finales de los años 90, por parte de médicos y otros trabajadores del sector salud (9).

Factores de Riesgo

Debido a que la etiología de la dermatitis de contacto es multifactorial, e influenciada por distintos factores externos e internos, determinar el agente causal específico es difícil (1,8).

Entre los factores extrínsecos se encuentran la ocupación, factores geográficos y ambientales, las propiedades bioquímicas de los alérgenos e irritantes y factores culturales, mientras que los factores intrínsecos incluyen la edad, sexo, raza, la integridad de la barrera epidérmica, estado atópico y genética, todos estos factores contribuyen a la reactividad de la piel (1,10).

El trabajo es un factor clave en el desarrollo de la dermatitis de contacto, un 90% a 95% de todas las enfermedades cutáneas relacionadas con el trabajo representan alguna forma de dermatitis de contacto. La DCO fue más común entre los trabajadores con metales, trabajos en construcción, trabajadores en el sector salud, relacionados con alimentos entre otros, con la prevalencia más alta en los cosmetólogos, probablemente como resultado a la exposición repetitiva con químicos y agua (10).

Dermatitis de Contacto Alérgica

La dermatitis de contacto alérgica es una enfermedad inflamatoria común de la piel que se produce por una reacción de hipersensibilidad tipo IV mediada por células T que tiene como resultado final lesiones eczematosas y pruriginosas. Se produce solo después de la reexposición al alérgeno específico en un paciente sensibilizado previamente (11).

Los factores ambientales tales como la fricción, el calor, la humedad y la presión están implicados en la dermatitis de contacto alérgica al traspasar la piel.

La maceración que ocurre al estar la piel constantemente húmeda y luego secarla (por ejemplo, lavarse las manos) produce fisuras en ella permitiendo la entrada de alérgenos e irritantes (12).

Además de los factores ambientales existen ocupaciones que tienen una mayor relación con la dermatitis de contacto alérgica que otras, entre ellas están los peluqueros, pintores, trabaja-

dores de construcción, trabajadores del área de la salud, floristería y trabajadores de lavanderías. En estas profesiones existe una excesiva exposición al agua, solventes y/o micro traumas (12).

Etiología y patogenia

Su etiología puede ser sugerida por los sitios del cuerpo de la participación, la historia de la exposición, y la morfología y distribución de las lesiones de la piel (11).

Para generar una reacción inmune al alérgeno el individuo debe ser genéticamente susceptible, tener un contacto suficiente para generar sensibilidad química y tener un contacto repetido con la sustancia (11).

La dermatitis de contacto alérgica es una alteración sistémica producida por una inflamación por un hapteno específico (Alérgeno de bajo peso molecular, lipófilo, capaz de unirse a proteínas) mediada por células T y caracterizada en tres fases: sensibilización, Provocación y resolución (11,12).

El complejo hapteno-proteína es el paso inicial en el desarrollo de la dermatitis de contacto alérgica. El hapteno penetra la barrera del estrato córneo de la piel, no son inmunogénicos por sí mismos, pero pueden ser eficazmente reconocidos por el sistema inmunológico después de unirse a una proteína portadora de la piel (11,12).

La fase de sensibilización se produce después del primer contacto de la piel con un hapteno y conduce a la generación de células T específicas del hapteno en los ganglios linfáticos regionales. Las células de Langerhans y las células dérmicas dendríticas presentan antígenos y expresan CMH clase I y II, que son necesarios para la activación de CD8+ y células T CD4+, respectivamente. Las células de Langerhans son capaces de iniciar una respuesta inmune adaptativa mediante la captura, procesamiento y presentación de antígenos a las células T en las áreas paracorticales de los ganglios linfáticos, este proceso resulta en la expansión clonal del hapteno específico de la memoria / de las células T efectoras, que circulan por todo el cuerpo (12).

En la fase de provocación se producen las manifestaciones clínicas como resultado de una reacción inflamatoria mediada por células T en la piel por una reexposición al hapteno. La reacción inflamatoria se produce 48 a 72 horas después de la exposición pero puede darse meses o años después de la exposición a bajos niveles de alérgenos.

Como en la fase de sensibilización, los haptenos se introducen en la epidermis y reaccionan con las proteínas endógenas. Los complejos hapteno-proteína son llevados por las células presentadoras de antígeno (células de Langerhans, macrófagos, mastocitos y queratinocitos) que los presenta a las células T reclutadas en la epidermis y la dermis (1).

Las células efectoras primarias de la dermatitis de contacto alérgica parecen ser las células CD8+ TH1 que inducen la apoptosis de los queratinocitos que llevan el complejo hapteno-proteína de moléculas MHC clase I, además hay escisión rápida de las moléculas de adhesión intercelular (E-cadherinas). La pérdida de adhesión intercelular y la infiltración de linfocitos en la epidermis son responsables del edema intercelular y la vesiculación (1).

Características clínicas

La dermatitis de contacto atópica debe ser sospechada en pacientes con exantemas después de la exposición a agentes exógenos y individuos cuya dermatitis es persistente a pesar del tratamiento correcto (11).

Alteraciones en la función de barrera de la piel o los mecanismos reparadores generados por genética, edad, ropa e influencia psicosocial aumentan la predisposición a este tipo de dermatitis (11).

La historia clínica debe ser completa con las características de la lesión, historia médica personal y de la familiar, ambiente laboral y del hogar y uso previo de medicamentos prescritos o no (12).

La dermatitis de contacto alérgica es encontrada comúnmente en pacientes que laboran en el área de la salud. La expresión clínica más común es la dermatitis eczematosa que puede ir de moderada a severa, aguda y de corta duración a crónica.

Manifestaciones cutáneas

La dermatitis de contacto alérgica usualmente ocurre en las áreas de contacto con eritema, edema, pápulas y vesículas o, cuando este es permanente puede llevar a liquenificación. Las áreas de piel delgada como párpados, superficies mucosas y genitales presentan rápidamente edema que llevan al paciente a dejar ciertos comportamientos o a consultar a un médico. Las lesiones son inicialmente muy delimitadas, que ocurre sólo en el sitio de contacto, pero con el tiempo puede potencialmente cada vez más generalizada y delineado menos llamativo (12,13).

Cuero cabelludo: ha mostrado ser relativamente resistente a la dermatitis de contacto alérgica que se podría dar por el incremento del grosor de la piel, alteraciones en la celular, variación en la vascularización y el efecto dilucional que produce la perspiración. Se pueden presentar alergias a los tintes de cabello y al champú en la línea de implantación de pelo, párpados y zona retroauricular (12).

Cara y párpados: exposición a aeroalérgenos puede llevar a consecuencias severas. Se puede asociar a dermatitis en las manos por transmisión a esta área (Dermatitis de contacto ectópica). Sustancias que tienen preservativos son una fuente frecuente de dermatitis en esta zona. Prevenir por artículos de higiene y cosméticos (12)

Cuello: Como la cara, el cuello es susceptible de numerosas sustancias del ambiente y de exposición indirecta de las manos. Alérgenos metálicos pueden producir dermatitis crónica en las zonas de exposición a collares y cierres que contienen níquel o cobalto (12)

Torso: La piel de esta zona del cuerpo puede verse afectada por fragancias, preservativos o detergentes usado en los productos de aseo personal como lociones o jabones, es además susceptible a alérgenos de las telas como tinturas y resinas de formaldehído. Especialmente el calor, humedad y fricción de sobre la piel contribuyen a que se genere la dermatitis en esta zona y se acentúe (12)

Axilas: Esta zona esta predispuesta a la dermatitis por los mismos alérgenos que el torso y además a los desodorantes y antitranspirantes (12)

Manos y Pies: La dermatitis en las manos produce el 80% de las alteraciones en la piel relacionadas con el área ocupacional, especialmente los trabajos relacionados con humedad como el cuidado de la salud, manipulación de alimentos y cosmetología.

La etiología multifactorial de la dermatitis de las manos le agregado complejidad al diagnóstico y al tratamiento. Alteraciones coexistentes como atopia, dishidrosis, psoriasis y dermatofitosis contribuyen en estos pacientes.

En el área de la salud se han encontrado casos de dermatitis de contacto iatrogénica a aditivos de caucho en los guantes como látex o terapias tópicas con preservativos o corticosteroides. El médico debe advertir la presencia de prurito y la afección del dorso de la mano y los espacios interdigitales.

En la palma de las manos y los pies, los surcos son resistentes a revelar dermatitis de contacto alérgica, si se ven alteraciones en esta zona hay que pensar en otro tipo de patologías como psoriasis, dishidrosis o dermatosis plantar juvenil, además de esto se diferencian porque en estas patologías de afecta el dorso de varias extremidades al mismo tiempo.

En la dermatitis en los pies se debe preguntar por antibióticos tópicos, corticosteroides tópicos, pegamento, caucho o espuma de caucho (12).

Exposición de mucosas perioral y perianal.

En la mucosa oral en muy pocas ocasiones se presentan aftas, estomatitis, dermatosis y erosión lingual por la exposición a alérgenos en la crema dental. Es más común que se presenten alteraciones en la piel perioral por saborizantes, detergentes y blanqueadores que se encuentran frecuentemente en los productos de higiene dental.

La baja tasa de reacción es reflejo del efecto dilucional de las secreciones de la mucosa o por la inmunidad de la mucosa.

Con el aumento del número de personas mayores de 65 años que se ha presentado en la sociedad han aumentado los cambios asociados a la edad como sequedad, incontinencia e inhabilidad para limpiar adecuadamente e área genital y perianal, esto ha aumentado el uso de productos de higiene y la exposición a alérgenos en el papel higiénico humedecido y los supositorios (12).

Variante no eczematososa de la dermatitis de contacto alérgica.

Como la sífilis secundaria, la dermatitis de contacto alérgica es una gran imitadora pues tiene múltiples variantes no eczematosas incluyendo dermatitis de contacto liquenoide, eritema multiforme, hipersensibilidad de contacto dérmico similar a una celulitis, leucoderma de contacto o púrpura de contacto.

La reacción alérgica de contacto liquenoide se puede producir por metales o por medicamentos como derivados de la quinina, hidroxurea, IECAS, beta bloqueadores y agentes antiepilépticos (12).

La prueba del parche es el estándar de oro para el diagnóstico de la dermatitis de contacto alérgica (12).

En cuanto al tratamiento, aunque identifica y evitar el alérgeno causante es el pilar del tratamiento de la dermatitis de contacto alérgica, en

la mayoría de los casos para lograr un control rápido de los síntomas se requiere tratamiento médico (12,14).

Alergia al látex

El caucho es uno de los recursos naturales más utilizados actualmente, pues es la materia prima de gran cantidad de productos, este surge como un fluido de la sabia (látex) de un árbol llamado *Hevea brasiliensis* (14).

Dentro de las dermatitis de contacto, la dermatitis por látex o alergia al látex es una de las principales, debido a su alta prevalencia y a su gran componente de tipo ocupacional. Esta alergia es frecuente en una gran variedad de trabajos y ocupaciones, como lo es personal de la salud, jardineros, empleados domésticos, peluqueros, y pintores, entre otros (14).

Su prevalencia en el área de la salud es de 12.1%, esta cifra ha disminuido con la reciente introducción y uso, de guantes de látex sin polvo, o guantes de materiales diferentes al látex (14).

Las manifestaciones clínicas incluyen una gran variedad de cuadros clínicos, y dependen de factores como el tipo de exposición o la cantidad de alérgeno y el mecanismo que intervino en la reacción. Con relación a la Dermatitis de contacto alérgica se presenta un rash de tipo eczematoso y pruriginoso, con o sin vesículas, 1 a 4 días después de la exposición. Es producida por químicos y aditivos utilizados durante la producción látex, mas no por una reacción al alérgeno.

Además de la dermatitis de contacto alérgica se puede presentar dermatitis de contacto irritativa, urticaria de contacto alérgica, rinoconjuntivitis y asma o anafilaxia (14).

El diagnóstico se basa en la sospecha por historia clínica, asociada a pruebas diagnósticas que lo confirmen como test cutáneo, test en suero o test de provocación (14).

Dentro del manejo con estos pacientes la principal medida que debe tomarse es, la eliminación del estímulo que produce la reacción alérgica; por esto es importante que en la vida diaria del paciente tanto como en su lugar de trabajo se establezcan estrategias para mantener un ambiente libre de látex. Puede pensarse como en el caso de personal de salud reemplazar los aguantos de látex, por guantes de caucho sintético, como nitrilo o neopreno, no solo para el paciente sino para las personas que trabajan con él, pues un entorno libre de látex ayuda notablemente a disminuir los síntomas (15).

Dermatitis de Contacto Irritativa

La Dermatitis de contacto irritativa (ICD) es causada por un efecto tóxico directo en la piel, debido a irritantes mecánicos, químicos o físicos, y este causa una reacción inflamatoria no alérgica en el huésped, interrumpiendo la función de la barrera de la piel.

El potencial de causar irritación y la intensidad de la reacción depende de ciertas características del agente como la concentración, el pH, el vehículo, y el tiempo de exposición.

La aparición varía de persona a persona dependiendo de la permeabilidad, el grosor del estrato córneo, la extensión total del área de piel expuesta, la zona anatómica comprometida, la presencia o no de oclusión y el tiempo de exposición; la mayoría de los casos de ICD son debidos a exposición continua y crónica a irritantes leves y usados diariamente como agua, jabón, alcohol o detergentes, factores medioambientales como calor, frío o humedad, o trauma repetitivo como presión, fricción o abrasión. La exposición repetitiva crea un disturbio crónico de la barrera de la piel, permitiendo que entren incluso concentraciones bajas de irritantes causando una respuesta inflamatoria crónica (16,19).

Etiología y Patogenia

Las actuales teorías de la patogénesis de la der-

matitis de contacto irritativa sugieren el papel importante del sistema inmune 16, donde diferentes mecanismos concluyen en la liberación de mediadores inflamatorios sobre queratinocitos viables y dañados. Estos queratinocitos son realmente importantes en la propagación de la dermatitis de contacto irritativa, ya que liberan irritantes a través del estrato corneo, y la regulan las moléculas de adhesión celular desencadenando una respuesta inflamatoria (18).

El TNF- α es una de las muchas citoquinas liberadas en esta patología y tal vez la más importante implicado en la inflamación, además actúa en la cronicidad de la dermatitis por su regulación autocrina, por lo que tiene una dedicada actividad inflamatoria (18).

Para el desarrollo de la actividad inmunológica, diferentes factores influyen en la irritación de la piel, tales como: factores individuales de la sustancia, su concentración en el vehículo, las características de este, la extensión total del área a la piel expuesta la zona anatómica comprometida, la presencia o no de oclusión y la duración de la exposición, causando un daño en la piel por multitud de efectos en los que se incluye: eliminación de barrera de lípidos, citotoxicidad directa y la desnaturalización de la queratina (17).

En las formas irritativas crónicas la sustancia ofensora no es la única causal, también tienen importancia efectos secundarios que agravan los primarios, estos efectos secundarios son tanto exógenos como endógenos, los primeros son la deshidratación de la piel, el aumento de la permeabilidad transcutánea, y la población microbiana local, la descamación y el rascado; y de tipo endógeno son mediadores liberados por los neutrófilos que están en la zona inflamada o liberación de mediadores inflamatorios como las prostaglandinas producidas por los fosfolípidos de membranas celulares dañadas (16).

Factores de Riesgo

La dermatitis de contacto es la responsable del

90 a 95% de las enfermedades de piel de origen ocupacional, esto se debe a que los ciclos repetitivos de humedecimiento y secado de las manos que lleva a fisuras y grietas, lo que favorece el debilitamiento de la capa protectora del estrato corneo (1).

En el desarrollo de la dermatitis de contacto se evidencian diferentes factores de Riesgo que se pueden clasificar en factores intrínsecos y extrínsecos por lo que muchas veces es difícil encontrar un único agente causal, en los factores intrínsecos encontramos la edad, sexo, raza, integridad de barrera epidérmica, constitución atópica y la genética; mientras que en los extrínsecos están la ocupación, factores geográficos y ambientales, y propiedades bioquímicas de los alérgenos e irritantes (3,16).

Entre los factores intrínsecos las personas con algún compromiso de la piel (dermatitis atópica, piel seca) y aquellas de piel clara tienen un riesgo más alto de desarrollar esta patología. También se describe que las mujeres tienen una mayor susceptibilidad de generar ICD pues están más expuestas a factores extrínsecos como irritantes domésticos (1,19,20).

La ocupación es uno de los factores extrínsecos más importantes en el desarrollo de la dermatitis, en donde los trabajadores del área de la salud, agricultores, y demás personas que trabajan con químicos de limpieza y agua, son las ocupaciones más comunes que desarrollan una ICD ya que se denominan "trabajos húmedos" que incluyen el uso de oclusión con guantes de látex o de caucho por al menos 2 horas al día; el látex actúa como un irritante contra la piel lo que genera un círculo de oclusión, transpiración maceración y por consiguiente irritación aumentando el riesgo de disfunción de la piel y penetración de agentes irritantes además la piel se seca cuando los guantes se retiran dando lugar a una dermatitis (1,3).

Otro factor relevante es el medio ambiente, donde los entornos con baja humedad disminuyen los niveles de humedad en el estrato corneo produciendo descamación y alteración de la barrera

epidérmica mientras que los ambientes cálidos o húmedos hace más solubles las disoluciones lo que facilita su absorción por la piel (1).

Características clínicas

Las áreas más comprometidas son las manos, y el antebrazo, pero se debe tener en cuenta que cualquier área de la piel puede ser afectada siempre y cuando este en contacto con el irritante.

La parte más afectada de las manos es el dorso, las huellas dactilares, y entre los dedos ya que el estrato corneo en estos lugares es mucho más delgado.

Los pacientes se quejan de dolor, irritación, sensación de quemazón, y/o prurito. Pero el prurito es mucho menor que el que se presenta en la dermatitis de contacto alérgica.

La ICD se clasifica en aguda y crónica o acumulativa, la aguda se desarrolla minutos después de la exposición a irritantes fuertes como ácidos y álcalis, los principales síntomas que produce son prurito y sensación de quemazón asociados a edema, eritema, vesículas y/o transudado, el rash no se extiende más allá del área de contacto y resuelve en pocas semanas cuando se retira el estímulo. La crónica requiere de meses de exposición continua se produce por irritantes leves como jabón, agua, detergentes y solventes, las principales lesiones son liquenificación asociada a fisuras en la piel, hiperqueratosis, hiperpigmentación y excoriaciones.

El personal del área de la salud está expuesto diariamente a irritantes leves como jabón, agua, alcohol, látex, entre otros, y esta exposición es continua en el tiempo, por lo que se presenta en la mayoría de los casos como una dermatitis de contacto irritativa crónica y el área de mayor compromiso son las manos.

Diagnóstico

El diagnóstico de la dermatitis de contacto se

basa en una combinación entre 13:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Pruebas de laboratorio.

Anamnesis

Lo primero es la identificación del paciente, comenzando con la edad, la cual confiere una idea aproximada sobre las dermatitis más frecuentes en determinados rangos de edad.

Preguntar por el tipo de trabajo que realiza la persona y las diferentes sustancias con las que entra en contacto, en el caso del sector de la salud, múltiples sustancias generan comúnmente dermatitis, las cuales serán discutidas posteriormente (21).

Los trabajos más comunes relacionados con dermatitis de contacto son: profesionales de la salud, hasta un 55% de las enfermeras han sufrido dermatitis de contacto en alguna ocasión trabajadores en industrias químicas, esteticistas y estilistas, maquinistas y constructores (22).

Agentes irritantes más comunes (21):

- Jabones, detergentes, antibacteriales, desinfectantes.
- Ácidos y Álcalis: ácido fluorhídrico, cemento, ácido crómico, fósforo, óxido de etileno, fenol, sales metálicas.
- Disolventes industriales: alquitrán, petróleo, hidrocarburos, disolventes de alcohol, éter de etilenglicol, acetona, dióxido de carbono, dioxano.
- Plantas: euforbiáceas, ranunculáceas, crucíferas, urticáceas, solanáceas, opuntia.
- Otros: Látex, fibra de vidrio, lana, ropa sintética áspera, papel, perfumes.

Enfermedad actual

Aunque en la mayoría de dermatitis el principal síntoma es el prurito, algunas otras pueden generar hiperalgesia, ardor y hasta dolor. Por lo que es importante diferenciarlas para así obtener un diagnóstico acertado (21).

Preguntar por el tiempo de aparición, localización de las lesiones, tratamientos usados, síntomas asociados a las lesiones, si ha logrado identificar qué sustancias empeoran o mejoran la sintomatología.

Por ejemplo, el ardor comenzó segundos luego de exposición, pensamos en ácidos; sustancias cuya sintomatología se produjo 10 minutos luego de exposición, son comúnmente cloruro de aluminio, propilenglicol y fenol; y cuando la sintomatología comienza entre 8 y 24 horas luego de exposición, pensamos en una dermatitis de contacto retardada cuyas sustancias más comunes son antralina, óxido de etileno y cloruro de benzalconio (21).

Examen físico

- Morfología:

Aguda: placas escamosas, eritematosas e induradas. Vesículas y ampollas en casos severos.

Crónica: ante repetidas exposiciones al alérgeno, se genera acantosis, hiperqueratosis e infiltración celular hacia la dermis; generando: piel seca, escamosa, engrosada, liquenificación, fisuras, excoriación, impetiginización.

- Distribución: se localiza principalmente en la piel que entra en contacto con el alérgeno, por lo que la región más comúnmente afectada, son las manos; luego cara y párpados (13,23)

Jabones: manos, champú: cuero cabelludo y cuello, cosméticos: cara, fragancias – perfumes: cuello, tórax, telas: tronco, axilas.

Pruebas de laboratorio

Test del parche: es la prueba de oro, de gran ayuda cuando no se ha logrado identificar agente causante de la dermatitis. La prueba consiste en exponer al individuo a una variedad de alérgenos que son comunes causantes de la dermatitis en la población general previamente estandarizados mundialmente.

Se realiza por un especialista, el sitio más comúnmente usado es la espalda o antebrazo. Esta prueba nos permite identificar el alérgeno al cual el paciente genera la dermatitis de contacto, dando una información útil para el tratamiento de ésta; La prueba no es infalible y puede reportar algunos falsos positivos o falsos negativos, por lo que la correlación clínica es necesaria (23,24).

Exámenes de laboratorio y biopsia: no son usados de rutina ya que el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones es clínico; son usadas ante sospecha de infección bacteriana o fúngica.

Se evalúa el funcionamiento de diferentes órganos como hígado, tiroides y riñones y se realiza biopsia para estudio histológico de la lesión (23,24).

Tratamiento

El tratamiento fundamental de la dermatitis de contacto es reconocer, eliminar, sustituir y evitar los agentes desencadenantes. Si existe el contacto con un agente asociado, es necesario lavar con abundante agua (3).

Alérgica

El tratamiento de estándar de la dermatitis de contacto alérgica son los corticosteroides tópicos, que son bien tolerados cuando se usan por periodos cortos. Al ser usados por periodos prolongados se asocian con atrofia cutánea, hirsutismo, hipopigmentación, foliculitis, acné y absorción sistémica. Los inhibidores de calcineurina tópicos (pimecrolimus, tacrolimus) pueden ser una alternativa viable.

El prurito puede ser aliviado con antipruriginosos tópicos (loción de calamina) o antihistamínicos sistémicos. Los antihistamínicos tópicos pueden ser útiles pero sensibilizan para nuevos agentes. Cuando el compromiso es muy extenso, pueden usarse compresas húmedas.

En casos severos, o cuando se compromete más del 10% de la superficie corporal, está indicado el uso de corticosteroides sistémicos. El esquema de 40mg diarios de prednisona por 4 - 6 días, seguido por 20 mg diarios por 4 - 6 días es efectivo y bien tolerado (13).

En pacientes con compromiso severo que no responden al tratamiento convencional, está indicada la fototerapia PUVA o NB-UVB por sus propiedades inmunosupresoras intrínsecas (12).

Irritativa

En el personal de la salud es importante el uso de cremas hidratantes y emolientes que mantengan la piel con suficiente agua en el estrato córneo, de manera que la función fisiológica de barrera cutánea se conserve y así disminuya el riesgo de irritación. Asimismo, es necesario disminuir el contacto con jabones, lociones y agentes que sean precipitantes o predisponentes para el eczema. Si existe contacto es necesario lavar con abundante agua (19,21,25).

Durante la fase aguda se pueden utilizar corticosteroides tópicos por su efecto antiinflamatorio. Sin embargo, su uso prolongado se asocia a atrofia cutánea y mayor susceptibilidad a los irritantes. Como alternativa a éstos, están los inhibidores tópicos de la calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus). Los esteroides sistémicos no son útiles en la etapa crónica, a menos que se tomen medidas para disminuir agentes ofensivos (26).

En pacientes con dermatitis crónica o severa que no responde a ningún tratamiento, la fototerapia PUVA o UVB o medicamentos sistémicos como Azatioprina o Ciclosporina pueden ser efectivos.

Prevención

Uno de los pilares en el manejo de la dermatitis de contacto es evitar la exposición a las sustancias irritantes de cualquier naturaleza o a los alérgenos conocidos que desencadenaron la reacción. Se le debe informar al paciente la importancia de reconocer y evitar el contacto con dichas sustancias causales, que pueden ser cosméticos, medicamentos, elementos del trabajo, etc. (1,3).

Ya que la dermatitis de contacto depende de la exposición a un alérgeno o irritante para generar la reacción, es importante para el paciente identificar el agente responsable y evitarlo. Las pruebas de parche son utilizadas para identificar agentes alérgenos (1,5).

En un entorno laboral, el empleador tiene el deber de cuidar de sus empleados proporcionando y exigiendo el uso de protectores, vestimenta adecuada, guantes, etc. para prevenir la exposición a irritantes industriales o alérgenos relacionados con el trabajo. Específicamente en el sector salud, debe existir un mecanismo de vigilancia de las dermatitis tanto alérgica como irritativa para ofrecer al trabajador un tratamiento oportuno o para poder realizar la reubicación de este cuando el cuadro clínico lo amerite.

Pronóstico

Son considerados como de peor pronóstico para dermatitis de contacto ocupacionales pacientes atópicos, pacientes mayores de 25 años de edad y pacientes con bajo nivel socioeconómico. La historia de eccema flexural, más que las otras características de atopia, es un marcador de dermatitis de contacto a los metales, se recomienda tenerla en cuenta en la historia clínica del empleado. El trauma mecánico con fricción y roce y el menor tiempo de recuperación entre un contacto y el siguiente, facilita la presentación de la dermatitis de contacto irritativa, y por esto se debe tener en cuenta para

determinar el pronóstico. Se considera de peor pronóstico la dermatitis de contacto alérgica al cromo, debido a que se relaciona con dermatitis de contacto de larga evolución, dentro de las dermatitis irritativas son de peor pronóstico las relacionadas con trabajo húmedo y aceite de corte. La recuperación de la dermatitis de contacto ocupacional con un tratamiento adecuado es favorable, sin discapacidad permanente. Esto se debe a la buena identificación del alérgeno, a las pruebas diagnósticas y al incremento en la prevención y en la educación del paciente. Si el paciente no es consciente de su patología y no evita el contacto con el alérgeno no se verán buenos resultados (27,28).

Reglamentación en Colombia

En Colombia existe como reglamentación para la dermatitis de contacto la Resolución 1013 del 2008, del Ministerio de la Protección Social, por la cual, se adoptan las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia para diferentes enfermedades, entre ellas la dermatitis de contacto relacionados con el trabajo.

Está claro que a nivel mundial las dermatosis profesionales constituyen entre el 40 y el 60% de todas las enfermedades profesionales, pero en Colombia se presenta un subdiagnóstico y subregistro importante de este grupo de patologías, razón por la cual se elaboró esta guía para que contribuya a su reconocimiento y prevención.

El Ministerio de la Protección Social con la participación de Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, Administradoras de Riesgos Profesionales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sociedades científicas, instituciones prestadoras de servicios de salud ocupacional, representantes de los trabajadores y representantes de los empleadores, llevó a cabo el desarrollo de las Guías de

Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia, siguiendo los lineamientos y metodologías aceptados internacionalmente, las cuales incluyeron en el proceso de diseño de las guías de atención, la metodología de medicina basada en la evidencia para las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Es importante saber que se debe seguir el conducto regular para cualquier enfermedad profesional cuando se de el caso de la dermatitis de contacto por causa laboral. Se dan igualmente incapacidades y pensiones descritas por enfermedad profesional. Cuando la incapacidad es por enfermedad o accidente laboral o profesional, se paga desde el 1º día, pero su pago está a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales (29).

Conclusiones

La alergia al látex es una de las principales dermatitis de contacto, debido a su alta prevalencia y a su gran componente de tipo ocupacional, sobretodo en personal del área de la salud. El manejo de esta entidad se basa en la aplicación estrategias simples y económicas, por lo que es sencillo controlarla.

La dermatitis de contacto alérgica es una enfermedad inflamatoria común de la piel que se produce solo después de la reexposición a un alérgeno específico en un paciente sensibilizado previamente. Existen factores ambientales que predisponen al paciente tales como la fricción, el calor, la humedad y la presión, pero también ciertas ocupaciones se relación con esta patología, entre estas se encuentran el trabajado en el área de la salud.

Para el diagnóstico de esta patología se requiere una historia clínica muy completa y hacer un tratamiento adecuado y oportuno. Es importante recomendar al paciente que la principal medida

que debe tomar para lograr mejoría es eliminar el estímulo que produce la reacción alérgica.

La dermatitis de contacto irritativa se presenta únicamente en los sitios del contacto con agentes tóxicos de manera única repetida y no por la sensibilización de la piel con algún agente

Cualquier individuo puede desarrollar una DCI si se expone a agentes irritantes aunque en esto intervienen diferentes factores individuales que ayudan a su desarrollo; como lo es la ocupación, edad, atopia y factores ambientales

La mayoría de los casos de dermatitis de contacto irritativa en el área de la salud se presenta por una exposición crónica y continua a irritantes como jabón, agua, látex, y alcohol, y la parte más afectada son las manos, principalmente el dorso y entre los dedos.

Los principales síntomas de la dermatitis de contacto irritativa aguda son prurito y sensación de quemazón asociados a edema y eritema; y en la crónica son liquenificación, hiperpigmentación y excoriaciones.

El diagnóstico de la dermatitis de contacto es principalmente clínico aunque debido a su amplio espectro de presentaciones; éste requiere de una historia clínica completa, un examen físico detallado y pruebas de laboratorio que ayuden a descartar los diferentes diagnósticos diferenciales.

Referencias

1. Cashman MW, Reutemann PA, Ehrlich A. Contact dermatitis in the United States: epidemiology, economic impact, and workplace prevention. *Dermatol Clin*. 2012 Jan; 30(1):87-98, viii.
2. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Br J Dermatol*. 2009;160:946—54
3. Clark SC, Zirwas MJ. Management of occupational dermatitis. *Dermatol Clin*. 2009 Jul; 27(3):365-83, vii-viii.
4. Krasteva M, Kehren J, Sayag M, Ducluzeau MT, Dupuis M, Kanitakis J, et al. Contact dermatitis II. Clinical aspects and diagnosis. *Eur J Dermatol*. 1999; 9:144-59.
5. Hogan DJ, Ledet JJ. Impact of regulation on contact dermatitis. *Dermatol Clin* 2009; 27:385–94.
6. Hogan DJ. Allergic contact dermatitis. *Medscape Reference*. Available at:<http://emedicine.medscape.com/article/1049216-overview> Actualizado Septiembre 14, 2011. Consultado Abril 7, 2012.
7. Lushniak BD. Occupational contact dermatitis. *Dermatol Ther* 2004;17:272–7.
8. Belsito DV. Occupational contact dermatitis: etiology, prevalence, and resultant impairment/ disability. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2):303–13.
9. Rolland JM, O'Hehir RE. Latex allergy: a model for therapy. *Clin Exp Allergy* 2008; 38:898.
10. Gómez B, Romero M, Sanz C. Epidemiology of contact dermatitis: prevalence of sensitization to different allergens and associated factors. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101(1):59–75.
11. Gaspari A. Basic mechanisms and pathophysiology of allergic contact dermatitis [Internet]. Joseph Fowler: UptoDate. 2011 [acceso 20 de marzo 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
12. Cohen DE, Jacob SE. Allergic Contact Dermatitis. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7ma Ed. Estados Unidos: Mc Graw Hill compañía, 2008, Volumen 1, 135 – 146.
13. Yiannias J. Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis [Internet]. Joseph Fowler: UptoDate. UptoDate. 2011 [acceso 20 de marzo 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
14. Hamilton RG .Latex allergy: Epidemiology,

- clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Bruce S Bochner: UptoDate. 2011 [acceso 17 de marzo 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
15. Hamilton RG. Latex allergy: Management [Internet]. Bruce S Bochner: UptoDate. 2011 [acceso 17 de marzo 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
 16. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina: Dermatología. 6ta. Ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 2002.
 17. Rietschel RL. Mechanisms in irritant contact dermatitis. *Clin Dermatol* 2000; 15(4):557-9.
 18. Menne T, Frosch PJ, Lepoittevin JP. Mechanisms of irritant contact dermatitis. *Contact dermatitis*. Berlin: Springer; 2006.p. 69-80.
 19. Weston WL, Howe W. Overview of dermatitis [Monografía en Internet]:UpToDate ago 26, 2011 Disponible en: <http://www.uptodate.com>
 20. Weston WL, Howe W. Patient information: Contact dermatitis (including latex dermatitis) (Beyond the Basics) [Monografía en Internet]: UpToDate; feb 23, 2012. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
 21. Wolf K, Johnson RA. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica Fitzpatrick. Sexta Edición. Editorial Médica Panamericana. 2011. p. 18-33
 22. Lampel HP, Patel N, Boyse K, O'Brien SH, Zirwas MF. Prevalence of Hand Dermatitis in Inpatient Nurses at a United States Hospital. *Dermatitis*, Vol 18, No 3 (September), 2007: p 140-14
 23. Koch P. Occupational Contact Dermatitis Recognition and Management. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2 (6): 353-365.
 24. Smedley J. Concise guidance diagnosis management and prevention of occupational contact dermatitis. *Clinical Medicine* 2010, Vol 10, No 5: 487-90
 25. Chew AL, Maibach HI. Occupational issues of irritant contact dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76(5):339-46
 26. Amado A, Taylor JS, Sood A. Irritant Contact Dermatitis. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Glichrest BA, Paller AS, Leffel DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7ma Ed. Estados Unidos: Mc Graw Hill compañía, 2008, Volumen 1, 395 - 401
 27. Uter W, Schwanitz HJ, Pfalberg A, Gefeller O. Atopic signs and symptoms: assesing the atopic score concept. *Dermatology*. 2001; 202:4-8.
 28. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Prognosis of occupational hand eczema. *Arch Dermatol*. 2006; 142(3):305-11.
 29. Estructplan On Line. Salud, seguridad y medio ambiente en la industria [en línea]. [Bogota, Colombia]: Noviembre 2010. Disponible en World Wide Web: [http:// www.estructplan.com.ar](http://www.estructplan.com.ar) >

